

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Vergonha e Solidão na doença mental crónica

Contributo de um estudo exploratório

EVA MARINA ROCHA GUILHERME

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, ramo Psicoterapia e
Psicologia Clínica apresentada

Coimbra, Setembro de 2011

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Vergonha e Solidão na doença mental crónica

Contributo de um estudo exploratório

EVA MARINA ROCHA GUILHERME

Dissertação apresentada ao I.S.M.T. para obtenção do Grau de Mestre em

Psicologia Clínica, ramo Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientador: Prof. Doutora Marina Cunha

Professor auxiliar do I.S.M.T.

Coimbra, Setembro de 2011

*Aos meus pais, ao meu irmão e ao meu namorado
por sempre acreditarem em mim*

Agradecimentos

À Doutora Marina Cunha, sob orientação elaborei esta dissertação de mestrado. Gostava de sublinhar aqui a sua constante disponibilidade, atenção, encorajamento, sugestões e críticas sempre claras e positivas, a sua forma paciente de lidar com a nossa inexperiência e por fim, a sua ajuda imprescindível em termos teóricos e práticos.

Às técnicas da Fundação ADFP, onde se efectuou a colheita de dados, Dr.^a Patrícia Fernandes e Dr.^a Sílvia Pinto, pelo incentivo e disponibilidade e por terem abraçado este estudo.

A todos os utentes que participaram neste estudo, pela forma como aceitaram partilhar os seus sentimentos e emoções.

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional,

Ao meu irmão, Flávio pela amizade e companheirismo,

Ao meu namorado, Filipe pelas palavras de encorajamento, carinho e apoio incondicional,

A toda a minha família, em especial aos meus avós por todo o carinho,

À Alexandra e à Vânia pela presença e amizade, pelo estímulo e partilha ao longo deste percurso.

Finalmente, o meu agradecimento a todos os que de forma directa ou indirecta me apoiaram em todos os momentos deste percurso.

Resumo

Este estudo pretende explorar a natureza da vergonha, enquanto vivência emocional, e a sua relação com a solidão nos doentes mentais crónicos. Foi avaliada a vergonha interna e externa, a solidão, e estados emocionais negativos, nomeadamente a depressão, ansiedade e *stress*.

Nesta investigação participaram 41 utentes com diagnóstico de perturbação mental. Para avaliar as variáveis psicológicas pretendidas foi utilizada a Escala de Vergonha Interna (ISS), a Escala de Vergonha Externa (OAS), A Escala de Solidão UCLA e a Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress* (DASS-21).

Os resultados indicaram que os doentes mentais da nossa amostra apresentam maiores níveis de vergonha comparativamente à população geral. São as mulheres que apresentam valores mais elevados de vergonha interna, enquanto os divorciados apresentam maiores índices de vergonha externa e de solidão. Os doentes que têm uma actividade laboral manifestam menores níveis de solidão e de depressão. Quanto mais elevadas as habilitações literárias dos participantes, menor é o nível de ansiedade. No estudo de comparação entre doentes institucionalizados e não-institucionalizados, verificou-se que os primeiros apresentam níveis significativamente mais elevados de ansiedade, não se distinguindo relativamente à percepção de solidão e de vergonha (interna e externa). A análise da relação entre as variáveis evidenciou que os valores de vergonha interna e de solidão estavam associados de forma positiva e elevada à depressão e de forma moderada à ansiedade e *stress*.

Não obstante as limitações reconhecidas, o presente estudo contribuiu para um melhor conhecimento dos estados emocionais negativos nos doentes mentais.

Palavras chave: Experiências de Vergonha, Solidão, Doente mental crónico

Abstract

This study aims to explore the nature of shame, while emotional experience and its relationship with loneliness in the chronic mentally ill. We evaluated the internal and external shame, loneliness, and negative emotional states, including depression, anxiety and stress. 41 users participated in this investigation with a diagnosis of mental disorder. To assess the psychological variables was intended to use Internal Shame Scale (ISS), the Foreign Shame Scale (OAS), the UCLA Loneliness Scale and the Scale for Depression, Anxiety and Stress (DASS-21).

The results indicated that the mentally ill in our sample have higher levels of shame compared to the general population. They are women who have higher levels of internal shame, while the divorced have higher rates of external shame and loneliness. Patients who have a work activity demonstrate lower levels of loneliness and depression. The higher the educational level of participants, the lower the level of anxiety. In the comparative study of institutionalized patients and non-institutionalized, it was found that the former have significantly higher levels of anxiety, not distinguishing relation to the perception of loneliness and shame (internal and external). The analysis of the relationship between the variables showed that the values of internal shame and loneliness were positively associated with depression and high and moderately to anxiety and stress.

Despite the recognized limitations, this study contributes to a better understanding of negative emotional states in the mentally ill.

Key Word: Experiences of Shame, Loneliness, chronic mental patient

Introdução

As experiências de vergonha e de solidão nas mais variadas formas constituem vivências relevantes na vida de um indivíduo, que interagem com um grande leque de domínios pessoais e sociais e podem desempenhar, um papel importante na compreensão da psicopatologia no domínio da Psicologia Clínica.

Não obstante diversos autores (e.g., Allan, Gilbert & Goss, 1994; Gilbert, 1998, 2003, 2010, Lewis, 1992, 1995; Lopes, Pinto Gouveia & Castilho, 2005; Matos & Pinto-Gouveia, 2006, 2009; Neto, 1989, 2000; McWhirter, 1990; Peplau & Perlman, 1982; Perese & Wolf, 2005; Pinto-Gouveia & Matos, 2010; Tangney & Dearing, 2002; Weiss, 1974) se terem dedicado ao estudo destes conceitos, não há, do nosso conhecimento, investigação sobre esta problemática em indivíduos com uma doença mental crónica. Neste sentido, o objectivo principal do presente estudo é o de analisar o papel destas variáveis nesta população específica.

Vergonha

A experiência de vergonha é uma das mais privadas e íntimas vivências do ser humano. Ela guia o nosso comportamento e influencia a forma como nos vemos e está intrinsecamente ligada à relação do eu com os outros (Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002). A literatura reconhece a vergonha como uma experiência intensa duradoura que guia o nosso comportamento e tem um papel regulador nas relações interpessoais e intrapessoais (Allan, Gilbert & Goss, 1994; Tangney & Dearing, 2002). A vergonha é normalmente descrita como uma vivência interna do eu como indesejável, não atractivo, defeituoso, sem valor, impotente no seio de um mundo social sob pressão para limitar possíveis danos à sua auto-apresentação através da fuga e do apaziguamento (Gilbert, 1998; McGregor & Elliot, 2005).

Embora a vergonha seja muitas vezes percebida como uma experiência de auto-foco e auto-avaliativa (Tangney & Dearing, 2002), é essencialmente uma experiência do *self* que pode ser considerada como um dos sentimentos mais relevantes para a nossa vivência com o mundo (Gilbert & McGuire, 1998; De La Taille, 1996).

Apesar da sua importância, historicamente a psicologia não dedicou muitos esforços na compreensão da natureza e papel da vergonha na vida humana. Somente nos últimos anos, tem existido um número cada vez maior de investigações ligadas a esta emoção.

Na psicologia, quando não desconsiderada, a vergonha sempre foi vista como um sentimento associado à culpa, mas inúmeros trabalhos recentes têm demonstrado que, ainda que muitas vezes possam ser manifestados juntos, são sentimentos de natureza distinta e não podem ser confundidos. Apesar de distintos, culpa e vergonha não podem ser vistos como opostos, já que a culpa pode ser vista como uma reacção a uma acção, enquanto vergonha é vista como reacção a um modelo existencial (Giner-Sorolla & Espinosa, 2010).

