



Universidade de Aveiro Departamento de Educação

Ano 2015

**VANESSA SOFIA
SILVA CASTRO**

**DETEÇÃO DA SIMULAÇÃO EM INDIVÍDUOS
COM E SEM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação

2015

**VANESSA SOFIA
SILVA CASTRO**

**DETEÇÃO DA SIMULAÇÃO EM INDIVÍDUOS
COM E SEM DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos, Professora Auxiliar do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Aos meus pais, José e Carla.

o júri

presidente

Prof^a. Doutora Anabela Maria Sousa Pereira
Professora associada com agregação da Universidade de Aveiro

Prof^a. Doutora Paula Cristina de Oliveira de Castilho Freitas
Professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra

Prof^a. Doutora Isabel Maria Barbas dos Santos
Professora auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A dissertação é sinónimo de um fim de ciclo. E, numa altura, em que mais uma etapa da minha formação chega ao fim, gostaria de agradecer a algumas pessoas que caminharam ao meu lado, partilhando comigo dúvidas, incertezas e angústias, mas também festejando as minhas alegrias e pequenas conquistas.

Tenho de começar por agradecer aos “culpados” pela minha existência – os meus pais. Foram eles que, com muito esforço, fizeram tudo o que estava ao seu alcance para me possibilitar um nível de formação superior, na minha área de interesse. Foram eles que “aturaram” o meu mau humor depois de horas de trabalho e que compreenderam o facto de, muitas vezes, estar ausente, embora presente. E tudo isto sem cobranças. Apenas com orgulho na sua eterna menina.

À Professora Isabel Santos, que com a sua sabedoria, calma e paciência me orientou neste projeto, estando sempre disponível para esclarecer qualquer dúvida e dar sugestões.

À Rita Ferreira, pela amizade incondicional. Nos momentos em que estava desesperada com mil e um tormentos que me passavam pela mente, era ela a minha salvadora.

À minha orientadora de estágio, Dra. Ana Luísa, que ouviu muitas vezes os meus desabafos e me orientou na recolha de amostra clínica no CHEDV.

À Filipa, à Andréa, à Ana e à Elsa pela partilha do mesmo caminho, das mesmas dificuldades, dos mesmos sucessos, dos mesmos sorrisos.

A todas as pessoas que gentilmente cederam parte do seu tempo para participar neste estudo. Muito obrigada.

palavras-chave

Simulação; Depressão; TOMM; SIMS; Avaliação neuropsicológica.

resumo

A simulação consiste na produção voluntária de sintomas físicos e psicológicos para obter compensações externas. O presente estudo tem como objetivo avaliar a eficácia de um conjunto de instrumentos utilizados na identificação de situações de simulação, bem como averiguar se esses instrumentos são sensíveis a sintomas psicopatológicos. Deste modo, espera-se que os resultados obtidos pelos grupos com depressão e sem depressão honestos difiram significativamente dos resultados obtidos pelo grupo sem depressão simulador. Para tal, foi recolhida uma amostra de 59 sujeitos, todos do sexo feminino, divididos por três grupos: com diagnóstico de depressão (n=19), sem diagnóstico de depressão simuladores (n=20) e sem diagnóstico de depressão honestos (n=20). O protocolo de avaliação incluiu o *Test of Memory Malingering* (TOMM: Tombaugh, 1996), o *Structured Inventory Malingered Symptomatology* (SIMS: Widows & Smith), os subtestes de Memória de Dígitos e dos Cubos da WAIS-III, (Wechsler, 1997) e a Figura Complexa de Rey (FCR: Rey, 1988). Os resultados não sugerem diferenças significativas no primeiro e segundo ensaios de aprendizagem do TOMM entre os grupos em estudo. No ensaio de retenção, o grupo sem diagnóstico de depressão simulador difere significativamente do grupo sem diagnóstico de depressão honesto. No SIMS, apenas a subescala Psicose (P) difere significativamente entre os grupos com diagnóstico de depressão e sem diagnóstico de depressão simulador. As subescalas Défices Neurológicos (NI), Perturbações Afetivas (AF), P e Perturbações Mnésicas (AM), com exceção da escala Capacidade Intelectual Reduzida (LI) diferem significativamente entre os grupos com diagnóstico de depressão e sem diagnóstico de depressão honesto e entre este e o grupo sem diagnóstico de depressão simulador. No subteste de Memória de Dígitos verifica-se diferenças significativas entre os grupos sem diagnóstico de depressão simulador e honesto. No subteste dos Cubos não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos estudados e na cópia da FCR foram encontradas diferenças significativas entre os grupos com diagnóstico de depressão e sem diagnóstico de depressão simulador. Este estudo contribui para o enriquecimento da literatura nacional e internacional, uma vez que inclui um grupo clínico e alguns instrumentos que não são habitualmente utilizados numa avaliação de simulação. Para além disso, estes resultados têm implicações no contexto clínico e forense, no sentido preventivo e de conhecimento da doença mental.

keywords

Malingering; Depression; TOMM; SIMS; Neurological assessment.

abstract

The malingering is of the voluntary production of physical and psychological symptoms for external compensation. The aims of this study is to evaluate the effectiveness of a set of instruments used in the identification of malingering situations and determine whether these instruments are sensitive to psychopathological symptoms. Thus, it is expected that the results obtained by the groups with diagnosis of depression and without diagnosis of depression honests differ significantly from the results obtained by the group without diagnosis of depression malingers. For this purpose, a sample of 59 subjects, all female, was collected and divided into three groups: diagnosed with depression (n = 19) without diagnosis of depression malingers (n = 20) and without a diagnosis of depression honests (n = 20). The evaluation protocol included the *Test of Memory Malingering* (TOMM: Tombaugh, 1996), the *Structured Inventory Malingered Symptomatology* (SIMS: Widows & Smith), the *Digit Span* and the *Block Design* of the WAIS-III (Wechsler, 1997) and the *Rey Complex Figure* (RCF: Rey, 1988). The results suggest no significant differences in the first and second TOMM learning trial between the study groups. In the retention trial, the group without diagnosis of depression malingers differs significantly from the group without diagnosis of depression honests. In SIMS, only the subscale psychosis (P) differs significantly between the groups with diagnosis of depression and without diagnosis of depression malingers. Subscales Neurological Impairment (NI), Affective Disorders (AF), P and Amnesic Disorders (AM), with range exception Low Intelligence (LI) differ significantly between the groups diagnosed with depression and undiagnosed depression honest and between this and the group without diagnosis of depression malingers. There are significant differences in *Digit Span* between the groups undiagnosed depression malingers and without diagnosis depression honest. In the *Block Design* were found significant differences between groups in the study and in FCR copy trial were no significant differences between the groups with diagnosis of depression and without diagnosis of depression malingers. This study contributes to the enrichment of national and international literature, as it includes a clinical group and some tools that are not commonly used in a malingering evaluation. In addition, these findings have implications for clinical and forensic context and the preventive effect and knowledge of mental illness.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
METODOLOGIA	7
Participantes	7
Instrumentos	8
Procedimento	12
Análise de dados	12
RESULTADOS	13
DISCUSSÃO	18
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Pontuações médias obtidas nos diferentes ensaios do TOMM, nas diversas condições em estudo	13
Tabela 2. Resultados do teste Kruskal-Wallis para a comparação dos três grupos nas diferentes subescalas do SIMS	14
Tabela 3. Resultados do teste de Mann-Whitney para a existência de diferenças significativas entre os grupos com depressão e sem depressão honesto	14
Tabela 4. Resultados do teste de Mann-Whitney para a existência de diferenças significativas entre os grupos sem depressão simulador e sem depressão honesto.....	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pontuações médias obtidas no SIMS (subescalas e pontuação total) nas diferentes condições em estudo.....	15
Figura 2. Pontuações médias obtidas no subteste de Memória de Dígitos da WAIS-III nas diferentes condições em estudo.....	16
Figura 3. Pontuações médias obtidas no subteste de Cubos da WAIS-III (resultados padronizados) nas diferentes condições em estudo.....	17

INTRODUÇÃO

Uma das preocupações inerentes à avaliação psicológica em contexto forense consiste em decidir sobre a veracidade das queixas e sintomas evidenciados pelos sujeitos. Estes podem apresentar sintomas mnésicos e emocionais, incapacidade para trabalhar, dificuldade na realização das suas atividades de vida diárias, ou comportamento defensivo e protetor com o intuito de obter ganhos secundários, o que constitui um dos problemas mais difíceis de avaliar numa avaliação psicológica (Simões, 2006; Simões, et al., 2010a). Nestas circunstâncias é comum que os resultados dos testes neuropsicológicos utilizados sejam baixos. No entanto, podem não ser explicados por défices cognitivos, lesões ou disfunções cerebrais, mas sim pela falta de motivação, esforço insuficiente ou simulação do indivíduo (Simões, et al., 2010a). De acordo com a literatura, não é raro um profissional experiente cometer um lapso na identificação de um simulador, uma vez que o facto de o indivíduo ter ganhos secundários faz com que este possua uma elevada motivação para simular os sintomas, sendo mais eficaz na simulação dos mesmos, o que, por sua vez, torna a deteção da simulação mais difícil pelos profissionais (Gonçalves, Almeida & Oliveira, 2007). Uma falha na avaliação dos padrões de simulação pode resultar numa avaliação imperfeita e, por isso, pouco credível (Bordini, Chaknis, Ekman-Turner & Perna, 2002). Para evitar confusões, importa definir claramente o que é a simulação, ter em conta o que a distingue de outras perturbações mentais e ter conhecimento dos instrumentos utilizados na sua avaliação.

A simulação é definida pelo Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) como “a produção intencional de sintomas físicos ou psicológicos falsos ou claramente exagerados, motivada por incentivos externos como: evitar a recruta para o dever militar, evitar trabalho, obter compensação financeira, evadir-se de processo criminal ou obter fármacos”(APA, 2013, p. 870). Deste modo, deve-se suspeitar de simulação sempre que um indivíduo esteja inserido num contexto médico-legal; haja incoerência entre a forma como o sujeito expressa a sua incapacidade ou stresse e os dados da observação ou registos objetivos; baixa colaboração do indivíduo na avaliação, baixa adesão terapêutica ao tratamento prescrito e/ou o indivíduo apresente um diagnóstico de perturbação de personalidade antissocial (APA, 2013). A simulação pode ser categorizada em três formas distintas: (i) pura, (ii) parcial e (iii) falsamente imputada. A simulação é pura quando o sujeito finge sintomas totalmente inexistentes; é parcial quando o indivíduo exagera sintomas existentes, e falsamente imputada quando a atribuição dos sintomas existentes é feita a uma causa etiológica não relacionada (Resnick, West & Payne, 2008).

Não menos importante é a realização de um bom diagnóstico diferencial, tendo em conta as diferenças entre simulação, perturbação factícia e perturbação de conversão. Na simulação, os indivíduos falsificam ou exageram os sintomas de forma consciente, ou seja, deliberadamente, com a finalidade de obter incentivos externos. Na perturbação factícia o indivíduo falsifica sintomas

físicos ou psicológicos, sem haver ganhos externos óbvios associados, de forma a colocar-se no papel de doente. Já na perturbação de conversão (perturbação de sintomas neurológicos funcionais) o indivíduo apresenta sintomas ou défices que prejudicam as suas funções motoras ou sensoriais, sendo que os sintomas não são intencionalmente produzidos, isto é, não são simulados. Neste caso, só se pode optar pelo diagnóstico de perturbação de conversão após uma investigação clínica detalhada, na qual seja excluída uma etiologia médica ou neurológica (Gonçalves, et al., 2007; APA, 2013; Conroy & Kwartner, 2006; Mota, et al., 2008).

A literatura aponta que a simulação é uma condição frequente em pessoas que se encontram numa situação de litígio, sendo que os ganhos externos (por exemplo, incentivos financeiros, alteração das condições de trabalho, redução de penas, reforma antecipada ou invalidez) adquirem um papel importante nestas circunstâncias (Kitchen, 2003). Alguns simuladores padecem de determinadas doenças, inclusive, perturbações mentais. Uma das patologias mais estudadas ao nível da simulação é o traumatismo crânio-encefálico (TCE). Pacientes que sofreram um TCE, por apresentarem necessidades especiais devido à sua condição, têm direito a uma compensação, por exemplo, subsídio por invalidez. Aqueles que apesar de apresentarem lesões cerebrais, não têm danos cognitivos, emocionais ou neuropsicológicos permanentes, são os que podem, mais facilmente, tentar a simulação, de modo a obter a referida compensação (Hashish, Yossef, Moustafa, El Elemi & Ali, 2011).