Para Lewis (1992), a culpa é um estado emocional que ocorre quando o indivíduo avalia negativamente o seu comportamento, contudo, este estado emocional pode desaparecer se for realizada uma acção que repare a acção negativa. Já a vergonha não é produzida por nenhum evento específico, mas pela interpretação que o indivíduo faz de uma situação e, por isso, uma vez que o sujeito sente vergonha, não é possível reverter o sentimento, pois este envolve uma auto-reflexão baseada em valores pessoais e de outros significativos, sendo que o fracasso em atingi-los levará o sujeito a um estado que poderá fazê-lo experienciar ou não o sentimento de vergonha, dependendo da objectivação da sua reflexão. Deste modo, Lewis, Haviland-Jones e Barret (2008) classificam a vergonha dentro de uma categoria que designam de “*self-conscious emotions*”, porque o seu aparecimento envolve a elaboração de processos cognitivos complexos, a noção de *self* e a avaliação global que o sujeito faz de si.

Perante o exposto, surge o questionamento sobre a origem do sentimento de vergonha. A emoção auto-consciente de vergonha surge nas nossas primeiras interacções com os outros significativos (Lewis, 1995; Tangney & Dearing, 2002; Thomaes, Stegge & Olthof, 2007), desenvolvendo-se mais tarde do que as emoções primárias (como o medo, a raiva e a alegria), pois depende de certos desdobramentos de habilidades mentais (Gilbert, McEwan, Irons, Bhundia, Cristie et al., 2010; Lewis, 1992), como a representação simbólica, a teoria da mente, o auto-conhecimento e a meta-cognição que só amadurecem cerca dos dois anos de idade (Gilbert, 2003; Stuewig & McCloskey, 2005; Tracy, Robins & Tangney, 2007). Deste modo, é entendido que é nas primeiras interacções da criança com o mundo, que os seus valores e regras se vão construindo e internalizando. Quando essas competências auto-conscientes se misturam com as emoções primárias, existindo um sentido de um *self* social, surgem as emoções auto-conscientes, o que leva a uma ameaça para o *self* como agente social, podendo, deste modo, recrutar várias emoções negativas e ameaçadoras baseadas na experiência de si, surgindo então a vergonha interna (Gilbert, 2003). A internalização dos valores parentais é obtida a partir da transmissão social e da reflexão do sujeito, mas também pela crítica à sua violação, por meio de sanções como a humilhação e a ameaça de retirada de

afecto. Desta forma, os mais significativos são de extrema importância, pois estabelecem as regras para o comportamento do sujeito, vinculam os valores e, pelos laços afectivos e/ou pela identificação estabelecida entre as pessoas envolvidas, a violação dessas regras ou as acções contrárias aos valores podem promover o aparecimento do sentimento de vergonha. À medida que esses valores se integram em escalas normativas, o sentimento de vergonha começa a exercer um papel mais complexo, de regulação, na sua estrutura psíquica (Araújo, 2001).

Desta forma, o sentimento de vergonha tem origem no facto do eu se fazer objecto do olhar, da escuta, do pensamento dos outros (De La Taille, 1996). Assim, a vergonha pode ser uma experiência social dolorosa (também definida como vergonha externa), vinculando o facto de estar a ser julgado ou visto como inferior, como defeituoso ou sem atractivos aos olhos dos outros (Gilbert et al., 2010). Contudo, isso não exclui, o aspecto interno deste sentimento, representado, por exemplo pelo facto do sujeito sentir vergonha sozinho, resultado de reflexões sobre acções pessoais que contrariam os seus valores e a imagem que tem de si, dos seus atributos, características, sentimentos e fantasias, ligados a sentimentos auto-dirigidos como o caso do nojo, raiva, ansiedade (concebida como vergonha interna).

Deste modo, a vergonha está vinculada a controlos internos e externos do próprio sujeito (Gilber et al., 2010; Giner-Sorolla & Espinosa, 2010), podendo-se manifestar quando as acções se referem a uma meta (quando não se obtém algum sucesso e por isso se fracassa); a um padrão (ex.: estético); a uma norma (como a transgressão de uma norma moral); poderá estar associada a uma humilhação, ou por “contágio” (sentimento de vergonha por acções de outrem). Desta forma podemos entender que a vergonha está relacionada com os fracassos, as imperfeições, as inadequações, as fraquezas do sujeito perante as regras e os seus valores, orientando os nossos comportamentos em contextos sociais, influenciando os nossos sentimentos sobre nós mesmos, a forma como percebemos e sentimos sobre a nossa aceitação social (De La Taille, 1996; Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002).

Resumindo, a vergonha pode ser externa, quando as avaliações e os sentimentos são focados no social e no ambiente externo, e que resultam de uma percepção de si como inferior, inadequado e mau, visto e julgado pelos outros; e a vergonha pode ser interna, quando as avaliações são focalizadas internamente, existindo uma auto-avaliação de como se sentiu e se julgou como sendo mau, indesejável, fraco, inadequado ou repugnante (Gilbert, 2003, Gilbert et al., 2010). Assim, a vergonha pode envolver uma série de experiências que podem incluir sentimentos auto-conscientes de inferioridade, uma sensação de fracasso e a

existência de um sentimento de auto-crítica (Gilbert et al., 2010).

As experiências precoces de vergonha parecem afectar de forma significativa a maturação e funcionamento psicobiológico, e têm vindo a ser relacionadas com a propensão para a vergonha actual e, por sua vez, com a vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert, 1998; Lewis, Haviland-Jones & Barret, 2008; Matos, Pinto-Gouveia & Martins, *in press*; Tangney & Dearing, 2002).

Vergonha e psicopatologia

A tendência para a vergonha refere-se à disposição para sentir certas emoções (raiva, ansiedade, desgosto (Gilbert, 1998) e está associada com as percepções de ser desvalorizado, humilhado ou desprezado pelos outros, em que existe uma auto-percepção de se ser inferior ou fracassado (Gilbert & Gerisma, 1999).

Existem evidências de que a vergonha está associada a formas submissas de defesa (Gilbert & Gerisma, 1999). A propensão para sentir vergonha é uma capacidade inata (Allan, Gilbert & Goss, 1994), acreditando-se, contudo, que a vergonha excessiva surge internamente através de uma representação do *self* negativa derivada de experiências prévias de vergonha (Lewis, 1987 cit in Gilbert & Gerisma, 1999). Durante as últimas décadas, diversos estudos têm sistematicamente demonstrado que a vergonha está associada a uma ampla variedade de sintomas psicopatológicos (Matos, Pinto-Gouveia & Gomes, 2010; Gilbert, 2000; Pinto-Gouveia & Matos, 2010) e perturbações. Foram muitos os estudos que encontraram ligações entre experiências de abuso na infância e a tendência para a vergonha (Gilbert & Gerisma, 1999); outros estudos demonstraram um papel de mediação entre a vergonha e a psicopatologia na depressão crónica (Allan, Gilbert & Goss, 1994; Andrews, 1995; Gilbert, 2006, 2010; Gilbert & Miles, 2000; Martin, Gilbert, McEwan & Irons, 2006; Stuewing & McClosky, 2005). Tangney, Wagner e Gramzon (1992) constataram que a vergonha (mas não a culpa) foi um preditor significativo de depressão e ansiedade na população estudantil. Outros autores constataram que a vergonha estava intimamente ligada com outras perturbações como a ansiedade social (Birchwood, Trower, Brunet, Gilbert, Iqbal et al., 2006; Gilbert, 1998, 2000, 2010; Giner-Sorolla & Espinosa, 2010; Zhong, Wang, Qian, Zhang, Gao et al., 2008); *Stress* pós-traumático (Lee, Scragge & Turner, 2001; Matos, Pinto-Gouveia & Martins, *in press*; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Uji, Shikai, Shono & Kitamura, 2007); perturbações alimentares (Lee, Scragge & Turner, 2001), perturbações psicóticas (Birchwood *et al.* 2006; Vettimo, 2006), o suicídio (Mokroo, 1995), perturbações da

personalidade, em especial o narcisismo e a perturbação estado-limite (Rusch, Lieb, Gottler, Hermann, Schramm *et al*, 2007; Thomaes, Stegge & Olthof, 2007; Wurmser, 1987), perturbações adictivas (Mechan, O'Connor, Berry, Weiss, Morrison *et al*. 1996; Yi & Kanetkar, 2010) e que a vergonha é o maior contributo para a psicopatologia como o alcoolismo (Brown, 1991).

Solidão

Todos os seres humanos sentem solidão em algum momento das suas vidas (McWhirter, 1990). A solidão consiste num estado doloroso experienciado universalmente, mas que foi durante um longo período de tempo negligenciado pela literatura da Psicologia, não obstante várias definições de solidão terem sido sugeridas ao longo dos tempos.

A etiologia da palavra solidão é referida a “*sō*”, termo que, por sua vez, vem do latim *solus* e pode significar tanto “desacompanhado” e “solitário”, como “único” (Cunha, 2001). A solidão pode ser analisada por um lado por meio da dor e do sofrimento oriundos da perda, mas também como pela capacidade de estar só na ausência do outro (Seewald, 1995). Montero e Sanchez (2001) definem solidão como: “[...] um fenómeno multidimensional, psicológico e potencialmente stressante; resultado de carências afectivas, sociais e/ou físicas, reais ou percebidas, que tem um impacto diferente sobre o funcionamento da saúde física e psíquica do sujeito” (p.21).

Peplau e Perlman (1982) definiram solidão como sendo a experiência desagradável que deriva de deficiências nas redes de relações sociais de uma pessoa. Por isso a solidão não é muito simplisticamente o que se sente quando se está sozinho. Também se pode sentir solidão quando estamos com outras pessoas. O cerne da solidão é a insatisfação em relação ao nosso relacionamento social (Neto, 1989).

Weiss (1974, cit in Perese & Wolf, 2005) considera a existência de dois tipos de solidão – a solidão emocional e a solidão social, em que a primeira parece desencadear-se quando a pessoa experiência défices na qualidade das ligações íntimas, enquanto a segunda surge relacionada com a carência da rede de relações sociais.

Tanis (2003) refere que a solidão é desencadeada não só pela presença ou ausência de relacionamentos, como pelos aspectos qualitativos das relações sociais que predispoem os indivíduos a tornarem-se ou a persistirem em permanecer solitários.

Apesar das diferentes definições, a maioria das definições de solidão partilham de três pontos (Peplau & Perlamn, 1982), o primeiro ponto centra-se na solidão como uma

experiência de sentimentos de privação resultantes de um sentimento de discrepância entre a qualidade e a quantidade nas relações sociais desejadas e conseguidas; segundo, resulta de deficiências nas relações sociais da pessoa só; e por último a solidão é vista como um fenómeno psicológico subjectivo e por isso não é sinónimo de isolamento.

Solidão e psicopatologia

Mais de metade das pessoas com doença mental grave são solitárias em comparação com um terço da população em geral (Perese & Wolf, 2005).

Entre a população geral, a solidão é muitas vezes relacionada com a perda ou interrupção de relacionamentos, a falta de um parceiro ou uma rede social, pobreza, falta de transporte, situações problemáticas e faltas de oportunidade de interacção social (Stevens, 2001). Estes factores também estão na vida das pessoas com doença mental grave, contudo, e agravando a situação, é o facto de muitas vezes estas pessoas não saberem como fazer e manter um amigo (Steinwachs, Kaspar & Skinner, 1992).

A capacidade de estabelecer e manter um relacionamento é baseada nas habilidades aprendidas. As habilidades básicas de se relacionar com as pessoas são aprendidas na infância através da modelagem e de reforços pelos mais significativos. Habilidades mais complexas, como o uso de estabelecimento de amizades e de desenvolver relacionamentos íntimos são aprendidos durante a adolescência e a idade adulta jovem por meio de interacção com os pares. Assim, pessoas com doença mental graves podem ter sido impedidas de aprender estas habilidades importantes devido ao comprometimento do funcionamento do cérebro, como deficits no processamento de informação ou de interpretações das percepções (Bradshaw & Haddock, 1998); a aquisição de habilidades pode ter sido afectada por uma infância negligente ou por ter sofrido de experiências de abuso. Deste modo, o efeito residual dos sintomas, como o medo, a diminuição da capacidade de tolerar o *stress*, a falta de motivação, a capacidade diminuída para intuir novos comportamentos, entre outros, pode limitar a capacidade do indivíduo para prever habilidades sociais mais complexas (Weiner, Roe, Mashiach-Eizenberg, Baloush-Kleinman, 2009).

O presente estudo pretende explorar a natureza da vergonha, enquanto emoção frequente, assim como a sua relação com a solidão em indivíduos com uma perturbação mental crónica. Especificamente, propõe-se estudar a influência de variáveis sócio-

demográficas nos estados emocionais negativos (vergonha interna e externa, solidão e sintomas psicopatológicos), bem como o grau de associação entre a vergonha, solidão e sintomas depressivos, ansiosos e ligados ao stress. Paralelamente, pretende analisar eventuais diferenças entre, os doentes institucionalizados e os não institucionalizados relativamente às variáveis em estudo.

Método

Participantes

Todos os participantes são utentes da Fundação para Assistência, Desenvolvimento e Formação Profissional de Miranda do Corvo. De uma população de utentes com diagnóstico de perturbação mental ($n = 71$), 41 (57,74%) preencheram o protocolo de investigação.

A amostra ficou constituída por 41 indivíduos com diagnóstico de perturbação mental realizado pelos serviços de saúde que seguem os utentes, apresentando 39 sujeitos uma perturbação do Eixo I e 2 sujeitos uma perturbação da Personalidade (Eixo II), segundo o DSM-IV-TR (podendo, ainda, apresentar perturbações sintomáticas comórbidas).

Foram excluídos da amostra todos os indivíduos incapazes cognitivamente de responder ao protocolo, ($n=23$; 32,39%). Foram posteriormente eliminados todos os protocolos cujos questionários estavam mal preenchidos por não compreensão, ou não obediência às instruções, ou incompletos (2, 2,81%). Não contemplaram ainda a amostra aqueles que se recusaram a participar na investigação (5, 7,04%).

Feito este escrutínio, a amostra final do estudo ficou constituída por 41 indivíduos, com uma média de 41,83 anos de idade, apresentando o mais novo 18 anos e o mais velho 61. 27 sujeitos (65,9%) são do sexo masculino, enquanto 14 (34,1%) são do sexo feminino. A maioria dos indivíduos apresenta uma escolaridade até ao 9º ano (51,2%), seguindo-se, de forma equitativa, a escolaridade até ao 4º e 12º ano (17,1%). Quanto ao estado civil a maioria dos sujeitos é solteiro (26; 63,4%), sendo que 4 (9,8%) são casados e 11 (26,8%) divorciados. Quanto ao estado socioprofissional, a maioria é reformada 22 (53,7%). Quanto à sua residência, 21 (51,2%) estão institucionalizados e 20 (48,8 %) são não-institucionalizados. As características gerais da amostra estão apresentadas no Quadro seguinte (ver Quadro 1).