De entre as várias perturbações psicopatológicas que podem estar presentes numa condição de litígio ou numa situação alvo de ganhos secundários (obter subsídio por invalidez, trocar de posto de trabalho), está a depressão (Simões, et al., 2010a). Segundo os critérios de classificação da APA (2013), um indivíduo com diagnóstico de depressão major deve experienciar um conjunto de sintomas ao longo de duas semanas consecutivas, a maior parte do dia, quase todos os dias. Desses sintomas fazem parte o humor deprimido, que é, muitas vezes referido pelo paciente como “estar deprimido”, “estar desanimado” ou “estar triste”; perda de interesse ou prazer pelas atividades que dantes gostava (por exemplo ler, sair com os amigos, jogar futebol, etc.); ganho ou perda significativa de peso sem estar a fazer dieta; alterações do padrão de sono (insónia ou hipersónia); lentificação ou agitação psicomotora; falta de energia, cansaço e fadiga extrema; sentimentos de culpa e de desvalorização excessivos; dificuldades em tomar decisões, falta de concentração e diminuição da capacidade de pensamento, bem como pensamentos recorrentes sobre a morte, incluindo ideias e tentativas de suicídio. Estes sintomas influenciam negativamente o contexto pessoal, social e profissional dos sujeitos, manifestando-se de forma distinta no funcionamento geral do indivíduo, consoante a sua gravidade (APA, 2013).

A elevada prevalência dos sintomas depressivos na população geral torna a avaliação da sintomatologia depressiva um aspeto importante em qualquer avaliação psicológica. Atualmente

existem inúmeros testes psicométricos que foram desenvolvidos com o propósito de avaliar a intensidade e/ou a frequência dos sintomas depressivos. Instrumentos de autoadministração, como questionários, apresentam uma série de vantagens quando comparados, por exemplo, com entrevistas clínicas estruturadas, sendo de fácil administração, cotação e interpretação dos resultados de acordo com os dados normativos disponíveis (Ponciano, Cardoso, & Pereira, 2005; Campos, & Gonçalves, 2011). O mais utilizado, quer em investigação, quer em contexto clínico, é o *Beck Depression Inventory-Second Edition* (BDI-II) (Oliveira-Brochado, & Oliveira-Brochado, 2008; Campos, 2010). A pontuação total no BDI-II é considerada um bom indicador de presença e gravidade dos sintomas depressivos, pelo que é frequentemente utilizada quer em contexto clínico, quer em investigação (Campos, & Gonçalves, 2011). Em amostras de estudantes universitários, pacientes com depressão ou indivíduos da comunidade, o teste apresentou sempre elevado valor de alfa de Cronbach (.90, .88 e .91, respetivamente) (Campos, 2010). Importa lembrar que o BDI-II não é um instrumento de diagnóstico de depressão, mas sim de avaliação da presença e gravidade dos sintomas depressivos (Campos, & Gonçalves, 2011).

Os indivíduos deprimidos tendem a perceber, frequentemente, as tarefas como sendo mais difíceis do que realmente são e, não raras vezes, necessitam de reforço para as tentar realizar. De acordo com a literatura, não há dúvidas que os sujeitos deprimidos não dão o seu melhor no desenvolvimento de determinadas tarefas. Este padrão de comportamento tem sido observado em testes neuropsicológicos que requerem processamento de esforço, particularmente os testes de memória (Rees, Tombaugh, & Boulay, 2001). Um sujeito pode experienciar sintomas depressivos mas sentir-se pressionado a exagerar esses sintomas de modo a diminuir, por exemplo, a sua responsabilidade criminal. A literatura evidencia que os “melhores” simuladores, ou seja, aqueles que simulam de forma mais eficaz, são aqueles que já experienciaram ou experienciam sintomas reais (Rogers, & Bender, 2003).

Embora nas últimas décadas tenha havido uma maior preocupação em investigar a simulação, os estudos com instrumentos desenvolvidos propositadamente para avaliar a credibilidade das queixas evidenciadas pelos sujeitos, bem como o seu desempenho cognitivo, são ainda escassos (Simões, et al., 2010a; Mota, et al., 2008). Alguns autores mencionam que também não serão os mais eficazes para o efeito (Hashish, et al., 2011). Há autores que defendem a utilização de instrumentos mais clássicos na avaliação dos padrões de respostas dos sujeitos, como a *Wechsler Adult Intelligence Scale* (WAIS-III), a *Wechsler Memory Scale* (WMS-III), o *Trail Making Test* ou *Rey Auditory Verbal Learning Test* (Simões, et al., 2010a; Mota, et al., 2008). Os testes incluídos na WAIS-III deveriam fazer parte dos protocolos de avaliação por permitirem analisar o funcionamento adaptativo do sujeito; se este simular défices cognitivos, a probabilidade de haver inconsistências entre os resultados dos testes e os níveis de funcionamento prévio é elevada (Conroy, & Kwartner, 2006).

Neste sentido, testes como a Memória de Dígitos e Cubos da WAIS-II, bem como a Figura Complexa de Rey (FCR) serão uma alternativa a incluir nas avaliações neuropsicológicas, dado que diminuem a possibilidade de os indivíduos que estão a ser avaliados perceberem o propósito dessa avaliação. Para além disso, também diminuem a hipótese destes serem ensinados quanto à forma que lhes é mais favorável responder (Swihart, Harris & Hatcher, 2008; Jasinski, Berry, Shandera & Clark, 2011). Contudo, os testes neuropsicológicos comumente utilizados têm uma menor objetividade na avaliação dos sintomas apresentados (são, ou não, reais). Tal facto permitiu o desenvolvimento de instrumentos denominados Testes de Validade de Sintomas (TVS) específicos para este efeito, cujo tipo de resposta é de escolha forçada. De acordo com algumas recomendações, os TVS devem ser administrados em qualquer processo de avaliação psicológica, e não só em situações de litígio, onde a credibilidade do indivíduo pode ser posta em causa (Simões, et al., 2010a). Para tal, é importante que não se utilize apenas um único instrumento, mas sim um protocolo de testes diversificados (Bush, et al., 2005), que tenham sido alvo de estudos de validação com grupos clínicos distintos e que incluam os TVS, para que a avaliação neuropsicológica não seja considerada incompleta (Simões, et al., 2010a; Mota, et al., 2008).

Um dos testes mais utilizados para avaliação da simulação ou do esforço do indivíduo, quer em contexto clínico, quer em contexto legal, é o *Test of Memory Malingering* (TOMM) (Sharland & Gfeller, 2007). Foi desenvolvido por Tombaugh em 1997, com o objetivo de distinguir os sujeitos que falseiam défices de memória daqueles que os apresentam efetivamente. É baseado no paradigma do reconhecimento e os estudos realizados demonstram que um teste de memória de reconhecimento de figuras é encarado pelos simuladores como sendo mais difícil do que realmente é (Gonçalves, et al., 2007; Mota et al., 2008). Os ensaios de reconhecimento são mais fáceis do que os ensaios de evocação livre, uma vez que facultam aos sujeitos uma série de pistas que os ajudam a relembrar a informação previamente apresentada (Simões, et al., 2010a). Porém, nem todos os indivíduos estão cientes desta premissa, avaliando ambos os ensaios com o mesmo nível de dificuldade (Nitch & Glassmire, 2007). Deste modo, os simuladores tendem a apresentar menor desempenho nos ensaios de reconhecimento do que os pacientes reais (Greiffenstein, Baker & Gola, 1996). O TOMM é constituído por 50 figuras desenhadas, que são apresentadas em dois ensaios de aprendizagem e um ensaio de retenção facultativo, sendo apenas necessária a sua administração se o sujeito obtiver um total de 45 acertos em cada um dos ensaios de aprendizagem. De acordo com o autor do TOMM, um indivíduo está a simular se obtiver uma pontuação inferior a 45 sendo este o ponto de corte sugerido (Rees, et al., 2001). Este tem sido consistentemente apontado na literatura como a pontuação indicada para discriminar corretamente simuladores ou esforço insuficiente, sendo que poucos indivíduos com perturbações cognitivas genuínas apresentam uma pontuação inferior a esse valor (Rees, Tombaugh, Gansler, & Moczynski, 1998; Powell et al., 2004). Num estudo realizado com uma amostra de

reclusos, Mota e colaboradores (2008) encontraram correlações moderadas no primeiro e segundo ensaios de aprendizagem do TOMM com o teste dos Cubos (.35 e .33, respetivamente) e uma correlação mais fraca entre o ensaio de retenção do TOMM e o Teste de Cubos (.24). Correlações moderadas foram encontradas entre o primeiro ensaio de aprendizagem e ensaio de retenção do TOMM e a escolaridade. Deste modo, os autores concluíram que a escolaridade e a inteligência têm influência nos resultados do TOMM. Os estudos desenvolvidos no processo de evolução e aferição do teste, com recurso a amostras clínicas e não clínicas, evidenciam que o TOMM é pouco influenciado por variáveis demográficas, como a idade e a escolaridade, insensível a perturbações de memória e aprendizagem que estejam associadas a lesões neurológicas, bem como aos efeitos da depressão (Tombaugh, 2002; Rees et al., 2001). Estudos desenvolvidos com populações mais débeis, como pacientes com demência grave, sugerem uma taxa de falsos positivos elevada, ao passo que amostras de indivíduos com TCE apresentam uma taxa de falsos positivos mais baixas (Rees, e al., 1998; Pivovarova, Rosenfeld, Dole, Green, & Zapf, 2009; Merten, Bossink, & Schmand, 2007; Iverson, Lange, Brooks & Rennison, 2010; Teichner, & Wagner, 2004). De acordo com o que a literatura nos diz, a sensibilidade do TOMM poderá ser menor em amostras clínicas ou com elevado grau académico (An, Zakzanis, & Joordens, 2012; Armistead-Jehle, & Gervais, 2011). Contudo, para além dos estudos de aferição, outros têm demonstrado que o TOMM não é sensível à idade, educação, perturbações de humor e sintomas demenciais (Merten et al., 2007; Pivovarova et al., 2009; Teichner & Wagner, 2004). Em estudos realizados por Rees e colaboradores (1998) é possível verificar que o TOMM é um instrumento robusto e com capacidade para identificar a simulação de défices mnésicos. O mesmo acontece num outro estudo realizado por Mota e colaboradores (2008), em que a amostra consiste num grupo de reclusos, no qual concluíram que o TOMM é um teste válido, diferenciando indivíduos honestos de sujeitos potencialmente simuladores. Teichner e Wagner (2004) num estudo realizado com uma amostra de indivíduos idosos sem défices cognitivos, com défices cognitivos mas sem demência e com diagnóstico de demência, verificou que os dois primeiros grupos obtiveram pontuações semelhantes no TOMM. Por sua vez, o grupo de indivíduos com diagnóstico de demência teve um desempenho inferior em relação aos outros dois grupos. Deste modo, os autores concluíram que o TOMM é um instrumento com elevada especificidade e utilidade na avaliação da simulação, demonstrando ser sensível a estados demenciais. O facto de o TOMM ser um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o esforço insuficiente, constitui uma ameaça à sua validade, uma vez que várias informações a seu respeito - o que avalia, como se aplica e como se pontua - estão disponíveis em vários sítios da internet, e portanto, acessíveis a qualquer pessoa (Bauer, & McCaffrey, 2006; Barhon, Batchelor, Meares, Chekaluk, & Shores, 2015).

Outro instrumento muito estudado na identificação de potenciais simuladores é o *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (SIMS - Inventário Estruturado de Simulação de Sintomas).

Foi desenvolvido por Widows e Smith, com o intuito de detetar sujeitos que exagerem e/ou finjam sintomas psiquiátricos e cognitivos (Edens, Otto & Dwyer, 1999; Edens, Poythress & Watkins-Clay, 2007; Merckelbach & Smith, 2003). Tem como base a premissa de que existe falsificação de sintomas psiquiátricos mas que os indivíduos potencialmente simuladores não têm conhecimento sobre o modo como os sintomas se manifestam (Jelicic, Hessels & Merckelbach, 2006). É recomendado, fundamentalmente, como um teste de rastreio, a fim de determinar se uma avaliação mais profunda se justifica. De acordo com a literatura, os dados de investigação com este instrumento são ainda limitados. Os estudos de validação foram essencialmente desenvolvidos com recurso a uma amostra feminina caucasiana, não tendo sido utilizada nenhuma amostra clínica real (Smith, & Burger, 1997). O SIMS é constituído por cinco subescalas: psicose (P); défice neurológico (NI); perturbações mnésicas (AM); capacidade intelectual reduzida (LI) e perturbações afetivas (AF). De acordo com Smith e Burger (1997), este instrumento foi desenvolvido contendo várias estratégias de deteção de simulação, como sintomas bizarros, queixas improváveis e respostas aproximadas. Para além disso, os autores referem que a pontuação total do SIMS distinguiu de forma estatisticamente significativa, indivíduos simuladores de indivíduos honestos. No que diz respeito às subescalas, estas não discriminam com tanta eficiência simuladores de honestos. Contudo, dão informação qualitativa sobre que tipo de sintomas o sujeito tentou simular. Em relação à pontuação total do SIMS capaz de discriminar simuladores de indivíduos honestos não há consenso na literatura, embora o ponto de corte mais comumente utilizado seja 14, isto é, considera-se que há uma probabilidade de estar a simular quando alguém obtém uma pontuação superior a 14. Em relação às subescalas, os pontos de corte sugeridos são: P=1; NI, AM, LI=2 e AF=5 (Smith & Burger, 1997). Num estudo realizado por Clegg, Fremouw e Mogge (2009) pode-se verificar, tendo como referência um ponto de corte superior a 14 ou a 16, a existência de bastantes falsos positivos no SIMS. Deste modo, os autores sugeriram um aumento do ponto de corte para >19. Merckelbach e Smith (2003) no seu estudo concluíram que a pontuação total do SIMS adquiria um maior poder preditivo na identificação de comportamentos de simulação se fosse definido um ponto de corte superior a 16. Será também importante perceber que este instrumento apresenta algumas limitações, como o facto de o estudo de validação não ter sido realizado com amostra clínica real, ou seja, os simuladores não sofriam de nenhuma (psico)patologia. Para além disso, o ganho externo que teriam (créditos extra, uma vez que se tratavam de estudantes universitários) talvez não fosse tão indutor de motivação intrínseca como os ganhos externos a que os verdadeiros simuladores estão sujeitos (Smith & Burger, 1997). Tanto quanto se sabe, não existe nenhum estudo de validação do SIMS para Portugal, havendo apenas a tradução de uma versão para investigação realizada por Simões (2010b).

Para além dos instrumentos acima mencionados, desenvolvidos propositadamente para avaliar a simulação existem outros como o *Rey-15 Item Memory* (Rey, 1964), *Word Memory Test* (WMT;

Green, Astner & Allen, 1996), *Victoria Symptom Validity Test* (VSVT; Slick, Hopp, Straus & Thompsom, 1997), *Portland Digit Recognition Test* (PDRT; Blinder & Willis, 1991), *Structured Interview of Reported Symptoms* (SIRS) (Simões, et al., 2010a; Mota, et al., 2008), que podem ser inseridos num protocolo de avaliação neuropsicológica.

O presente estudo tem como principal objetivo verificar a eficácia de um conjunto de instrumentos utilizados na identificação de situações de simulação. Pretende-se averiguar se estes instrumentos são sensíveis a sintomas psicopatológicos, distinguindo indivíduos sem diagnóstico de depressão simuladores de indivíduos com diagnóstico de depressão e indivíduos sem diagnóstico de depressão honestos. Deste modo, é esperado que os resultados obtidos pelos grupos com depressão e sem depressão honestos difiram significativamente dos resultados obtidos pelo grupo com depressão simulador, de forma, a que o protocolo de instrumentos utilizado identifique com sucesso o grupo simulador. No que diz respeito ao TOMM, espera-se que as pontuações obtidas no grupo dos deprimidos não difiram significativamente dos resultados obtidos pelo grupo de não deprimidos honestos, uma vez que este instrumento se tem mostrado insensível aos sintomas depressivos (Rees et al., 2001) e que os resultados obtidos pelos grupos com depressão e sem depressão honestos difiram significativamente dos valores alcançados pelo grupo sem depressão simulador. Relativamente ao SIMS, espera-se que os resultados obtidos nos grupos dos indivíduos com diagnóstico de depressão e dos indivíduos sem diagnóstico de depressão simuladores sejam significativamente diferentes dos resultados obtidos pelo grupo dos sujeitos sem diagnóstico de depressão honestos. Do mesmo modo, é esperado que os resultados do grupo dos sujeitos com diagnóstico de depressão difiram significativamente dos resultados obtidos pelo grupo sem diagnóstico de depressão simulador. Os restantes instrumentos utilizados, subteste de Memória de Dígitos e subteste dos Cubos da WAIS-III e Figura Complexa de Rey não são, tanto quanto se sabe, muito utilizados no estudo da simulação, pelo menos como potenciais identificadores de simuladores. Assim, pretendemos avaliar se, tal como referido por alguns autores (Simões et al., 2010a; Mota et al., 2008), será útil a inclusão num protocolo de avaliação, de instrumentos não especificamente desenvolvidos para detetar a simulação, no sentido de melhor identificar os simuladores.

METODOLOGIA

Participantes

Para a concretização deste estudo foi recolhida uma amostra inicial de 65 participantes (3 do sexo masculino), sendo que por alterações procedimentais e falhas metodológicas inerentes ao estudo, a amostra final ficou reduzida a 59 indivíduos, todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 59 anos ($M=42.93$; $DP=11.89$). Trata-se de uma amostra de conveniência, em que no grupo dos indivíduos com diagnóstico de depressão ($N=19$) foram incluídos os participantes que têm

diagnóstico clínico de depressão, e que estão, ou estavam até à data da recolha, a receber acompanhamento em consulta de Psicologia no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV) (n=16), e/ou tenham obtido uma pontuação igual ou superior a 20 no BDI-II, correspondendo a um possível diagnóstico de depressão moderada ou severa (n=3). Os restantes 40 sujeitos foram selecionados e atribuídos aleatoriamente ao grupo sem diagnóstico de depressão simuladores e sem diagnóstico de depressão honestos, tendo como critérios de inclusão a obtenção de uma pontuação igual ou inferior a 19 no BDI-II, correspondendo este resultado a uma depressão mínima ou ligeira ou sem depressão, bem como não estarem a receber acompanhamento psicológico ou psiquiátrico. Todos os sujeitos deveriam dominar a língua portuguesa, terem no mínimo o quarto ano de escolaridade, e não apresentarem história clínica prévia de perturbações mentais e/ou neurológicas graves (como Perturbação Obsessivo-Compulsiva, Perturbação Bipolar, Epilepsia frontal e TCE's) que pudessem interferir na memória. A média de idade dos participantes com depressão é de 43.74 anos (DP=2.97), dos participantes sem depressão simuladores é de 42.75 anos (DP=2.61) e dos participantes sem depressão honestos é igual a 42.35 anos (DP=2.60). De acordo com a comparação das médias através de uma ANOVA a 1 fator, verifica-se que as diferenças de idade entre os vários grupos não são significativas, $F(2,56)=.068$, $p=.935$. As habilitações literárias mais frequentes são, respetivamente, 12º ano (26.3%), licenciatura (35%) e 9º ano (25%). A maioria dos participantes são casados (72.9%). No grupo com depressão, 15 (79%) indivíduos têm antecedentes de depressão. No grupo sem depressão simulador o número de sujeitos com antecedentes de depressão é igual a 6 (30%) e no grupo sem depressão honesto é de 4 (20%).

Instrumentos

Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996, versão portuguesa Ponciano, et al., 2005): é um instrumento de autorrelato que tem por objetivo avaliar a gravidade dos sintomas depressivos. Este instrumento resultou da revisão do BDI desenvolvido por Beck e os seus colaboradores, em 1961. É constituído por 21 itens que avaliam a presença e a gravidade dos sintomas depressivos. A pontuação de cada item varia entre 0 e 3, sendo que a soma de todos os itens corresponde à pontuação total. De acordo com Beck e colaboradores, (1996, citado por Oliveira-Brochado, & Oliveira-Brochado, 2008), a pontuação global do BDI-II divide-se em depressão mínima (sem depressão), entre 0 e 13 pontos; depressão ligeira de 14 a 19; depressão moderada de 20 a 28 e depressão severa a partir de 29 pontos, inclusive. Num estudo de adaptação de uma versão experimental do BDI-II em estudantes do ensino superior, Ponciano e colaboradores (2005) obtiveram valores de consistência interna elevados para o instrumento (alfa de Cronbach =.93), concluindo que o mesmo possui propriedades psicométricas que permitem a continuidade da sua utilização. No nosso estudo, o valor do alfa de Cronbach encontrado foi de .94.

Test of Memory Malingering (TOMM; Tombaugh, 1996, citado por Rees, et al., 2001): teste de reconhecimento visual, desenvolvido para adultos, que procura discriminar os sujeitos que, de forma sincera, relatam perturbações mnésicas, dos que fingem esses sintomas para obter ganhos secundários. É constituído por 50 figuras desenhadas e a sua administração demora cerca de 15 minutos. Estas figuras são apresentadas ao sujeito em dois ensaios de aprendizagem, sendo que imediatamente após a visualização das mesmas, o sujeito deve identificá-las quando aparecem a pares, num conjunto de 50 figuras. Cerca de 15 minutos após os ensaios de aprendizagem, deverá ser administrado o ensaio de reconhecimento, que é facultativo, no qual o sujeito deve apenas identificar as 50 imagens que viu durante os ensaios de aprendizagem. Cada resposta correta é cotada com um ponto, sendo a cotação máxima de 50. Indivíduos com pontuação inferior a 45 serão identificados como potenciais simuladores (Rees et al., 2001). Mota e colaboradores (2008), num estudo desenvolvido com reclusos obteve valores considerados elevados de consistência interna, para o primeiro ensaio de aprendizagem de .85, para o segundo ensaio de .78 e para o ensaio de retenção de .74. No nosso estudo, foram obtidos elevados valores de alfa, iguais a .94 para o primeiro ensaio de aprendizagem e a .99 para o segundo ensaio de aprendizagem e para o ensaio de retenção.

Structured Inventory of Malingered Symptomatology (SIMS; Widows & Smith, 2005; Simões, 2010b) é um inventário de autorresposta, com o intuito de detetar a presença de comportamentos de simulação em contextos clínicos e forenses. É constituído por 75 itens de “verdadeiro” ou “falso”, divididos em 5 dimensões, cada uma com 15 itens: Psicose (P); Défice Neurológico (NI); Perturbações Mnésicas (AM); Capacidade Intelectual Reduzida (LI) e Perturbações Afetivas (AF). A sua cotação é simples, sendo que cada resposta classificada como “verdadeira” é pontuada com 1 ponto e cada resposta classificada como “falsa” é pontuada com 0 pontos. A soma das pontuações de todos os itens é igual à pontuação total (Smith & Burger, 1997). O ponto de corte mais frequente na literatura é uma pontuação total superior a 14 como indicador de simulação, pelo que será este o valor considerado nas nossas análises. Deve ser administrado a indivíduos com idade superior a 18 anos e, no mínimo, com o 4º ano de escolaridade. Nos estudos de validação do SIMS foram encontrados valores de consistência interna que variam entre .76 para a subescala Défices Neurológicos (NI) a .95 para a subescala Perturbações Afetivas (AF) (Smith, & Burger, 1997). No nosso estudo encontramos um elevado valor de alfa para a pontuação total, .95. Em relação às escalas, a P, a AM e a NI foram as que obtiveram maior valor de alfa (.90, .88 e .87, respetivamente). Já as escalas AF e LI revelaram baixa consistência interna (alfa de .70 e .48, respetivamente). A versão utilizada no presente estudo é usada, exclusivamente, em contexto de investigação (Simões, 2010b).

Memória de dígitos da WAIS-III (Wechsler, 1997): avalia a memória de trabalho. É composto por duas tarefas: os dígitos em sentido direto e os dígitos em sentido inverso. Em ambas as tarefas o examinador deve ler em voz alta uma sequência de dígitos. Na tarefa administrada em sentido direto, o sujeito deve repetir a sequência que lhe foi lida, pela mesma ordem em que o examinador a proferiu. Na tarefa aplicada em sentido inverso, o indivíduo deve repetir a sequência pela ordem inversa à que o examinador apresentou (Wechsler, 1997). A tarefa em sentido direto é constituída por 8 itens (cada item é composto por dois ensaios) (Wechsler, 1997) e avalia a eficácia da atenção. Nesta tarefa, patologias como o TCE simples e a esclerose múltipla podem manifestar-se através de erros caracterizados pela repetição de dígitos corretos ou de forma desordenada. Nos TCE's frontais graves é comum ocorrer a adição de dígitos e a substituição de fragmentos da sequência. Indivíduos com demência repetem geralmente não mais que quatro dígitos (Espírito Santo, 2013). A tarefa em sentido inverso é constituída por 7 itens (cada item é composto por dois ensaios) (Wechsler, 1997) e avalia a eficácia da destreza mental e a memória de trabalho. Nesta tarefa, o número de dígitos recordados é tanto mais pequeno quanto a gravidade da lesão cerebral (Espírito Santo, 2013). Deste modo, cada item é cotado com 0 pontos se o sujeito errar os dois ensaios, com 1 ponto se o sujeito acertar num dos ensaios e com 2 pontos se o indivíduo acertar nos dois ensaios, podendo obter no total uma pontuação máxima de 30 pontos. Cada tarefa deve ser interrompida quando o sujeito errar nos dois ensaios de um mesmo item. A consistência interna do teste de Memória de Dígitos obtida neste estudo foi de .80, sendo a da tarefa em sentido direto igual a .72 e a de sentido inverso igual a .63.