Quadro 1. – *Caracterização da amostra relativamente às variáveis demográficas*

	<i>N</i>	<i>%</i>	
Género	27	65,9%	
Masculino	14	34,1%	
Feminino			
Grupo	21	51,2%	
Institucionalizados	20	48,8%	
Não institucionalizados			
Estado Civil			
Solteiro(a)	26	63,4%	
Casado(a) / União de facto	4	9,8%	
Divorciado(a) / Separado(a)	11	26,8%	
Viúvo(a)	0	0%	
Escolaridade			
Até 4ª classe	7	17,1%	
Até 6ª classe	4	9,8%	
Até 9ª classe	21	51,2%	
12º ano	7	17,1%	
Licenciatura	2	4,9%	
Não sabe ler nem escrever	0	0%	
Situação perante o trabalho			
Desempregado(a)	18	43,9%	
Exerce uma profissão	1	2,4%	
Reformado(a)	22	53,7%	
Tempos livres			
Actividades físicas	1	2,4%	
Actividades artísticas	1	2,4%	
Actividades intelectuais	9	22,0%	
Actividades lúdicas	30	73,2%	
Diagnóstico			
Eixo I	39	95,1%	
Eixo II	2	4,9%	
	N	M	DP
Idade	41	41,83	11,54

Notas: M=Média; DP= Desvio-padrão

Instrumentos

Escala de Vergonha Interna (ISS - *Internalized Shame Scale*; Cook, 1996; versão portuguesa: tradução e adaptação Matos & Pinto-Gouveia, 2006), desenvolvida por Cook em 1996, é uma escala de auto-relato composta por 30 itens que procuram medir a vergonha interna. A escala é composta por duas subescalas: uma subescala de 24 itens cujo total mede a vergonha interna, e outra subescala constituída por 6 itens que medem a auto-estima. A subescala de auto-estima não está projectada para ser medida independente da subescala de vergonha, apesar de Cook (1994) sugerir que esses itens podem ser usados como uma indicação rápida da auto-estima positiva. Cada item é respondido segundo uma escala de tipo *Likert* com quatro pontos (0-4) em que “0=Nunca”, “1=Raramente”, “2=Às vezes”, “3=Muitas vezes” e “4=Quase sempre”. Em termos de estabilidade temporal, a ISS relata no teste-reteste de um intervalo de sete semanas, valores de 0,81 e 0,75, correspondentes às subescalas de vergonha e de auto-estima, respectivamente. Apresenta uma boa consistência interna, sendo os valores de alfa de Cronbach de 0,96 para a vergonha e 0,88 para a auto-estima (Rosario, & White, 2006).

A adaptação portuguesa da escala foi realizada em 2006 por Matos e Pinto-Gouveia. É uma escala que engloba um total de 30 itens. Este instrumento tem duas subescalas, uma de vergonha interna e outra de auto-estima. Apenas a subescala de vergonha interna (com 24 itens na versão original) é usada para avaliar vergonha interna. Na validação portuguesa desta subescala de vergonha interna o item 16 deve ser removido pois a análise de consistência interna mostra que a sua remoção faz aumentar o alpha de 0,950 para 0,951 e este apresenta a correlação mais baixa com o total ($r= 0,352$). Os itens apresentam saturações factoriais que vão de 0,484 a 0,795. Relativamente a análise de consistência interna, a versão final de 23 itens apresenta um alpha de Cronbach de 0,951 (Matos, Pinto-Gouveia, 2006). Para a população geral, a escala apresenta uma média de 32,85 e um desvio padrão de 16,51.

No nosso estudo, as subescalas da ISS revelaram uma consistência interna elevada (Vergonha Interna $\alpha = 0,93$; Auto-estima $\alpha = 0,84$).

Escala de Vergonha Externa (OAS - *Others As Shamers*; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; Tradução e adaptação: Lopes, Pinto Gouveia & Castilho, 2005). Este questionário destina-se a avaliar a vergonha externa: são dadas 18 afirmações onde o indivíduo terá de assinalar a frequência dos sentimentos ou pensamentos referentes à forma como pensa que os

outros o vêem. Os itens traduzem crenças relacionadas com a vergonha de ser visto como sendo “inferior” (i.e. ter um estatuto social inferior aos outros) ou, ainda, a vergonha causada por um estigma social percebido pelo indivíduo. (i.e. *vergonha externa*). O preenchimento das respostas na escala é feito segundo um formato tipo *Likert* de 5 pontos, onde o 0 representa “nunca” e 4 “quase sempre”. A pontuação total na escala varia entre 0-72, com as pontuações mais altas a corresponderem a níveis mais elevados da vergonha externa (Goss, Gilbert, & Allan 1994).

A adaptação portuguesa da OAS, à semelhança da versão original, permite extrair três factores diferentes: “inferioridade”; “vazio” e “errar”. O factor 1, denominado de “inferioridade”, é composto pelos itens (1, 2, 4, 5, 6, 7 e 8) que medem a percepção do indivíduo de ser visto como sendo inferior aos outros (Lopes, Pinto-Gouveia & Castilho, 2005).

Por outro lado, o factor 2, denominado de “oco”, é composto pelos itens que medem a percepção que os outros nos vêem como sendo incompletos, vazios e insatisfeitos. Este factor é composto pelos mesmos itens encontrados pelos autores da escala original (15,16, 17 e 18). Por fim, o factor 3, tal como foi observado pelos autores da escala original (Goss *et al.*, 1994), é composto por itens que medem como o indivíduo percebe os comportamentos dos outros quando este(a) comete erros, sendo denominado de “errar”. Este factor é composto pelos itens 3, 9, 11,12, 13 e 14. O item 10, tal como foi observado no estudo de Goss e colegas (1994), apesar de contribuir para a consistência interna da escala, não foi incluído na análise dos componentes principais, já que não se satura acima das pontuações “*cut off*” dos três factores (Lopes, Pinto-Gouveia & Castilho, 2005).

O nível da consistência interna escala da OAS (n=18 itens) apresentou um alpha de Cronbach elevado de 0,90. Quanto às subescalas da OAS, os valores de alpha variam entre moderados a elevados, já que a subescala da “inferioridade” (n=7 itens) apresentou um alpha de Cronbach de 0,81, a subescala de “errar” apresentou um alpha de Cronbach de 0,76 (n=6 itens) e a subescala “oco” apresentou um alpha de Cronbach de 0,77 (n=4 itens) (Lopes, Pinto-Gouveia & Castilho, 2005). Para a população geral, a escala apresenta uma média de 19,76 e um desvio padrão de 8,886.

Na nossa investigação, o total da OAS revelou uma consistência interna elevada com um alfa de Cronbach de 0,90.

Escala de Solidão revista da UCLA (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980; versão Portuguesa de Neto, 1989) tem sido largamente utilizada na investigação da solidão. As pontuações baseiam-se em 20 itens com uma escala de tipo *Likert*, na qual existem quatro opções de resposta: *Nunca* (1), *Raramente* (2), *Algumas vezes* (3) e *Muitas vezes* (4). A escala consiste em 10 afirmações positivas que reflectem a satisfação com as relações sociais e 10 afirmações negativas que reflectem insatisfação com as relações sociais. A pontuação total varia entre 20 e 80, indicando as pontuações mais altas maiores níveis de solidão. A avaliação psicométrica revela que a Escala de Solidão revista apresenta uma elevada consistência interna, com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,94 (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980).

Na adaptação para a população portuguesa, a escala engloba um total de 18 itens (Neto & Barros, 2001). Este instrumento mede o sentimento de solidão de uma forma indirecta, nunca sendo referida a palavra solidão ao longo da escala. A pontuação dos itens negativos é realizada respeitando a escala, enquanto a soma dos itens positivos é obtida através da inversão da escala. A pontuação final da escala situa-se entre os 18 e os 72 pontos, sendo que quanto mais elevada for a pontuação final, maior é o nível de solidão (Neto, 2000). Para a população portuguesa a Escala de Solidão apresenta uma elevada consistência interna com um coeficiente alfa de Cronbach de 0,87 (Neto, 2000).

Na nossa investigação, o total da UCLA revelou uma consistência interna elevada com um alfa de Cronbach de 0,82.

Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (*Depression, Anxiety and Stress Scale - DASS*; Lovibond & Lovibond, 1995; versão Portuguesa de Apóstolo, Mendes & Azeredo, 2006) é um instrumento de auto-resposta que procura avaliar os estados afectivos de depressão, ansiedade e *stress* de acordo com a teoria tripartida. É uma escala constituída por 42 itens, em que cada um consiste numa frase que remete para sintomas emocionais negativos. Pede-se ao sujeito que responda se a afirmação se aplicou a ele na última semana. Para o presente estudo utilizámos a versão reduzida de 21 itens, a qual foi adaptada para a população Portuguesa por Apóstolo, Mendes, & Azeredo, (2006).