Cubos da WAIS-III (Wechsler, 1997): permite avaliar a inteligência não-verbal e a coordenação visuo-motora, sendo um dos testes mais consistentes da WAIS-III, uma vez que avalia várias funções cognitivas, como o planeamento, raciocínio e organização visuo-espacial. Consiste em reproduzir 14 modelos apresentados como padrões com cubos geométricos, bidimensionais e bicolores, havendo tempo limite para a execução da tarefa. Cada um dos cubos é composto por duas faces vermelhas, duas faces brancas e duas faces metade vermelhas e metade brancas. É pedido ao sujeito que com estes cubos reproduza os modelos que lhe vão sendo apresentados. À medida que o sujeito vai progredindo na tarefa, estes modelos vão aumentando a sua dificuldade, variando entre desenhos constituídos por 2 cubos a desenhos mais complexos, compostos por 9 cubos. Os primeiros seis modelos têm cotação de 0, 1 ou 2 pontos, sendo os restantes cotados com uma pontuação de 0, 4,5,6 ou 7 pontos, dependendo do tempo que o indivíduo demora a reproduzir o modelo. Se o sujeito obtiver uma pontuação de 0 ou 1 ponto em um ou nos dois primeiros modelos, aplica-se a lei do retrocesso, administrando-se os itens precedentes em sentido inverso, até o sujeito reproduzir com sucesso no primeiro ensaio (à primeira tentativa) - 2 pontos - dois modelos consecutivos. Quando o indivíduo não reproduzir com sucesso três modelos consecutivos (0 pontos), a tarefa deve ser

interrompida. Na realização desta tarefa, sujeitos que tenham lesões ao nível do hemisfério direito apresentam dificuldades na construção dos padrões diagonais, assim como indivíduos com pensamento abstrato (Lezak, Howisen & Loring, 2004). Neste estudo, obtivemos um valor de consistência interna adequado para os Cubos (.82).

Figura Complexa de Rey (Rey, 1988): foi desenvolvida em 1942 por André Rey e, posteriormente, em 1945 standardizada por Osterrieth. É um instrumento que avalia a atividade perceptiva e a memória visual. De acordo com o autor, este instrumento permite “um diagnóstico diferencial entre a debilidade mental constitucional e o déficit adquirido em consequência de traumatismo crânio cerebral” (Rey, 1988, p.7). O seu objetivo aquando do desenvolvimento do teste era criar uma figura com ausência de significado claro, de fácil realização gráfica e com uma estrutura complexa, de modo a permitir uma atividade perceptiva analítica e organizadora. Está organizada em duas fases: a de cópia e a de reprodução por memória. A cópia da figura permite aferir como o indivíduo apreende a informação fornecida e a reprodução da mesma pretende avaliar os dados perceptivos preservados por esta. Este teste é constituído por duas figuras distintas – A e B. A figura A, a qual foi utilizada neste estudo, é composta por um retângulo subdividido e decorado com várias linhas horizontais, verticais, duas diagonais e algumas figuras geométricas acrescentadas no seu interior e exterior, sendo administrada a crianças com mais de 5 anos, bem como a adultos. A figura B deve ser aplicada a crianças entre os 4 e 7 anos, ou a adultos nos quais haja suspeita de deterioração cognitiva. Na primeira fase do teste, é solicitado ao examinando que copie a Figura que tem à sua frente. Passados três minutos após ter terminado a cópia e ter realizado uma tarefa de interferência é pedido ao sujeito, sem aviso prévio, que reproduza a mesma figura mas através de evocação. Tanto a cópia como a evocação podem ser realizadas com recurso a lápis de cores diferentes, sendo que, neste caso o examinador deve registar a troca da cor do lápis de acordo com a sequência dos elementos copiados. O objetivo de usar cores diferentes prende-se com o facto de observar a sucessão dos elementos copiados, avaliando assim a capacidade de desenvolvimento da estratégia do indivíduo (Jamus & Mader, 2005). A figura A encontra-se dividida em 18 elementos e cada um pode ser cotado de 0 a 2 pontos, sendo a pontuação máxima de 36 pontos. Se cada elemento tiver sido desenhado de forma correta e se encontrar bem situado é cotado com 2 pontos; se estiver correto mas mal situado é cotado com 1 ponto; se estiver deformado ou incompleto mas reconhecível é cotado com 1 ponto se bem situado ou 0.5 se mal situado. Se, pelo contrário, o elemento estiver ausente ou irreconhecível deve ser cotado com 0 pontos.

Procedimento

Inicialmente foi elaborado um requerimento apresentado à administração do CHEDV, com o objetivo de recolher amostra clínica nas instalações hospitalares (anexo I), o qual foi aprovado (anexo II). No sentido de salvaguardar o verdadeiro objetivo do estudo, foi dito aos participantes que este consistia na avaliação dos efeitos dos sintomas depressivos na realização de diversas tarefas. Após ter sido obtido o consentimento informado de todos os sujeitos, bem como a confidencialidade ressalvada, procedeu-se à administração dos instrumentos acima descritos seguindo sempre as normas e instruções das provas. Em primeiro lugar, cada sujeito respondeu a um questionário sociodemográfico (onde lhe eram colocadas questões sobre o sexo, idade, data de nascimento, habilitações literárias, profissão, percepção sobre sintomas depressivos e problemas de memória, antecedentes de depressão ou outra doença física e/ou mental, bem como medicação atual – anexo III). A aplicação do protocolo experimental demorou aproximadamente 75 minutos, e foi realizada apenas numa sessão. Os participantes respondiam aos testes individualmente. A ordem de aplicação dos testes foi a mesma pela qual foram descritos previamente. Entre a aplicação do BDI-II e do TOMM foi entregue a cada participante do grupo não deprimido simulador e não deprimido honesto um envelope com as instruções, as quais deveriam ser seguidas a partir desse momento (anexo IV e V). Esta atribuição foi feita de forma aleatória, com conhecimento da experimentadora. Os primeiros deveriam simular ou exagerar os sintomas depressivos, tendo como ponto de partida uma história adaptada de Pinho (2012). Já os indivíduos honestos teriam de responder às provas tendo apenas como instrução responder honestamente.

Análise de dados

As análises estatísticas necessárias ao tratamento dos dados foram realizadas com recurso ao programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0. Para avaliar se a amostra possui, ou não, uma distribuição normal utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk, por ser o mais adequado para amostras de pequena dimensão. De igual modo a homogeneidade de variâncias foi avaliada tendo em conta o teste de Levene. Para comparar os resultados obtidos no BDI-II e no subteste dos Cubos da WAIS-III, nos diferentes grupos em estudo, foi utilizada uma ANOVA de um fator, uma vez que os dados respeitavam os pressupostos dos testes paramétricos. Na análise dos resultados dos restantes instrumentos, dado que era violado o pressuposto da normalidade, foram utilizados testes não paramétricos, nomeadamente o Kruskal-Wallis, e, posteriormente, o teste de Mann-Whitney, de modo a verificar que grupos diferiam entre si (Marôco, 2014).

RESULTADOS

Comparando a pontuação obtida no BDI-II nos três grupos em estudo através de uma ANOVA a 1 fator, verificou-se um efeito principal da variável grupo, $F(2,56)=80.88$, $p<.001$. Testes de post-hoc de Games-Howell revelaram, tal como esperado, que o grupo dos participantes sem diagnóstico de depressão simuladores ($M=6.45$) e o grupo dos participantes sem diagnóstico de depressão honestos ($M=6.50$) não diferem significativamente entre si ($p=.999$), enquanto o grupo dos participantes com diagnóstico de depressão ($M=30.26$) difere significativamente dos outros dois grupos (ambos $p<.001$).

No que diz respeito aos resultados obtidos no primeiro e segundo ensaios de aprendizagem do TOMM, não se verificou, através de testes de Kruskal-Wallis, um efeito significativo de grupo, $\chi^2 = (2, N=59) = 3.32$, $p=.190$ e $\chi^2 = (2, N=59) = 3.26$, $p=.196$, respetivamente. Pelo contrário, no ensaio de retenção verificou-se um efeito significativo de grupo, $\chi^2 = (2, N=59) = 8.95$, $p=.011$. Testes de Mann-Whitney revelaram que o grupo com diagnóstico de depressão ($M=48.37$) não difere significativamente do grupo sem diagnóstico de depressão simulador ($M=39.45$), $U=131$, $Z= - 1.82$, $p=.069$, nem do grupo sem depressão honesto ($M=49.75$), $U=156.5$, $Z= - 1.28$, $p=.201$. Contudo, o grupo sem depressão simulador difere significativamente do grupo sem depressão honesto, $U=111$, $Z= - 2.83$, $p=.005$. Apesar de não se terem observado diferenças estatisticamente significativas entre o grupo com depressão e o grupo sem depressão simulador, é importante notar, que o grupo sem depressão simulador apresenta pontuações médias inferiores ao ponto de corte sugerido pelo autor do instrumento em todos os parâmetros, i.e., 45 valores. Assim, este grupo estaria a ser identificado como simulador com base neste instrumento. O grupo com diagnóstico de depressão apenas obteve uma pontuação média ligeiramente inferior ao ponto de corte no primeiro ensaio do TOMM (Tabela 1).

Tabela 1. Pontuações médias obtidas nos diferentes ensaios do TOMM, nas diversas condições em estudo.

	Com Depressão		Sem Depressão Simulador		Sem Depressão Honesto	
	M	DV	M	DV	M	DV
TOMM_1	44.63	1.17	39.25	2.78	46.20	.77
TOMM_2	48.37	1.25	38.85	4.09	49.60	.18
TOMM_ret	48.37	1.04	39.45	3.82	49.75	.16

TOMM_1: primeiro ensaio de aprendizagem; TOMM_2: segundo ensaio de aprendizagem; TOMM_ret: ensaio de retenção; M: média; DV: desvio-padrão.

Importa ainda realçar que os sujeitos com antecedentes de depressão, pertencentes ao grupo sem depressão simulador, obtiveram menor pontuação no primeiro e segundo ensaios de aprendizagem, bem como no ensaio de retenção ($M= 35.17$; 34.33 e 34.17 , respetivamente) do que os sujeitos do

mesmo grupo sem antecedentes de depressão (M= 41; 40.79 e 41.71, respetivamente). Porém, através do teste de Mann-Whitney, verificou-se que esta diferença não é significativa para nenhum dos ensaios do TOMM, U=36.50, Z= -.455, $p=.649$; U=41.50, Z= -.047, $p=.963$ e U=38.00, Z= -.346, $p=.729$, respetivamente.

Comparando a pontuação obtida no SIMS nos três grupos em estudo, através de testes de Kruskal-Wallis, apenas não se verificou um efeito significativo da variável grupo na subescala Capacidade Intelectual Reduzida (LI), $\chi^2 = (2, N=59) = 1.05$, $p=.591$. Foi encontrado um efeito significativo desta mesma variável nas restantes subescalas, bem como na pontuação total (Tabela 2).

Tabela 2. Resultados do teste Kruskal-Wallis para a comparação dos três grupos nas diferentes subescalas do SIMS.

	SIMS_NI	SIMS_AF	SIMS_P	SIMS_LI	SIMS_AM	SIMS_T
Chi-square	19.33	21.52	21.05	1.05	21.01	21.35
p	<.001*	<.001*	<.001*	.591	<.001*	<.001*
NI: Défices Neurológicos; AF: Perturbações Afetivas; P: Psicose; LI: Capacidade Intelectual Reduzida; AM: Perturbações Mnésicas; T: Pontuação Total; * Significativo para $p<.001$.						

Testes de Mann-Whitney revelaram que existe uma diferença significativa entre os grupos com depressão e sem depressão simulador apenas na subescala Psicose (P), U = 101.5, Z= - 2.52, $p=.012$. Entre os grupos com depressão e sem depressão honesto verificaram-se diferenças significativas em todas as subescalas, tal como na pontuação total, excetuando a subescala LI, que apresentou diferenças não significativas, U= 167.5, Z= -.657, $p=.511$ (Tabela 3).

Tabela 3. Resultados do teste de Mann-Whitney para a existência de diferenças significativas entre os grupos com depressão e sem depressão honesto.

	SIMS_NI	SIMS_AF	SIMS_P	SIMS_AM	SIMS_T
Mann-Whitney (U)	80.5	42.5	108.0	59.0	47.5
Z	-3.144	-4.167	-2.436	-3.782	-4.010
p	.002*	<.001**	.015***	<.001**	<.001**
NI: Défices Neurológicos; AF: Perturbações Afetivas; P: Psicose; AM: Perturbações Mnésicas; T: Pontuação Total; * Significativo para $p<.01$; ** Significativo para $p<.001$; ***Significativo para $p<.05$.					

De igual modo, entre os grupos sem depressão simulador e sem depressão honesto apenas a subescala LI revelou diferenças não significativas, U= 171.0, Z= -.798, $p=.425$ (Tabela 4).

Tabela 4. Resultados do teste de Mann-Whitney para a existência de diferenças significativas entre os grupos sem depressão simulador e sem depressão honesto.

	SIMS_NI	SIMS_AF	SIMS_P	SIMS_AM	SIMS_T
Mann-Whitney (U)	53.5	62.0	42.0	55.0	61.0
Z	-4.021	-3.756	-4.386	-4.020	-3.765
p	<.001*	<.001*	<.001*	<.001*	<.001*

NI: Défices Neurológicos; AF: Perturbações Afetivas; P: Psicose; AM: Perturbações Mnésicas; T: Pontuação Total; * Significativo para $p < .001$.

Porém, importa referir que o grupo sem depressão simulador obteve uma pontuação mais elevada do que os restantes grupos em estudo, na pontuação total do SIMS e em quase todas as subescalas, com exceção de Perturbações Afetivas (AF), na qual o grupo com depressão obteve maior pontuação (Figura 1).

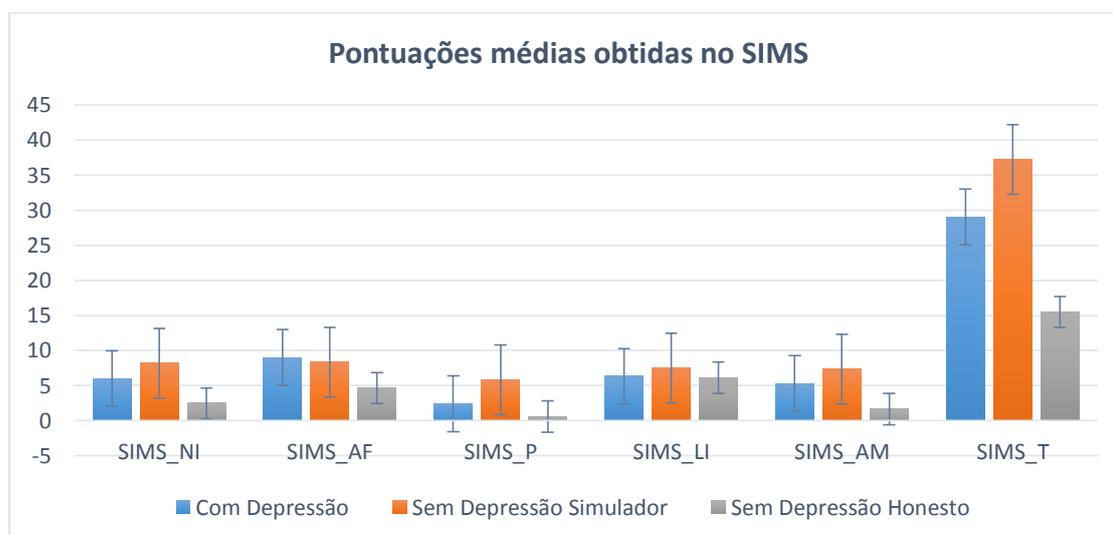


Figura 1: Pontuações médias obtidas no SIMS (subescalas e pontuação total) nas diferentes condições em estudo.

Para além disso, é de salientar que a média da pontuação total do grupo sem depressão simulador é mais elevada do que o ponto de corte sugerido pelos autores do instrumento, i.e., 14. O mesmo acontece para o ponto de corte sugerido para as cinco subescalas, nas quais o grupo sem depressão simulador obteve pontuações mais elevadas que os pontos de corte propostos, i.e., P=1; NI, AM, LI =2; AF=5. Assim sendo, com base neste instrumento este grupo seria identificado como simulador. Contudo, é de ter em conta que, embora as pontuações médias obtidas pelo grupo sem depressão simulador fossem maioritariamente mais elevadas que o grupo com depressão, este também pontuou, em todas as subescalas, bem como na pontuação total, acima dos pontos de corte sugeridos pelos autores. Em suma, tendo em conta este instrumento, o grupo com depressão também seria

identificado como simulador. Já o grupo sem depressão honesto obteve uma pontuação mais elevada que o ponto de corte na subescala LI e ligeiramente mais elevada na subescala Déficit Neurológico (NI). No que diz respeito à pontuação total, este grupo também pontuou acima do ponto de corte, ainda que ligeiramente. Assim, seguindo este critério, também o grupo sem depressão honesto seria identificado como simulador, tendo por base o SIMS. Os indivíduos com antecedentes de depressão, no grupo sem depressão simulador, tiveram pontuações médias mais elevadas em todas as subescalas do instrumento, bem como na pontuação total ($M=50.67$, $DV=1.94$), do que os sujeitos sem antecedentes de depressão do mesmo grupo ($M=31.43$, $DV= 4.26$). A análise realizada através do teste de Mann-Whitney revelou que esta diferença é significativa para as subescalas Déficit Neurológico, $U=6.00$, $Z= -3.040$, $p=.002$, Psicose, $U=8.50$, $Z= -2.792$, $p=.005$, Perturbações Mnésicas, $U=13.00$, $Z= -2.405$, $p=.016$ e para a pontuação total, $U=9.00$, $Z= -2.724$, $p=.006$.

Relativamente ao subteste Memória de Dígitos da WAIS-III, a análise estatística efetuada com recurso ao teste de Kruskal-Wallis não revelou efeitos significativos da variável grupo nos valores padronizados, $\chi^2 = (2, N=59) = 5.325$, $p=.070$ (embora neste caso se verifique uma tendência), nem na pontuação obtida em sentido direto, $\chi^2 = (2, N=59) = 3.159$, $p=.206$, ou sentido inverso, $\chi^2 = (2, N=59) = 4.096$, $p=.129$. Porém, numa análise realizada com o teste de Mann-Whitney comparando diretamente, por pares, os grupos sem depressão simulador, sem depressão honesto e com depressão, verificaram-se diferenças significativas quer nos resultados padronizados, $U = 114.5$, $Z = - 2.330$, $p=.020$, quer nos resultados obtidos em sentido inverso, $U = 128$, $Z = - 1.993$, $p=.046$, entre os grupos sem depressão simulador e sem depressão honesto. Nos dois ensaios do subteste de Memória de Dígitos (sentido direto e sentido inverso), os simuladores recordaram menos dígitos do que os sujeitos deprimidos e sem depressão honestos (Figura 2).

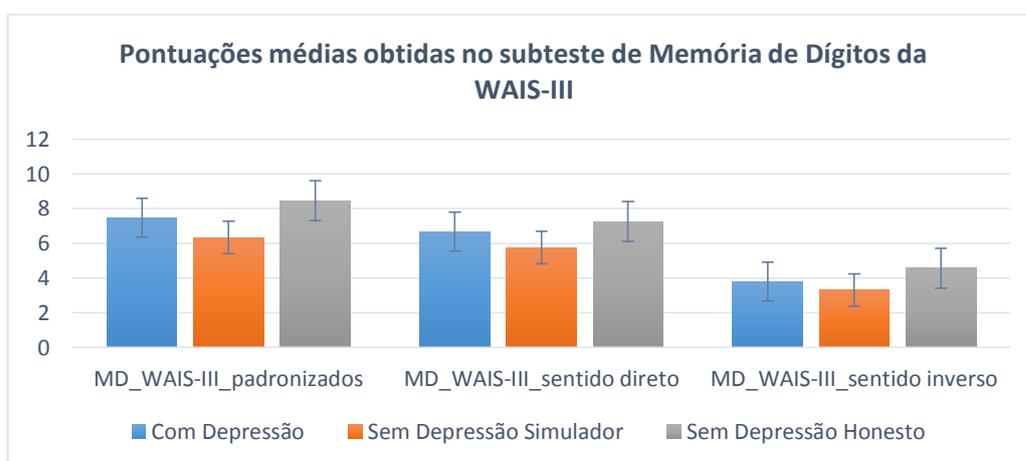


Figura 2: Pontuações médias obtidas no subteste de Memória de Dígitos da WAIS-III nas diferentes condições em estudo.

Para além disso, os indivíduos do grupo sem depressão simulador, com antecedentes de depressão tiveram uma menor pontuação média, quer nos ensaios em sentido direto e inverso, quer nos resultados padronizados ($M= 4.67, 2.67$ e 5.83 , respetivamente), do que os sujeitos sem antecedentes de depressão do mesmo grupo ($M= 6.21, 3.57$ e 6.57 , respetivamente) embora esta diferença não se tenha revelado significativa, $U=37.00, Z= -.417, p=.677$; $U=29.50, Z= -1.043, p=.297$ e $U=29.50, Z= -1.061, p=.289$, respetivamente.

Comparando a pontuação obtida no subtteste dos Cubos da WAIS-III (valores padronizados) nos três grupos em estudo, através de uma ANOVA a 1 fator, não se verificou um efeito principal da variável grupo $F(2,56) = .849, p=.433$. Testes de post-hoc de Tukey revelaram que o grupo com depressão ($M=9.26$) não difere significativamente do grupo sem depressão simulador ($M=8.50, p=.680$), nem do grupo sem depressão honesto ($M=9.65, p=.905$). Os grupos sem depressão simulador e sem depressão honesto também não diferem entre si ($p=.412$). Apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas, importa ainda acrescentar que o grupo sem depressão simulador teve um pior desempenho que os outros dois grupos em estudo (Figura 3).

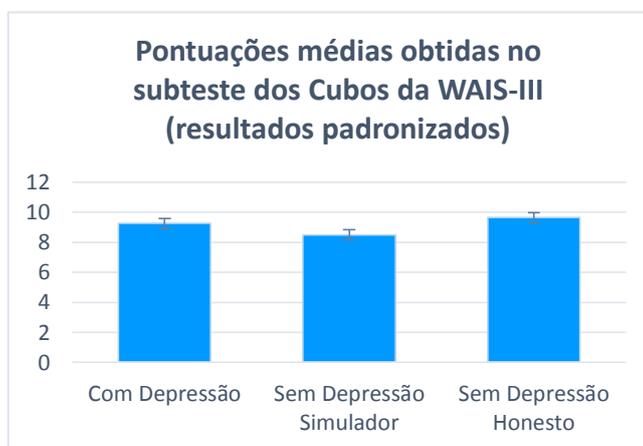


Figura 3: Pontuações médias obtidas no subtteste de Cubos da WAIS-III (resultados padronizados) nas diferentes condições em estudo.

No que diz respeito ao grupo sem depressão simulador, verifica-se que os sujeitos com antecedentes de depressão obtiveram uma menor pontuação média ($M=8.17, DV=1.68$) do que os sujeitos sem antecedentes de depressão do mesmo grupo ($M=8.64, DV=.487$), embora, através da análise efetuada com o teste de Mann-Whitney, esta diferença não se tenha revelado significativa, $U=41.00, Z= -.084, p=.933$.