Os 21 itens agrupam-se em três dimensões que procuram avaliar os estados emocionais da depressão, da ansiedade e do *stress*, sendo cada item respondido com base numa escala de *Likert* (que varia entre 0 e 3). A subescala de depressão é composta pelos itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21 e avalia sintomas como a inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, auto-depreciação, desvalorização da vida e desânimo. A subescala da

ansiedade é composta pelos itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20, avalia aspectos como a excitação do sistema nervoso autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjectivas de ansiedade. Finalmente, a subescala de *stress*, composta pelos itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18 avalia aspectos como dificuldades em relaxar, excitação nervosa, fácil perturbação/agitação, irritabilidade/reacção exagerada e impaciência (Apóstolo, 2010; Apóstolo, Mendes, & Azeredo, 2006).

O resultado obtido para cada uma destas dimensões é dado pelo somatório dos itens que compõem cada uma delas e pode variar entre 0 e 21, indicando os resultados mais elevados uma maior intensidade dos sintomas avaliados (ibidem).

As propriedades da DASS-21 atestam a sua qualidade para avaliar estados emocionais. O instrumento revelou boa consistência interna, com valores compreendidos entre 0,88, e 0,90. Os valores do alfa de Cronbach foram, respectivamente, de 0,90 para a depressão, 0,86 para a ansiedade, 0,88 para o *stress* e 0,95 para o total das três subescalas (Apóstolo, Mendes, & Azeredo, 2006). Para a população geral, a escala apresenta respectivamente para a depressão, ansiedade e *stress* uma média de 11,06; 9,02 e 11,84 e um desvio padrão de 6,12; 5,65 e 5,46 (Apóstolo, 2010).

No nosso estudo, as três subescalas mostraram valores de consistência interna elevados (Depressão $\alpha = 0,83$; Ansiedade $\alpha = 0,89$; *Stress* $\alpha = 0,89$).

Folha de dados demográficos e clínicos, desenvolvida para esta investigação, tem o objectivo de fornecer informação acerca dos aspectos demográficos como, género, idade, habilitações literárias, estado civil, situação perante o trabalho, actividades dos tempos livres, grupo (intitucionalizado vs não-institucionalizado) e diagnóstico.

Procedimentos

Procedimentos metodológicos

Os participantes foram informados dos objectivos da investigação, tomando conhecimento dos mesmos através da leitura de um texto de consentimento informado. O protocolo foi administrado individualmente ou em pequenos grupos, tendo em conta as dificuldades dos indivíduos. Nos casos em que o preenchimento do protocolo de investigação foi realizado em grupo, os participantes receberam também uma breve explicação dos objectivos do estudo, da garantia de confidencialidade dos dados, bem como apoio e

supervisão da investigadora, se necessitassem. O tempo médio de preenchimento foi de 60 minutos.

Os dados foram recolhidos de Janeiro a Abril de 2011 por uma investigadora do estudo, presentemente a estagiar na ADFP.

Todos os procedimentos éticos e deontológicos foram respeitados, tendo sido garantido o anonimato, a confidencialidade dos dados recolhidos, bem como a possibilidade de desistência dos participantes.

Procedimentos estatísticos

Com o intuito de analisar os dados referentes à caracterização sócio demográfica e clínica da amostra foi utilizada a estatística descritiva usual.

Para a análise dos dados relativos à vergonha interna e externa, solidão e sintomatologia psicopatológica recorreu-se às medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão).

De acordo com os objectivos do estudo previamente definidos, os indivíduos da amostra foram divididos em dois grupos, consoante a situação de apoio. Desta forma, para a comparação das médias entre os grupos foi aplicada uma estatística não-paramétrica, nomeadamente, o teste U de Mann-Whitney, dado o tamanho reduzido dos grupos de comparação

Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ou de Spearman (consoante a natureza das variáveis) para analisar as relações existentes entre as várias variáveis em estudo.

Todas as análises e procedimentos estatísticos foram efectuados através da aplicação informática Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 17.0 para Windows.

Resultados

Na análise dos valores obtidos nos instrumentos utilizados, optámos por nos restringir ao índice total da Vergonha Externa (OAS) e, no caso da Vergonha Interna (ISS), preferimos somente utilizar a subescala da vergonha interna, tendo em conta os objectivos delineados na presente investigação. Para o estudo da solidão apoiámo-nos no índice total da UCLA e para as dimensões de ansiedade, *stress* e depressão, baseámo-nos nos factores da DASS-21.

Estudo 1 - Valores médios obtidos nos instrumentos de medida

No quadro 2 são apresentadas as médias e os desvios-padrão da vergonha interna e externa, de solidão e da sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao *stress*. Para efeitos de comparação são também apresentadas as médias e os desvios-padrão dos instrumentos de medida na população geral dos referidos estudos de validação dos mesmos.

Quadro 2. – Comparação dos valores médios obtidos nos instrumentos de medida

	População Geral		Doentes mentais crónicos	
	M	DP	M	DP
ISS	32,85	16,51	43,15	18,86
OAS	19,76	8,89	30,41	13,67
UCLA	36,7	8,7	36,90	8,11
DASS Depressão	11,06	6,12	6,97	5,46
DASS Ansiedade	9,02	5,65	6,07	6,03
DASS Stress	11,84	5,46	6,22	5,71

Notas: M= Média; DP= Desvio-padrão; ISS = Escala de Vergonha Interna; OAS= Escala de Vergonha Externa; UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia em Los Angeles; DASS = Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress*.

Contrariamente ao esperado obtivemos resultados inferiores na sintomatologia depressiva e associada ao *stress* nos doentes mentais crónicos. Contudo já em relação às variáveis de vergonha podemos verificar resultados mais elevados comparativamente à população geral.

Estudo 2 – Influência das variáveis sócio-demográficas nas experiências de vergonha, de solidão e na psicopatologia depressiva, ansiosa e associada ao *stress*

No quadro 3 são apresentados os valores obtidos nas correlações entre as variáveis em estudo, medidas pela DASS-21, ISS, OAS e UCLA e as variáveis sócio-demográficas,

nomeadamente, idade,, género, estado civil, escolaridade, situação profissional, diagnóstico e tempos livres.

Quadro 3. – *Correlação entre as variáveis em estudo e as variáveis sócio-demográficas*

	Idade	Género	Est.civil	Escolarid.	Trabalho
ISS	-0,03	0,35*	-0,28	-0,12	0,09
OAS	-0,14	0,19	-0,33*	-0,17	0,21
UCLA	0,10	-0,16	-0,27	0,03	0,35*
DASS Depressão	0,06	0,13	-0,33*	-0,25	0,31*
DASS Ansiedade	-0,04	0,27	-0,30	-0,41**	0,19
DASS Stress	0,01	0,10	-0,24	-0,14	0,17

* Correlação significativa a $p < 0,05$

** Correlação Significativa a $p < 0,01$

A variável idade não se mostrou associada a nenhuma das variáveis em estudo (vergonha, solidão e sintomas psicopatológicos).

Relativamente ao género, este apenas evidenciou uma correlação significativa e baixa com a vergonha interna ($r(41) = 0,35$; $p = 0,024$). Analisando este resultado em detalhe, através do teste U de Mann-Whitney, verificou-se que são as mulheres que apresentam valores mais elevados de vergonha interna ($M=51,29$; $DP=20,96$), comparativamente aos homens ($M=38,93$; $DP=16,54$).

Observou-se que o estado civil somente apresentou uma correlação significativa, negativa e baixa, com a vergonha externa ($r(41) = -0,33$; $p = 0,034$) e com a sintomatologia depressiva ($r(41) = -0,33$; $p = 0,037$), verificando-se, posteriormente, através da comparação dos grupos (excluídos os casados, dado o n ser inferior a 5), que os divorciados apresentam valores mais elevados de vergonha externa ($M=33,27$; $DP=14,99$) e de sintomatologia depressiva ($M=8,03$; $DP=5,02$; $DP=5,02$) que os solteiros ($M=23,27$; $DP=7,79$ e $M=4,18$; $DP=5,96$, respectivamente).