Comparando a pontuação obtida no ensaio de cópia da Figura Complexa de Rey através do teste de Kruskal-Wallis verificou-se um efeito significativo da variável grupo, $\chi^2(2, N=59) = 6.268, p=.044$. Testes de Mann-Whitney revelaram diferenças significativas entre os grupos com depressão

(M=29.47) e sem depressão honestos (M=31.93), $U=100.5$, $Z= -2.528$, $p=.011$, sendo que não existem diferenças significativas entre os grupos com depressão e sem depressão simulador (M=30.13), $U=154.5$, $Z= -1.002$, $p=.316$, nem entre os grupos sem depressão honesto e sem depressão simulador, $U=148.5$, $Z= -1.409$, $p=.159$. Já no ensaio de evocação, não se verificou um efeito significativo da variável grupo, $\chi^2(2, N=59) = 1.202$, $p = .548$. Relativamente ao grupo sem depressão simulador, os sujeitos com antecedentes de depressão tiveram uma pontuação média mais baixa do que os sujeitos sem antecedentes de depressão do mesmo grupo, tanto no ensaio de cópia como no ensaio de evocação (M=26.92, 31.50 e M= 12.67, 14.54, respetivamente), embora, através da análise efetuada com o teste de Mann-Whitney, esta diferença não se tenha revelado significativa, $U=37.50$, $Z= -.376$, $p=.707$ e $U=35.50$, $Z= -.538$, $p=.591$, respetivamente.

DISCUSSÃO

O objetivo principal do presente estudo consistia em verificar a eficácia de um protocolo de instrumentos utilizados com a finalidade de identificar indivíduos simuladores. De igual modo, pretendia-se avaliar a sensibilidade destes instrumentos a sintomas depressivos, distinguindo indivíduos sem diagnóstico de depressão simuladores de indivíduos com diagnóstico de depressão e indivíduos sem diagnóstico de depressão honestos.

De acordo com os dados obtidos neste estudo, foram encontradas, tal como o esperado, diferenças estatisticamente significativas no ensaio de retenção do TOMM entre o grupo sem depressão simulador e o grupo sem depressão honesto. Deste modo verificou-se que o grupo sem depressão simulador obteve uma pontuação significativamente inferior ao grupo sem depressão honesto. Contudo, ao contrário do que era expectável, não foram encontradas diferenças significativas nos dois ensaios de aprendizagem do TOMM entre os três grupos em estudo. Porém, importa recordar que as pontuações médias obtidas pelo grupo sem depressão simulador foram inferiores aos restantes grupos nos três ensaios do TOMM, bem como inferiores ao ponto de corte proposto pelo autor do instrumento (< 45 valores). Em estudos com diferentes tipos de metodologias, sujeitos em risco de simulação e sujeitos instruídos a simular, as pontuações obtidas demonstraram que o TOMM discrimina com sucesso indivíduos honestos de indivíduos simuladores (Tombaugh, 2002). Ainda que no nosso estudo apenas tenham sido encontradas diferenças significativas entre os grupos sem depressão simulador e honesto no ensaio de retenção, o que o torna no indicador mais sensível à falsificação de sintomas, tal resultado não significa que o teste não tenha identificado os sujeitos que falsificaram sintomas. Como já vimos anteriormente, o grupo sem depressão simulador obteve, nos diferentes ensaios, uma média de pontuações menor que os restantes grupos, e inferior ao ponto de corte sugerido por Tombaugh (< 45 valores), o que significa que a maior parte dos simuladores seriam identificados tendo em conta o ponto de corte do instrumento. O grupo com diagnóstico de

depressão apresentou também, no primeiro ensaio do TOMM, uma pontuação média inferior ao ponto de corte. Porém, o mesmo não aconteceu nos restantes ensaios, o que exclui um possível diagnóstico de simulação. No que diz respeito aos sujeitos deprimidos, estes tendem a perceber o TOMM como um teste difícil, sendo possível, ou talvez provável que os indivíduos desistam de se esforçar o suficiente para concluir a tarefa com sucesso e, por isso, obtenham pontuações mais baixas, podendo ser mal interpretadas como simulação (Rees, et al., 2001). Como pudemos verificar, no nosso caso, não existem diferenças significativas entre o grupo com depressão e os restantes dois, embora os participantes com depressão tenham obtido pontuações mais baixas que os participantes honestos, mas mais elevadas que os simuladores. À semelhança do que Rees e colaboradores (2001) concluíram num estudo onde compararam um grupo de sujeitos deprimidos e um grupo de indivíduos que sofreram um TCE com um grupo da comunidade, podemos também concluir que as pontuações do TOMM não são significativamente influenciadas pelos sintomas depressivos. Podemos tirar tais conclusões uma vez que as pontuações médias obtidas pelo grupo com depressão não diferem significativamente das pontuações obtidas pelo grupo sem depressão honesto. Dado que as pontuações destes dois grupos são semelhantes, verifica-se não haver uma influência significativa dos sintomas depressivos no TOMM. Em relação aos indivíduos simuladores, a literatura diz-nos que estes tendem a apresentar um menor desempenho nos ensaios de reconhecimento do que os pacientes reais (Greiffenstein et al., 1996), o que se veio a confirmar na nossa amostra. Efetivamente, o grupo sem depressão simulador obteve uma pontuação inferior ao grupo com depressão no ensaio de retenção. Estes resultados são explicados pelo facto de os simuladores tenderem a perceber os ensaios de reconhecimento como mais difíceis do que realmente são, não se apercebendo que o seu nível de dificuldade é inferior aos ensaios de aprendizagem, uma vez que fornecem aos sujeitos pistas que os ajudam a recordar a informação apresentada anteriormente (Gonçalves et al., 2007; Mota et al., 2008; Nitch & Glassmire, 2007; Simões et al., 2010a). Assim sendo, à semelhança do que foi evidenciado por Tombaugh (2002), também podemos aferir que o TOMM é um teste psicométrico útil na avaliação da simulação, detetando com sucesso défices de memória exagerados, ou apenas simulados, ainda que seja necessário desenvolver mais estudos nesta área, utilizando, para isso, amostras de participantes com outras patologias suscetíveis de simulação, de modo a verificar a sensibilidade do instrumento aos sintomas dessas mesmas doenças.

Relativamente ao SIMS, e tal como o esperado, encontramos diferenças significativas entre o grupo sem depressão simulador e sem depressão honesto em 4 subescalas (NI, P, LA e AF) e na pontuação total. Tais resultados indicam, de forma geral, que o SIMS distingue indivíduos honestos de indivíduos simuladores. De modo semelhante, também encontramos diferenças significativas entre o grupo com depressão e sem depressão honesto. Pelo contrário, o grupo com depressão e sem depressão simulador diferiram significativamente apenas na subescala P, o que sugere que esta

subescala é a mais sensível à simulação. Os resultados por nós obtidos vão de encontro ao que encontramos na literatura, na qual o SIMS é tido como um instrumento que distingue indivíduos simuladores de honestos, embora não diferencie sujeitos potencialmente simuladores de pacientes psiquiátricos (Clegg, Fremouw & Mogge, 2009; Edens et al., 2007). Para além disto, é preciso salientar que o grupo sem depressão simulador apresentou pontuações mais elevadas do que os outros dois grupos, quer na pontuação total, quer na maioria das subescalas, excetuando-se a AF. Tal como Clegg e colaboradores (2009), também nós comprovamos que as subescalas do SIMS são menos eficientes na identificação de simuladores ou honestos. Tendo em conta a pontuação total do SIMS e o ponto de corte mais frequente, 14, o grupo sem depressão simulador seria identificado como tal, uma vez que obteve pontuações acima desse valor. No entanto, também o grupo com depressão e sem depressão honesto obtiveram pontuações mais elevadas que 14, o que indica que também seriam identificados como simuladores, com base no ponto de corte. Assim sendo, estamos perante uma elevada taxa de falsos positivos, uma vez que o SIMS identificou indivíduos simuladores quando, de facto, não o eram. Tal resultado corrobora os dados encontrados na literatura (Clegg, et al., 2009), e neste caso, para diminuir a taxa de falsos positivos o ponto de corte sugerido, neste estudo, seria uma pontuação total superior a 29, ainda que este valor não tenha sido calculado por nenhuma fórmula de cálculo de pontos de corte. Com recurso à fórmula de Jacobson e Truax, Pereira (2012) sugeriu, num estudo desenvolvido com uma amostra médico-legal e uma amostra da comunidade, um ponto de corte superior a 17. Do mesmo modo, Merckelbach e Smith (2003), propuseram um ponto de corte superior a 16 e Wisdom e colaboradores (2010, citado por Pereira, 2012) sugeriram um ponto de corte superior a 23, de modo a diminuir a taxa de falsos positivos, e assim melhorar o poder preditivo de potenciais simuladores.

Em relação ao subteste da WAIS-III, Memória de Dígitos, encontramos, neste estudo, e tal como esperado, diferenças significativas entre o grupo sem depressão simuladores e o grupo sem depressão honesto, quer nos resultados padronizados, quer nos resultados do ensaio em sentido inverso. Os indivíduos simuladores recordaram menos dígitos em ambos os ensaios do que os sujeitos honestos. De acordo com a literatura, indivíduos instruídos a simular ou pacientes dos quais se suspeita de simulação têm um desempenho pobre neste teste (Iverson & Tulsky, 2003). Tendo em conta os nossos resultados, devemos salientar que este subteste apenas identificou simuladores sem patologia, não distinguindo indivíduos com diagnóstico de depressão de indivíduos sem diagnóstico de depressão simuladores. Assim sendo, o subteste da WAIS-III, Memória de Dígitos, não pareceu ser sensível à simulação em amostras psiquiátricas. Iverson e Tulsky (2003) sugerem que devemos suspeitar de simulação quando um indivíduo alcança uma pontuação total igual ou inferior a 5; na tarefa em sentido direto consegue uma pontuação igual ou inferior a 4 (para pessoas com idade inferior a 55 anos) e na tarefa em sentido inverso uma pontuação igual ou inferior a 2. De acordo

com as indicações de Iverson e Tulsy (2003), e tendo em conta as pontuações médias do grupo sem depressão simulador, este não seria identificado como simulador. Como não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo com depressão e o grupo sem depressão honesto, o teste Memória de Dígitos mostrou ser, na nossa amostra, insensível aos sintomas de depressão. Contudo, a literatura não é unânime quanto à influência das perturbações depressivas nas provas da WAIS, embora os sujeitos com diagnóstico de depressão tenham pontuações ligeiramente mais baixas que os sujeitos saudáveis (Wechsler, 1997). Heinly e colaboradores (2005) no seu estudo referem que o teste Memória de Dígitos é um bom teste a identificar e diagnosticar simuladores. Deste modo, serão necessários mais estudos com uma amostra maior e com outras patologias, para comprovar ou refutar a eficácia deste instrumento na identificação de sujeitos simuladores.

Ao contrário do que era esperado, o subteste Cubos da WAIS-III, não diferenciou indivíduos sem depressão simuladores de indivíduos sem depressão honestos, o que leva a crer que não será um bom teste a incluir num protocolo de avaliação de simulação. Do mesmo modo que o teste de Memória de Dígitos, este instrumento não se mostrou sensível aos sintomas depressivos, não diferenciando indivíduos com depressão de indivíduos sem depressão honestos. Para além disso, também não se mostrou ser sensível à simulação, uma vez que não diferenciou indivíduos com depressão ou sem depressão honestos de indivíduos sem depressão simuladores. Contudo, serão necessários mais estudos para avaliar o contributo deste teste na identificação de simuladores.

Na FCR não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo sem depressão simulador e o grupo sem depressão honesto. Tal resultado indica que, à semelhança do teste dos Cubos, a FCR não será um bom identificador de potenciais simuladores. Meyers e Volbrecht (1999) desenvolveram estudos, nos quais concluíram que indivíduos litigantes tinham um desempenho significativamente inferior na FCR relativamente aos sujeitos não litigantes. No entanto, de acordo com o que sabemos acerca da FCR, esta discrimina indivíduos saudáveis de indivíduos com depressão - ou outras patologias, como TCE, demências, acidentes vasculares cerebrais e esquizofrenia (Trzepacz & Baker, 2001; Jamus & Mader, 2005) - resultado este, comprovado pelo nosso estudo, onde o grupo com depressão difere significativamente do grupo sem depressão honesto. Portanto, a FCR é um instrumento sensível aos sintomas depressivos. Assim sendo, talvez a FCR possa ser um bom indicador de simulação se compararmos, por exemplo, o desempenho do grupo com patologia honesto com o desempenho dos outros grupos. Imaginemos que o instrumento estava aferido para as diversas patologias suscetíveis de simulação. Neste caso, poderíamos comparar o desempenho de um indivíduo que foi avaliado com os resultados normativos da população saudável e da população clínica, tendo sempre em consideração a patologia da qual se suspeita de simulação. A partir daqui, se o resultado obtido pelo indivíduo estivesse no intervalo dos valores normativos para a população clínica, ele seria identificado como potencial simulador. Caso a sua pontuação ficasse no intervalo

da população saudável, o sujeito não seria identificado como simulador. Claro está que nenhum indivíduo deve ser identificado como simulador com base num único teste de avaliação neuropsicológica. Será necessário realizar uma avaliação com recurso a uma bateria de testes diversificados para chegar a um possível diagnóstico de simulação. Importa acrescentar que, para o cenário acima mencionado ser possível, é necessário um estudo rigoroso e dispendioso no sentido de aferir a FCR para a população portuguesa saudável, bem como para diversas amostras da população clínica (depressão, TCE, esquizofrenia, demências, entre outras). No nosso estudo, embora não tenhamos encontrado diferenças significativas entre o grupo com depressão e o grupo sem depressão simulador, sugerimos novas investigações neste sentido e com recurso a outras patologias. Em suma, seria importante incluir a FCR em futuros estudos de simulação, uma vez que, tanto quanto se sabe, esta não é estudada no âmbito de identificação de simuladores. Contudo, e seguindo o raciocínio anteriormente apresentado, seria importante que a FCR fosse validada para as diversas patologias mais estudadas em simulação, de modo a se poder comparar com maior rigor o desempenho dos indivíduos simuladores de determinada patologia, com a norma dos sujeitos que sofrem, efetivamente, dessa patologia e ainda com os indivíduos saudáveis honestos.

Importa ainda fazer uma ressalva em relação ao grupo sem depressão simulador. Verificamos que neste grupo, os indivíduos com antecedentes de depressão obtiveram pontuações médias mais baixas que os indivíduos sem antecedentes de depressão em todos os instrumentos aplicados, com exceção do SIMS, no qual obtiveram pontuações mais elevadas, já que quanto mais alta a pontuação obtida neste teste, maior a probabilidade de o sujeito estar a simular. Estas diferenças mostraram ser significativas apenas nas subescalas Déficit Neurológico, Psicose, Perturbações Mnésicas e na pontuação total do SIMS. Tais resultados indicam, possivelmente, que os indivíduos com antecedentes de depressão possuem mais conhecimento sobre a patologia, sabendo de forma mais precisa como exagerar os sintomas, o que constitui um aspeto que poderá ser estudado em futuras investigações.

Estudos nos quais se dá instruções aos participantes para simularem determinados sintomas apresentam algumas limitações, tais como a baixa validade externa e a falta de motivação dos sujeitos para representarem o comportamento de um verdadeiro simulador. Em circunstâncias reais, um indivíduo que simula estará motivado para fingir os seus sintomas de modo a ser significativamente recompensado, com benefícios financeiros, por exemplo, e terá consequências graves se for detetado (Larrabee, 2007; Powell, Gfeller, Hendricks & Sharland, 2004). Para além destas limitações podem-se apontar outras como a falta de compreensão das instruções por parte dos participantes para simularem os sintomas de determinada patologia, e o facto de não se conseguir avaliar com certeza se os indivíduos instruídos para simular o fizeram, ou no caso de indivíduos instruídos a darem o seu melhor, se foram realmente honestos. Porém, também apresentam algumas vantagens como a elevada

validade interna e a confiança de que as mudanças ocorridas nas variáveis dependentes são provenientes da manipulação experimental (Erdal, 2004; Larrabee, 2007; Powell et al., 2004; Vickery et al., 2004). Mesmo assim, o ideal seria levar a cabo estudos onde os simuladores tivessem motivação intrínseca para simularem comportamentos e sintomas, de modo a aproximarmos de situações reais. No entanto, tais estudos são difíceis de desenvolver, pelo que se tem optado por instruir indivíduos saudáveis a simular.

Assim, como principais limitações deste estudo podemos apontar o tamanho reduzido da amostra, o facto de não sabermos se os indivíduos instruídos a simular e os sujeitos instruídos a serem honestos dando o seu melhor nas respostas aos testes, seguiram devidamente as instruções. Podemos ainda acrescentar a possibilidade das respostas dos participantes terem ido de encontro à deseabilidade social, a diminuição da concentração dos participantes devido ao tempo que demorou a entrevista ou então pelos estímulos distratores existentes no local de entrevista, que não foi sempre o mesmo (ora num gabinete do hospital, ora em casa dos participantes). Deste modo, seria interessante que se realizassem novos estudos nos quais se pudessem controlar estas limitações, tendo uma amostra maior e se possível um local sem estímulos visuais e auditivos a fim de manter a concentração dos sujeitos. Para estudos futuros sugerimos ainda, a inclusão de amostras clínicas que estejam em situação de litígio e, deste modo, com provável motivação para simular os sintomas, bem como o desenvolvimento de novos estudos com recurso a instrumentos como o teste da Memória de Dígitos e os Cubos, ambos da WAIS-III, e a FCR, de modo a perceber, com maior rigor, se serão ou não pertinentes na identificação de potenciais simuladores.

Os resultados obtidos neste estudo contribuem para o enriquecimento da literatura nacional e internacional acerca da deteção de simulação, têm implicações no contexto clínico e forense, no sentido preventivo e de conhecimento da doença mental. Embora não tenhamos conseguido corroborar todas as hipóteses inicialmente identificadas, cremos que os objetivos a que nos propusemos foram alcançados. Concluimos que o TOMM e o SIMS são instrumentos com elevada consistência na identificação de simuladores e que o teste de Memória de Dígitos da WAIS-III e Figura Complexa de Rey têm potencial para discriminar simuladores de honestos, sendo necessário mais investigação neste sentido. Importa ainda referir que um dos pontos fortes do nosso estudo consiste na inclusão de amostras clínicas, neste caso, com diagnóstico de depressão. Para além disso, incluímos no nosso protocolo três instrumentos menos comuns em estudos de simulação – Memória de Dígitos, Cubos e FCR – acreditando que seriam úteis na identificação de simuladores, ainda que geralmente, façam parte dos protocolos de avaliação neuropsicológica, mas não com o intuito de identificar fingidores de patologias.

Uma vez que ainda não existe uma bateria de testes disponível que permita avaliar com certeza se uma pessoa está ou não a simular, é necessário continuar a desenvolver estudos nesse sentido. É

de igual modo importante, ter em consideração que os instrumentos mais eficazes deverão ser os menos sensíveis a sintomas (neuro)psicopatológicos, como por exemplo, sintomas depressivos, défices cognitivos e lesões cerebrais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2013). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (J. C. Fernandes, Ed.) (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- An, K., Zakzanis, K., & Joordens, S. (2012). Conducting research with non-clinical healthy undergraduates: Does effort play a role in neuropsychological test performance? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 27(8), 849-857. doi: 10.1093/arclin/acs085
- Armistead-Jehle, P., & Gervais, R. (2011). Sensitivity of the test of memory malingering and the nonverbal medical symptom validity test: A replication study. *Applied Neuropsychology*, 18(4), 284–290. doi: 10.1080/09084282.2011.595455
- Barhon, L., Batchelor, J., Meares, S., Chekaluk, E., & Shores, E. (2015). A comparison of the degree of effort involved in the TOMM and the ACS word choice test using a dual-task paradigm. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(2), 114–123. doi: 10.1080/23279095.2013.863775
- Bauer, L., & McCaffrey, R. (2006). Coverage of the test of memory malingering, victoria symptom validity test, and word memory test on the internet: Is test security threatened? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21(1), 121–126. doi: 10.1016/j.acn.2005.06.010
- Bordini, E. J., Chaknis, M. M., Ekman-Turner, R. M., & Perna, R. B. (2002). Advances and issues in the diagnostic differential of malingering versus brain injury. *Neurorehabilitation*, 17(2), 93–104.
- Bush, S. S., et al. (2005). Symptom validity assessment: Practice issues and medical necessity. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20(4), 419–426. doi: 10.1016/j.acn.2005.02.002
- Campos, R. (2010). Depressão, traços depressivos e representações parentais: Um estudo empírico. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 371–382.
- Campos, R., & Gonçalves, B. (2011). The portuguese version of the beck depression inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two nonclinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258–264. doi:10.1027/1015-5759/a000072
- Clegg, C., Fremouw, W., & Mogge, N. (2009). Utility of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) and the assessment of depression inventory (ADI) in screening for malingering among outpatients seeking to claim disability. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(2), 239–254. doi:10.1080/14789940802267760
- Conroy, M. A., & Kwartner, P. P. (2006). The definition of malingering. *Applied Psychology in Criminal Justice*, 2(3), 30–51.

- Edens, J. F., Otto, R. K., & Dwyer, T. (1999). Symptomatology in identifying persons motivated to malingering psychopathology. *Journal of the American Academy of Psychiatric and the Law*, 27(3), 387–396.
- Edens, J. F., Poythress, N. G., & Watkins-Clay, M. M. (2007). Detection on malingering in psychiatric unit and general population prison inmates: A comparison of the PAI, SIMS, and SIRS. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 33–42. doi:10.1080/00223890709336832
- Erdal, K. (2004). The effects of motivation, coaching, and knowledge of neuropsychology on the simulated malingering of head injury. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(1), 73–88. doi:10.1016/S0887-6177(02)00214-7
- Espírito Santo, H. (2013). Avaliação de alterações de funções psicológicas superiores. In *Manual de Neuropsicologia* (11–29). Instituto Superior Miguel Torga.
- Gonçalves, S., Almeida, F., & Oliveira, L. (2007). Malingering. *Psiquiatria, Psicologia E Justiça*, 1(1), 133–139.
- Greiffenstein, M. F., Baker, W. J., & Gola, T. (1996). Comparison of multiple scoring methods for rey's malingered amnesia measures. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11(4), 283–293. doi:10.1093/arclin/11.4.283
- Hashish, R. K., Yossef, I. M., Moustafa, A. A., El Elemi, A. H., & Ali, N. M. (2011). Comparison between infrequency (F), fake bad scale (FBS) and infrequency psychopathology (F(p)) scales in diagnosis of malingering among post head trauma disability claims. *Egyptian Journal of Forensic Sciences*, 1(1), 13–18. doi:10.1016/j.ejfs.2011.04.004
- Heinly, M., Greve, K., Bianchini, K., Love, J., & Brennan, A. (2005). WAIS digit span-based indicators of malingered neurocognitive dysfunction. *Assessment*, 12(4), 429–444. doi:10.1177/1073191105281099
- Iverson, G. L., & Tulskey, D. S. (2003). Detecting malingering on the WAIS-III unusual digit span performance patterns in the normal population and in clinical groups. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(1), 1–9. doi:10.1016/S0887-6177(01)00176-7
- Iverson, G., Lange, R., Brooks, B., & Rennison, V. (2010). “Good old days” bias following mild traumatic brain injury. *The Clinical Neuropsychologist*, 24(1), 17–37. doi:10.1080/13854040903190797
- Jamus, D. R., & Mader, M. J. (2005). A figura complexa de rey e seu papel na avaliação neuropsicológica. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 11(4), 193–198. doi:10.1590/S1676-26492005000400008
- Jasinski, L., Berry, D., Shandera, A., & Clark, J. (2011). Use of the wechsler adult intelligence scale digit span subtest for malingering detection: A meta-analytic review. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(3), 300–314. doi:10.1080/13803395.2010.516743

- Jelicic, M., Hessels, A., & Merckelbach, H. (2006). Detection of feigned psychosis with the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS): A study of coached and uncoached simulators. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(1), 19–22. doi:10.1007/s10862-006-4535-0
- Kitchen, R. (2003). Investigating benefit fraud and illness deception in the United Kingdom. In D. A. Halligan, P. Bass, & C. Oakley (Eds.), *Malingering and illness deception* (313–322). Oxford University Press.
- Larrabee, G. J. (2007). Introduction: Malingering, research designs, and base rates. In G. J. Larrabee (Ed.), *Assessment of malingered neuropsychological deficits* (3–13). New York: Oxford University Press.
- Lezak, M. D., Howisen, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (6^a ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Merckelbach, H., & Smith, G. P. (2003). Diagnostic accuracy of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS) in detecting instructed malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18(2), 145–152. doi:10.1016/S0887-6177(01)00191-3
- Merten, T., Bossink, L., & Schmand, B. (2007). On the limits of effort testing: Symptom validity tests and severity of neurocognitive symptoms in nonlitigant patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29(3), 308–318. doi:10.1080/13803390600693607
- Meyers, J., & Volbrecht, M. (1999). Detection of malingerers using the rey complex figure and recognition trial. *Applied Neuropsychology*, 6(4), 201–207.
- Mota, M., et al. (2008). Test of memory malingering (TOMM): Estudos de validação numa amostra de reclusos. *Psiquiatria, Psicologia E Justiça*, (2), 23–41.
- Nitch, S.R., & Glassmire, D. M. (2007). Non-forced-choice measures to detect noncredible cognitive performance. In K. B. Boone (Ed.), *Assessment of feigned cognitive impairment: A neuropsychological perspective* (78–86). New York: Guildford.
- Oliveira-Brochado, F., & Oliveira-Brochado, A. (2008). Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 27–36.
- Pereira, C. (2012). *Estudo de “Simulação” em amostra médico-legal com o SIMS*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Educação - Universidade de Aveiro, Portugal.
- Pinho, J. (2012). *Testes de validade de sintomas: Validação de um protocolo em amostras de adultos idosos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação - Universidade de Coimbra, Portugal.