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se apenas uma correlação negativamente moderada com a sintomatologia ansiosa ($r(41) = -0,41$; $p = 0,008$), o que indica que com o aumento da escolaridade se verifica uma diminuição da ansiedade.

Verificou-se, ainda, que a situação perante o trabalho não está relacionada com nenhuma das variáveis em estudo, à excepção da solidão e da sintomatologia depressiva, exibindo correlações positivas baixas [$r(41) = 0,35$; $p = 0,024$ e $r(41) = 0,31$; $p = 0,048$, respectivamente], sugerindo que níveis elevados de inactividade no trabalho correspondem a níveis de solidão e de depressão mais elevados.

Estudo 3 - Comparação dos grupos de doentes institucionalizados e não-institucionalizados relativamente às variáveis em estudo

No quadro 4 estão apresentados os valores das médias e desvios-padrão obtidos nos grupos institucionalizados e não-institucionalizados em função das variáveis em estudo, nomeadamente a Vergonha Interna, Vergonha Externa, Solidão, Ansiedade, Depressão e *Stress*.

Quadro 4. – *Comparação dos grupos (institucionalizados e não-institucionalizados) relativamente às variáveis em estudo*

	Institucionalizados (N=21)		Não-Institucionalizados (N=20)		U	p
	M	DP	M	DP		
ISS	47,67	16,78	38,40	20,16	160,50	0,196
OAS	34,19	12,06	26,45	14,24	144,50	0,087
UCLA	38,19	8,44	35,55	7,73	159,50	0,187
DASS Depressão	8,05	5,79	5,85	5	170,50	0,301
DASS Ansiedade	7,67	5,61	4,40	6,15	119,50	0,017
DASS Stress	6,91	6,17	5,50	5,24	183,00	0,479

Notas: ISS = Escala de Vergonha Interna; OAS= Escala de Vergonha Externa; UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia em Los Angeles; DASS = Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress*.

Ao comparar os valores médios das variáveis em ambos os grupos (institucionalizados e não-institucionalizados) verificámos que não existem diferenças significativas ($p > 0,050$)

em todas as variáveis (vergonha interna, vergonha externa, solidão, *stress* e depressão), com exceção do nível médio de Ansiedade em que se verifica um efeito significativo [U=119,50; p=0,017], com os sujeitos institucionalizados a apresentarem valores mais elevados (M=7,67; DP=5,61), do que nos não-institucionalizados (M=4,40; DP=6,15).

Estudo 4 – Relação entre as variáveis de vergonha, solidão e psicopatologia

No quadro 5 estão apresentadas as relações entre as variáveis em estudo, vergonha interna (ISS) e vergonha externa (OAS), solidão (UCLA) e estados emocionais negativos nomeadamente a depressão, a ansiedade e o *stress* (DASS-21).

Quadro 5. – *Intercorrelações entre as variáveis psicológicas*

	ISS	OAS	UCLA	DASS Depressão	DASS Ansiedade
ISS	1				
OAS	0,67**	1			
UCLA	0,48**	0,58**	1		
DASS Depressão	0,73**	0,65**	0,73**	1	
DASS Ansiedade	0,63**	0,65**	0,55**	0,77**	1
DADD Stress	0,63**	0,58**	0,58**	0,79**	0,78**

Notas: ISS = Escala de Vergonha Interna; OAS= Escala de Vergonha Externa; UCLA = Escala de Solidão da Universidade da Califórnia em Los Angeles; DASS = Escala de Depressão, Ansiedade e *Stress*.

** Correlação Significativa a $p < 0,01$

Vergonha (interna e externa) e Psicopatologia

Relativamente à vergonha interna verificou-se que esta se correlaciona positivamente com todas as variáveis em estudo. Apresenta uma correlação moderada, segundo Pestana e Gageiro (2003), com a vergonha externa [$r(41) = 0,67$; $p < 0,001$] e com a ansiedade [$r(41) = 0,63$; $p < 0,001$] e *stress* [$r(41) = 0,63$; $p < 0,001$], avaliados pela DASS, sendo perceptível que quanto maior o nível de vergonha interna, maior o nível de vergonha externa, maior a

ansiedade e maior o stress. Já com a depressão, a vergonha interna evidenciou uma associação positiva alta [$r(41) = 0,73; p < 0,001$], ou seja níveis elevados de vergonha interna estão fortemente associados a níveis elevados de depressão.

No que respeita à vergonha externa (OAS), os resultados indicaram correlações positivas e moderadas com os estados emocionais negativos, nomeadamente com a depressão [$r(41) = 0,65; p < 0,001$], a ansiedade [$r(41) = 0,65; p < 0,001$], e com a sintomatologia associada ao *stress* [$r(41) = 0,58; p < 0,001$], o que corresponde a que maiores índices de vergonha externa conduzam a estados emocionais negativos mais elevados.

Solidão, Psicopatologia e Vergonha (interna e externa)

Relativamente aos níveis de solidão verifica-se uma correlação positiva e significativa com todas as variáveis em estudo. Os resultados mostram correlações moderadas e elevadas com os estados emocionais negativos [ansiedade: $r(41) = 0,55; p = 0,001$]; *stress*: $r(41) = 0,58; p = 0,001$; e depressão: $r(41) = 0,73; p < 0,001$. O mesmo é dizer que quanto maior é o nível de solidão, mais elevados são os valores de estados emocionais negativos.

Verificaram-se de igual modo correlações positivas e moderadas entre a solidão e a vergonha interna [$r(41) = 0,48; p = 0,001$] e externa [$r(41) = 0,58; p = 0,001$], inferindo que maiores níveis de solidão correspondem a maiores níveis de vergonha, quer interna, quer externa.

Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objectivo principal estudar a natureza da vergonha enquanto emoção nos doentes mentais crónicos, assim como a sua relação com a solidão. Especificamente, propôs-se estudar as experiências de vergonha (externa e interna) e examinar a sua relação com a psicopatologia (estados emocionais negativos) e com a solidão. Foi ainda analisada a influência das variáveis sócio-demográficas, bem como explorada a existência de possíveis diferenças entre os doentes mentais crónicos institucionalizados e não-institucionalizados.

Para a avaliação da vergonha (interna e externa), bem como das restantes dimensões psicológicas foram utilizados instrumentos de medida com provas dadas na literatura científica, revelando possuir adequadas qualidades de precisão e validade.

Com base nos resultados encontrados neste estudo, e contrariamente ao esperado, obtivemos valores médios inferiores na sintomatologia depressiva e associada ao *stress* nos doentes mentais crónicos, comparativamente com a população geral. Este resultado poderá ser explicado pelo facto destes doentes se encontrarem clinicamente estáveis e num ambiente protegido. Contudo já em relação às variáveis de vergonha podemos verificar resultados mais elevados nos doentes mentais, quando comparados com os da população geral, sendo ainda os valores médios de solidão semelhantes nas duas populações.

No que concerne à comparação entre os doentes institucionalizados e os não-institucionalizados, verifica-se que apenas se distinguem significativamente no que respeita à ansiedade, exibindo os primeiros valores mais elevados. Tal resultado poderá ser explicado através do facto destes doentes se encontrarem numa situação clínica mais grave, o que os torna mais vulneráveis ao nível emocional, o que conduz, conseqüentemente, ao aumento da sua ansiedade. Ao contrário da hipótese inicial formulada, relativamente à diferença entre os níveis de solidão nos dois grupos de comparação, apesar de os utentes institucionalizados apresentarem valores mais elevados de solidão do que os não-institucionalizados, esta diferença não se mostrou significativa. Uma possível explicação para o facto de a nossa hipótese não se ter confirmado poderá residir na existência de indivíduos que se recusam a reconhecer que se sentem sozinhos, tal como é sugerido por outros estudos nos quais foram encontrados resultados semelhantes (Rokach & Brock, 1998), ou a falta de capacidade para este reconhecimento devido à gravidade da sua patologia. Este resultado, segundo Rokach e Brock (1998) sugere que o estigma social negativo associado aos indivíduos solitários impede-os de partilhar os seus sentimentos de solidão.

Há boas evidências de que os comportamentos de vergonha estão ligados a formas de submissão de defesa (Gilbert, 1998), evidências estas que poderão explicar o resultado do nosso estudo em que as mulheres apresentam valores mais elevados de vergonha interna. Este resultado poderá ser compreendido à luz de variáveis sociais e da personalidade relativamente à vulnerabilidade da mulher, nomeadamente através do papel social da mulher e a ruminação. O papel social da mulher poderá ser um solo fértil para a vergonha interna. A mulher está mais apta para investir em relações afectivas e sociais enquanto o homem está mais habilitado para investir na realização pessoal. Acontecimentos negativos ao nível social ou afectivo ferem mais a mulher que o homem. No que respeita ao papel sexual parecem existir mais conflitos na mulher do que no homem na vida moderna. A mulher encontra-se numa cultura que subvaloriza o seu papel de esposa e de mãe, assim como a sua realização profissional. A

ascensão a posições de poder não é habitualmente apreciada. Neste sentido está sempre a aprender e a funcionar num estilo indesejável, fraco e inadequado. Se a mulher tende a ter um estilo explicativo mais pessimista que o homem (Seligman, 2006), qualquer experiência de inadequação tende a produzir nela mais vergonha interna. A tendência da mulher para ruminar sobre os factos, tentando analisar o seu humor, conjugado com o seu pessimismo e o seu aprendido funcionamento como sendo fraca, é terreno fértil para o desenvolvimento de vergonha interna.

Nolen-Hoeksema (1991) e Nolen-Hoeksema, Larson e Grayson (1999) apontam também neste sentido argumentando que a falta de poder social da mulher contribuiu para que a ruminação seja mais intensa nesta do que no homem. A ruminação envolve passividade e repetitividade focando-se nos sintomas de *stress*, nos seus significados e consequências. Menos mestria e ruminação são mais comuns na mulher do que no homem e esta auto-avaliação de como se é fraco, inadequado e indesejável contribuem, também, ao longo do tempo, para maior ruminação e menos mestria. As mulheres têm mais probabilidade de adoptarem um estilo ruminativo do que os homens, desta forma a sua tendência para se focalizarem nas emoções pode prejudicar as suas estratégias emocionais anti-ruminativas (Thayer, Rossy, Ruiz-Padial & Johnsen, 2003) e conduzir consecutivamente a experiências de vergonha interna.

Outra explicação para este resultado poderá encontrar-se no facto de as mulheres não esconderem, tanto quanto os homens, as suas emoções e sentimentos. Na nossa sociedade é assumido e permitido às mulheres, ao longo da vida, a expressão desses mesmos sentimentos. Enquanto os homens são treinados para serem resilientes e activos, onde a queixa é vista como um fracasso, impedindo-os de partilhar os seus sentimentos.

Relativamente aos resultados contingentes ao estado civil verificou-se que existe um aumento de depressão nos indivíduos divorciados, estes resultados corroboram estudos já existentes em que é descrito que a depressão é maior entre divorciados e separados e é baixa entre solteiros e casados. Pessoas que vivem sozinhas têm taxas mais altas de depressão do que aquelas que vivem com os outros (Wilkinson, Moore & Moore, 2005). No entanto, os nossos resultados também demonstraram que são os divorciados que apresentam maiores índices de vergonha externa. Este facto poderá ser explicado através do que é, na nossa sociedade, culturalmente percebido como o correcto, pois o facto de se ser divorciado ainda é visto no mundo ocidental como um factor de vergonha, pois é se sentido e percebido aos olhos dos outros, ou seja perante a sociedade como inferior e fracassado.

Em relação à variável sócio-demográfica, habilitações literárias, o nosso estudo demonstrou que habilitações literárias mais elevadas correspondem a menores índices de sintomatologia ansiosa. Os nossos resultados corroboram com estudos já existentes em que existe uma possível relação inversamente proporcional entre o grau de escolaridade e o nível de ansiedade (Raad, Cardozo, Nascimento & Alves, 2008).

Os resultados de outros estudos mostram que a solidão se encontra correlacionada positivamente com a depressão e a inatividade laboral, o que vem corroborar os nossos resultados (Louck, 1980; Cecen, 2008; Rokach & Brock, 1998; Wilkinson, Moore & Moore, 2005), em que indivíduos divorciados apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, assim como os indivíduos desempregados apresentam maiores níveis de sintomatologia depressiva e de solidão.

No que concerne à relação entre os níveis de vergonha, quer externa quer interna, e os estados emocionais negativos, nomeadamente a depressão, a ansiedade e o *stress*, os resultados de diversas investigações reportam que a vergonha (interna e externa) se encontra relacionada positivamente com a psicopatologia (Allan, Gilbert & Goss, 1994; Matos, Pinto-Gouveia & Gomes, 2010; Matos, Pinto-Gouveia & Martins, *in press*; Gilbert & Gerisma, 1999; Gilbert et al. 2010; Pinto-Gouveia e Matos, 2010). Assim, verificamos no nosso estudo que elevados níveis de vergonha estão associados a níveis mais altos de estados emocionais negativos (ansiedade, depressão e *stress*), sendo estes dados consistentes com os diversos estudos prévios que mostram a relação entre a vergonha e a depressão (Andrews & Hunter, 1997; Allan, Gilbert & Goss, 1994; Andrews, 1995; Gilbert, 2006, 2010; Martin et al., 2006; Stuewing & McClosky, 2005; Thompson & Berenbaum, 2006) e a ansiedade (Irons & Gilbert, 2005; Tangney, Wagner & Gramzon, 1992).

Outras pesquisas focadas mais sobre a solidão, mostraram também que estados emocionais negativos, como a depressão e a ansiedade, se encontram correlacionados positivamente com a solidão, o que vem corroborar os nossos resultados (Louck, 1980; Cecen, 2008).

A tendência da vergonha está relacionada com uma disposição para certos tipos de emoções, nomeadamente a raiva, a ansiedade e/ou o desgosto (Gilbert, 1998), estando também associada com a percepção de se ser desvalorizado e desprezado pelos outros. Corresponde a uma auto-percepção de ser pessoalmente inferior ou falhado, em que está presente o desejo de se esconder e de fugir (Gilbert, 1998, 2010). Este desejo de se esconder e

fugir poderá explicar os resultados relativos aos níveis de solidão associados positivamente ao sentimento de vergonha.

Limitações e Contributos Futuros

Um estudo com estas características, apesar de ser um trabalho pioneiro, apresenta um conjunto de limitações que deverão ser obrigatoriamente consideradas na avaliação dos resultados, exigindo por isso algum cuidado na sua interpretação e generalização.

Em primeiro lugar, o facto de a amostra ser exclusivamente da Fundação ADFP e ser uma amostra de conveniência e de tamanho reduzido, coloca em risco a representatividade da amostra em relação à problemática estudada (validade externa do estudo).

Em segundo lugar, outra limitação prende-se com o facto deste estudo ser um estudo de natureza correlacional e, por esse facto, não permitir o estabelecimento de relações causais entre as variáveis.

Por fim, o facto de as medidas de avaliação serem instrumentos de auto-relato é outra limitação do estudo que deve ser considerada uma vez que estas estão sujeitas a problemas de interpretação e desejabilidade social.

Apesar destas limitações, este estudo representa um esforço para compreender o papel destas variáveis, dando particular relevo ao sentimento de vergonha e solidão por parte dos doentes mentais.

Desta forma, esperamos que este estudo possa contribuir para um melhor conhecimento desta realidade no campo da Psicologia da Saúde Mental em Portugal.