- Pivovarova, E., Rosenfeld, B., Dole, T., Green, D., & Zapf, P. (2009). Are measures of cognitive effort and motivation useful in differentiating feigned from genuine psychiatric symptoms? *International Journal of Forensic Mental Health*, 8(4), 271–278. doi:10.1080/14999011003635514
- Ponciano, E., Cardoso, I., & Pereira, A. (2005). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do beck depression inventory-second edition (BDI-II) em estudantes do ensino superior. In E. Pereira & A. Motta (Eds.), *Ação Social e Aconselhamento Psicológico no ensino superior: Investigação e Intervenção - Actas do Congresso Nacional*. (329–337). Coimbra: SASUC Edições.
- Powell, M., Gfeller, J., Hendricks, B., & Sharland, M. (2004). Detecting symptom - and test - coached simulators with the test of memory malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(5), 693–702. doi:10.1016/j.acn.2004.04.001
- Rees, L., Tombaugh, T., Gansler, D., & Moczynski, N. (1998). Five validation experiments of the test of memory malingering (TOMM). *Psychological Assessment*, 10(1), 10–20. doi:1040-3590/98/\$3.00
- Rees, L. M., Tombaugh, T. N., & Boulay, L. (2001). Depression and the test of memory malingering. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 16(5), 501–506. doi:10.1016/S0887-6177(00)00064-0
- Resnick, P. J., West, S., & Payne, J. W. (2008). Malingering of posttraumatic disorders. In R. Rogers (Ed.), *Clinical assessment of malingering and deception* (3rd ed., 109–127). New York: The Guilford Press.
- Rey, A. (1988). *Teste de cópia de figuras complexas*. Lisboa: CEGOC-TEA.
- Rogers, R., & Bender, S. D. (2003). Evaluation of malingering and deception. In A. M. Weiner & I. B. Goldstein (Eds.), *Handbook of psychology: vol. 11. Forensic psychology* (109–129). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Sharland, M., & Gfeller, J. (2007). A survey of neuropsychologists' beliefs and practices with respect to the assessment of effort. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(2), 213–223. doi:10.1016/j.acn.2006.12.004
- Simões, M. (2006). Testes de validade de sintomas na avaliação dos comportamentos de simulação. In M. S. Fonseca, A. C. Simões, M. Taborda-Simões & M. C. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense* (279–309). Coimbra: Almedina.
- Simões, M., et al. (2010a). Avaliação da simulação ou esforço insuficiente com o rey 15-item memory test (15-IMT): Estudos de validação em grupos de adultos idosos. *Análise Psicológica*, 28(1), 209–226.
- Simões, M. R. (2010b). *Structured inventory of malingered symptomatology (SIMS)*. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica, FPCE-UC.

- Smith, G. & Burger, G. (1997). Detection of malingering: Validation of the structured inventory of malingered symptomatology (SIMS). *Journal of the American Academy of Psychiatric and the Law*, 25(2), 183–189.
- Swihart, A., Harris, K., & Hatcher, L. (2008). Inability of the rarely missed index to identify simulated malingering under more realistic assessment conditions. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 30(1), 120–126. doi:10.1080/13803390701249044
- Teichner, G., & Wagner, M. (2004). The test of memory malingering (TOMM): Normative data from cognitively intact, cognitively impaired, and elderly patients with dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(3), 455–464. doi:10.1016/S0887-6177(03)00078-7
- Tombaugh, T., N. (2002). The test of memory malingering in forensic psychology. In R. L. Hom & J. Denney (Eds.), *Detection of response bias in forensic neuropsychology* (69–96). New York: The Haworth Medical Press.
- Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vickery, C., et al. (2004). Head injury and the ability to feign neuropsychological deficits. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(1), 37–48. doi:10.1016/S0887-6177(02)00170-1
- Wechsler, D. (1997). *Escala de inteligência de Wechsler para adultos* (3rd ed.). Cegoc.

ANEXOS

Anexo I: Pedido de autorização de recolha de amostra ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga

Vanessa Sofia Silva Castro
Travessa da Cooperativa, n.º5
4520-476 Rio Meão

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga
Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira

Ex^{mo} Presidente do Conselho de Administração do CHEDV,

Sou aluna do Mestrado em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, na Universidade de Aveiro, atualmente em estágio curricular no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga. Como este ano terei de levar a cabo um projeto de investigação para a obtenção do grau de Mestre, venho por este meio, pedir autorização a vossas excelências para recolher amostra na presente instituição. Os participantes terão de frequentar as consultas de Psicologia e ter diagnóstico de Depressão Major. Para o efeito, envio em anexo o projeto da dissertação de Mestrado, onde podem consultar uma breve contextualização do estudo, o método do mesmo e os instrumentos a utilizar. Se forem necessários mais informações estarei ao dispor para vos esclarecer.

Com os melhores cumprimentos,

Vanessa Castro

vanessa.castro@ua.pt

Anexo II: Autorização do Conselho de Administração do CHEDV para a recolha de amostra



Centro Hospitalar
de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Exma. Senhora
Dra. Vanessa Sofia Silva Castro
Travessa da Cooperativa, n.º 5
4520-476 Riomeão

CA-282/15-0c
MP/AC

Data: 2015/04/21

Assunto: Trabalho de investigação – “Estudo sobre a simulação em indivíduos com Depressão Major”

O Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE, deliberou em reunião de 22 de abril de 2015, autorizar a realização do trabalho de investigação mencionado em epígrafe.

Com os melhores cumprimentos,

Miguel Paiva
Presidente do Conselho de Administração



CHEDV - Mod.080

Sede: Unidade de Stª. Mª. da Feira
Morada: Rua Dr. Cândido de Pinho
4520-211 Santa Maria da Feira

Telefone: 256 379 700
Fax: 256 373 867
NIF: 508 878 462
hss@hospitalfeira.min-saude.pt

Anexo III: Questionário Sociodemográfico

Dados biográficos

1. Idade: _____ anos
2. Data de nascimento: ____/____/_____
3. Sexo: Masculino Feminino
4. Escolaridade: _____
5. Profissão: _____

5.1- Se é estudante, indique, por favor, o curso, o ano e o estabelecimento de ensino que frequenta:

- 6. Estado civil**
- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União de facto
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

- 7. Tem algum(s) problema(s) de saúde, diagnosticado por um médico? Sim Não**

7.1- Se respondeu sim, identifique, por favor, o(s) problema(s) de saúde que tem.

- 8. Suspeita ter mais alguma(s) doença(s) que ainda não lhe tenha sido diagnosticada?**

Sim Não

8.1- Se respondeu sim, identifique, por favor, que doença(s) pensa ter.

- 9. Alguma vez lhe foi diagnosticada uma doença mental? Sim Não**

9.1- Se respondeu sim, indique, por favor, qual(ais).

- 10. Na sua opinião, considera ter algum problema de memória? Sim Não**

11. Toma medicação com o objetivo de melhorar a memória, ou medicação que possa afetar negativamente a memória? Sim Não

11.1- Se respondeu sim, indique, por favor, o nome da medicação e o modo como a toma (ex: “tomo um comprimido de manhã e outro à noite”).

12. Alguma vez lhe foi diagnosticada uma depressão? Sim Não

12.1- Alguma vez tomou medicação para a depressão? Sim Não

12.1.1 – Se respondeu sim, indique, por favor, o nome da medicação e o modo como a tomou (ex: “tomei um comprimido de manhã e outro à noite”).

12.2- Atualmente, toma medicação para a depressão? Sim Não

12.2.1 - Se respondeu sim, indique, por favor, o nome da medicação e o modo como a toma (ex: “tomo um comprimido de manhã e outro à noite”).

12.3- Se nunca lhe foi diagnosticada uma depressão, considera-se uma pessoa deprimida? Sim Não

12.3.1- Se respondeu sim, indique, por favor, as razões pelas quais se considera uma pessoa deprimida.

13. Se tem, ou já teve uma depressão, assinale, por favor, o(s) sintoma(s) que o(a) afetam(vam).

Humor deprimido, na maior parte do dia, quase todos os dias

Diminuição do interesse ou falta de prazer nas atividades do dia-a-dia, quase todos os dias

Perda ou ganho de peso sem estar a fazer dieta

Dificuldades em dormir ou excesso de sono

Sentir-se agitado(a) (não conseguir parar quieto(a) quase todos os dias)

Cansaço ou perda de energia quase todos os dias

Falta de concentração, dificuldades em pensar ou tomar decisões quase todos os dias

Pensamentos recorrentes sobre a morte

Tentativa de suicídio

Estes sintomas provocam dificuldades na sua vida pessoal, profissional e social

14. Como é o seu sono:

Consigo dormir a noite inteira sem acordar e não tenho dificuldade em adormecer

Acordo a meio da noite mas volto a adormecer

Acordo várias vezes a meio da noite e tenho alguma dificuldade em voltar a adormecer

Acordo a meio da noite ou de madrugada e já não consigo dormir mais

Geralmente, tenho dificuldades em adormecer

15. Toma alguma medicação para dormir? Sim Não

15.1- Se respondeu sim, indique, por favor, o nome da medicação e o modo como a toma (ex: “tomo um comprimido de manhã e outro à noite”).

Muito obrigada pela sua colaboração! 😊

Anexo IV: Instrução dada ao grupo dos não deprimidos simuladores

“Ser-lhe-á pedido para, daqui a pouco realizar várias tarefas: preenchimento de questionários, memorizar séries de números e uma atividade com cubos. Atenção! É importante que tenha em consideração que **deve responder aos questionários simulando ou exagerando os sintomas depressivos, tendo em conta a seguinte situação:**

Procure imaginar-se na seguinte situação: imagine que teve um acidente de viação que lhe tirou a sensibilidade do braço esquerdo. Como consequência disso, começou a sentir-se triste a maior parte dos dias, deixou de sentir interesse ou prazer nas atividades do dia-a-dia, começou a sentir-se cansada(o) quase todos os dias, perdeu peso e começou a sentir vontade de passar os dias na cama. Por este motivo, não conseguia trabalhar. Contudo, hoje em dia estes sintomas depressivos já não lhe causam problemas, uma vez que foi tratada(o) e recuperou totalmente.

No entanto, como pretende obter a reforma por invalidez devido ao acidente que teve e às suas consequências, ou seja, pretende obter um ganho ou benefício externo, terá de fingir que estes sintomas depressivos estão atualmente presentes e que a(o) impedem de trabalhar.

Deste modo, foi chamada(o) a uma Junta Médica da Segurança Social, que a(o) enviou para um psicólogo para este avaliar a gravidade das suas queixas, sendo necessário a(o) senhor(a) responder a alguns testes psicológicos. O resultado que obtiver nestes testes irão ajudar a determinar se irá, efetivamente, obter a reforma por invalidez, bem como o valor que irá receber.

Lembre-se que não basta mostrar os sintomas; terá que convencer o psicólogo que os sintomas depressivos acima referidos influenciam de forma negativa a sua capacidade de trabalhar. Assim sendo, deve fingir as suas dificuldades para que convença a Junta Médica que não pode trabalhar mais. Não se esqueça que se for descoberto que está a fingir, não terá a reforma por invalidez nem receberá nada, pelo que terá de continuar a trabalhar.

Preste atenção que nos testes psicológicos podem existir algumas perguntas para detetar pessoas que estão a fingir e que é fundamental convencer a Junta Médica de que está realmente incapacitada(o) para trabalhar, a fim de alcançar o seu objetivo.”¹

¹ Texto adaptado de Pinho, J. (2012). *Testes de validade de sintomas: validação de um protocolo em amostras de adultos idosos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Portugal.

Anexo V: Instrução dada ao grupo dos não deprimidos honestos

“Ser-lhe-á pedido para, daqui a pouco, realizar várias tarefas: preenchimento de questionários, memorizar séries de números e uma atividade com cubos. Atenção! É importante que tenha em consideração que **deve responder honestamente aos questionários e dar o seu melhor desempenho nas tarefas.**”