Referências Bibliográficas

- Allan, S., Gilbert, P. & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures – II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 17, 719-722.
- Andrews, B. & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse, and cours of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cognition and Emotion*, 11, 373-381.
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 277-285.
- Apóstolo, J. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão ansiedade e stresse*. Imprensa da Universidade de Coimbra: Coimbra.
- Apóstolo, J., Mendes, A. & Azeredo, Z. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Ver. Latino-Am. Enfermagem*, 14(6).
- Araújo, U. (2001). Ética docente: vergonha e humilhação. *Revista profissão docente, Uberaba*, v.1, n.1, fev. 2001.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z. & Jackson, C. (2006). Social anxiety and shama of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1025-1037.
- Bown, H. (1991). Shame and relapse issues whit the chemically dependent client. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 77-82.
- Bradshaw, T. & Haddock, G. (1998). Is befriending by trained volunteers of value to people suffering from long-term mental illness? *Journal of Advanced Nursing*, 27(4), 713-720.
- Cecen, A. (2008). The effects of gender and loneliness levels on ways of coping among university students. *College Student Journal*, 42(2), 510-516.
- Cunha, A. (2001). *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. Texto Editora: Lisboa.
- De La Taille, Y. (1996). A indisciplina e o sentimento de vergonha. In: Aquino, J. (Org). *Indisciplina na escola: alternativas teóricas e práticas*. São Paulo, Sammus.
- Gilbert, P. & Gerisma, C. (1999). Recall of shame and favoritism in relation to psychopathology. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-373.
- Gilbert, P. & McGuire, M. (1998). Shame, social roles and status: The psychobiological continuum from monkey to human. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 99–125). New York: Oxford University Press.

- Gilbert, P. & Miles, J. (2000). Sensitivity Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 3–36). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174–189.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 1205–1230.
- Gilbert, P. (2006). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine*, 36, 287-297.
- Gilbert, P. (2010). The relationship of shame, social anxiety and depression: the role of the evolution of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Cristie, R., Broomhead, C. & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 563-576.
- Giner-Sorolla, R. & Espinosa, P. (2010). Social Cuing of Guilt by Anger and of shame by disgust. *Association for Psychological Science*, XX(X):1-5.
- Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., (1994). An exploration of shame measures – I: The Other As Shame scale. *Personality and Individual Differences*, 15 (5), 713-717.
- Irons, C. & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28, 325-341.
- Lee, D., Scragg, P., & Turner, S. (2001). The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 451– 467.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: The Free Press.
- Lewis, M. (1995). Self-conscious emotions. *American Scientist*, 83, 68–78.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. & Barret, L. (2008). *Handbook of emotions*. New York: Guilford Press.
- Lopes, B., Pinto.Gouveia, J. & Castilho, P. (2005). Escala do Outro Como Causador de Vergonha (OCCV).

- Loucks, S. (1980). Loneliness, affect and self-concept: construct validity of Bradley Loneliness Scale. *Journal of Personality Assessment*, 44(2), 142-147.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Martin, Y., Gilbert, P., McEwan, K. & Irons, C. (2006). The relation of entrapment, shame and guilt to depression, in carers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 10(2): 101-106.
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2006). Entrevista de Exploração das Experiências de Vergonha (EEEV) (*Manuscrito não publicado*).
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2009). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17 (4), 299-312. DOI: 10.1002/cpp.659.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). *Quando eu não gosto de mim*: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da *Internalized Shame Scale*. (*Manuscrito em preparação*).
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, P. (2010). A Centralidade das Experiências de Vergonha: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala da Centralidade do Acontecimento. *Psicologia*, XXIV (1), 73-95.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Martins, S. (*In press*). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento – Revista. *Psychologica*, 52.
- McGregor, H. & Elliot, A. (2005). The shame of failure: examining the link between fear of failure and shame. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(2), 218-231.
- McWhirter, B. (1990). Loneliness: a review of current literature, with implications for counseling and research. *Journal of Counseling and Development*, 68 (4), 417-422.
- Mechan, W., O'Connor, L., Berry, J., Weiss, J., Morrison, A. & Acampora, A. (1996). Guilt, shame, and depression in clients in recovery from addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*. 28(2): 125-134.
- Mokros, H. (1995). Suicide and shame. *American Behavioral Scientists*, 38, 1091-1103.
- Monteiro, M. & Sanchez, J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: um análisis conceitual. *Salud Mental, México*, v.XXIV24 (1), 19-27.

- Neto, A., Gauer, G. & Furtado, N. (2003). *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EDIPUCRS, pp. 86-89.
- Neto, F. & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estud.interdiscip.envelhec.*, Porto Alegre, 3, 71-88.
- Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*, vol. II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (1), 92-104.
- Peplau, L. & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In Peplau, L. & Perlman, D. (eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. (pp.1-20). NY: John Wiley and Sons.
- Perese, E. & Wolf, M. (2005). Combating loneliness among persons with severe mental illness: social network interventions' characteristics, effectiveness, and applicability. *Mental Health Nursing*, 26(6), 591-609.
- Pestana, M. J., & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais. A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2010). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*. DOI: 10.1002/acp.1689.
- Radd, A., Cardozo, A., Nascimento, M. & Alves, G (2008). A ansiedade no processo para obtenção da Carteira Nacional de Habilitação. *Psic*, 9 (2), 245-249.
- Rokach, A. & Brock, H. (1998). Coping with loneliness. *The Journal of Psychology*, 132 (1), 107-127.
- Rosario, P. & White, R. (2006). The Internalized Shame Scale: Temporal stability, internal consistency, and principal components analysis. *Personality and Individual Differences*, 41, 95-103.
- Rusch, N., Lieb, K., Gottler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 500-508.

- Russell, D., Peplau, L. & Cutrona, C. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminatory Validity Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480.
- Seewald, F. (1995). O tema da solidão: Klein e Winnicott revisitados. *R. Psiquiátrica. RS*, XVII(1), 29-37.
- Seligman, M. (2006). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. New York: Vintage books.
- Steinwachs, E., Kasper, J. & Skinner, E. (1992). Patterns of use and costs among severely mentally ill people. *Health Affairs*, 11(3), 178-185.
- Stevens, N. (2001). Combating loneliness: a friendship enrichment programme for old women. *Ageing & Society*, 21(1), 183-202.
- Stuewing, J. & McCloskey, L. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10(4): 324-336.
- Tangney, J., & Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J.P., Wagner, P. & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 469-478.
- Tanis, B. (2003). *Circuitos de Solidão: entre a clínica e a cultura*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Thayer, J., Rossy, L., Ruiz-Padial, E. & Johnsen, B. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 349-364.
- Thomaes, S., Stegge, H. & Olthof, T. (2007). Externalizing shame responses in children: the role of fragile-positive self-esteem. *British Journal of Development Psychology*, 25, 559-577.
- Thompson, R. & Berenbaum, H. (2006). Shame reactions to everyday dilemmas are associated with depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 415-425.
- Tracy, J., Robins, R. & Tangney, J. (2007). *The self-conscious emotions: theory and research*. New York: Guilford Press.
- Uji, M., Shikai, N., Shono, M. & Kitamura, T. (2007). Contribution of shame and attribution style in developing PTSD among Japanese University women with negative sexual experiences. *Arch Womens Ment Health*, 10, 111-120.

- Vettimeo, D. (2006). Elementos para uma teoria da vergonha na psicose. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund*, IX (3): 496-507.
- Weiner, A., Roe, D., Mashiach-Eizenberg, M., Baloush-Kleinman, V., Maoz, H. & Yanos, P. (2009). Housing model for persons with serious mental illness moderates the relation between loneliness and quality of life. *Community Ment Health J*. DOI 10-1007/s10597-009-9279-3.
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi., pp.45-54.
- Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia Prático de Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Wurmser, L. (1987). Shame: The veiled comparison of narcissism. In D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame*. New York: Guilford Press.
- Yi, S. & Kanetkar, V. (2010). Coping with guilt and shame after gambling loss. *J Gambler Stud*. DOI: 10.1007/s10899-010-9216-y.
- Zhong, J., Wang, A., Qian, M., Zhang, L., Gao, J., Yang, J., Li, B. & Chen, P. (2008). Shame, personality, and social anxiety symptoms in Chinese and American nonclinical samples: a cross-cultural study. *Depression and Anxiety*, 25:449-460.