



**ISPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

(RE)ENCONTROS COM O PASSADO: MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS NA  
DEPRESSÃO E ANSIEDADE GENERALIZADA E SUA ASSOCIAÇÃO COM  
VINCULAÇÃO E ESQUEMAS PRECOSES DESADAPTATIVOS

Cátia Filipa dos Santos Pereira

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR VICTOR CLÁUDIO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR VICTOR CLÁUDIO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Victor Cláudio, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673/2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro, 2006

Ao eterno amor da minha vida,  
Por tudo o que fui,  
Por tudo o que sou...

“ Guarda estes versos que escrevi chorando  
Como um alívio a minha soledade,  
Como um dever do meu amor; e quando  
Houver em ti um eco de saudade  
Beija estes versos que escrevi chorando.”

(Machado de Assis)

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Victor Cláudio, pela confiança e apoio que me motivaram ao longo deste processo e pelo conhecimento e partilha durante o meu percurso académico, que proporcionaram a escolha como orientador deste trabalho.

À Mestre Michele Balola, pela ajuda, pelo carinho e pela disponibilidade incontestável ao longo de todo o processo.

Aos participantes deste estudo, pela disponibilidade que, tantas vezes, tão difícil foi estarem presentes nos momentos necessários à investigação. A todos eles, o meu profundo agradecimento por partilharem comigo momentos tão especiais e emotivos das suas vidas.

À Dra. Cláudia Lopes, pela ajuda directa e indirecta em todo este trabalho. A sua colaboração permitiu a realização deste trabalho e sem a sua dedicação, este trabalho não teria sido possível. Agradeço as palavras, o carinho e a vontade em ajudar-me.

À Dra. Mónica Menezes, ao Dr. Gonçalo Reis, à Dra. Raquel Lima e ao Dr. Nuno Sousa que contribuíram para a execução deste trabalho. Agradeço a boa vontade, a ajuda e as palavras que foram tão importantes em tantos momentos.

Aos profissionais do hospital, que disponibilizaram todos os recursos necessários para que este trabalho fosse construído e finalizado.

A todos os amigos e familiares que contribuíram directa ou indirectamente para a conclusão desta etapa tão importante da minha vida.

À Elisângela, pela ajuda, pelo carinho e pelas palavras amigas em momentos tão difíceis.

Ao João, pela ajuda incontestável, pelo amor, pelo apoio, pela dedicação e por acreditar sempre em mim.

Às pessoas mais importantes da minha vida, a minha mãe e o meu irmão que sempre me apoiaram e acreditaram, mesmo em alturas tão difíceis e que fazem parte do que me tornei e sou hoje.

## RESUMO

A área das memórias autobiográficas, associadas a casos clínicos, é bastante recente na literatura científica, sendo quase inexistente em Portugal. A sua associação a escalas clínicas também se mostra pouco explorada. O objectivo desta investigação foi estudar as características das memórias autobiográficas e as suas associações e relações com as escalas clínicas utilizadas.

A amostra foi constituída por 30 utentes do Serviço de Psiquiatria de um hospital (18 com perturbação depressiva e 12 com perturbação de ansiedade generalizada) que preencheram o Inventário de Sintomas Psicopatológicos, o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Vinculação do Adulto, o Questionário de Esquemas de Young e o Inventário de Ansiedade Estado e Traço, e realizaram a Tarefa de Memórias Autobiográficas.

Observou-se que as memórias autobiográficas no grupo clínico com perturbação depressiva são mais negativas do que no grupo clínico com perturbação de ansiedade generalizada. No entanto, não se verificam diferenças entre os dois grupos clínicos quanto à especificidade das memórias autobiográficas.

Existe uma congruência entre a valência emocional do estímulo e a valência emocional das memórias autobiográficas. Relativamente à vinculação verificou-se a existência de correlações intragrupais, sem diferenças inter-grupos. Quanto aos esquemas precoces desadaptativo, não existem diferenças entre os grupos.

Palavras-chave: Memórias Autobiográficas; Depressão; Ansiedade Generalizada; Vinculação; Esquemas Precoces Desadaptativos

## **ABSTRACT**

The autobiographical memories area, associated with clinical cases, is fairly recent in scientific literature, being almost nonexistent in Portugal. Its association with clinical scales also seems underexplored. The aim of this research was to study the autobiographical memories characteristics and their associations and relationships with the used clinical scales.

The sample consisted in 30 Psychiatry Service of a hospital subjects ( 18 with depressive disorder and 12 with generalized anxiety disorder) who filled up a Psychopathological Symptoms Inventory , the Beck Depression Inventory , the Adult Bonding Scale, the Young Schema questionnaire and the State and Trait Anxiety inventory, they performed the Autobiographical Memories task .

It was observed that the autobiographical memories in the clinical group with depressive disorder are more negative than in the clinical group with generalized anxiety disorder . However, there where no differences between the two clinical groups regarding the Autobiographic memories specificity.

There is a congruence between the emotional valence of the stimulus and the autobiographical memories emotional valence. Regarding linking , it was verified the existence of intragroup correlations, with no differences between groups. As for early maladaptive schemes, there are no differences between groups.

Keywords: Autobiographical Memory; Depression; General Anxiety; Attachment Theory; Early Maladaptive Schemas

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Memórias Autobiográficas	3
1.2. Depressão e Ansiedade	4
1.3. Depressão e Memórias Autobiográficas	6
1.4. Vinculação e Memórias Autobiográficas	8
1.5. Esquemas Desadaptativos Precoces	10
1.6. Objectivos de Estudo e Hipóteses de Investigação	15
2. MÉTODO	16
2.1. Delineamento	16
2.2. Participantes	17
2.3. Instrumentos	17
2.4. Procedimento	21
3. RESULTADOS	22
3.1. Análise das Memórias Autobiográficas e escalas clínicas	22
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
5. CONCLUSÃO	30
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
ANEXOS	40
ANEXO A	41
ANEXO B	42
ANEXO C	43
ANEXO D	46
ANEXO E	48
ANEXO F	49
ANEXO G	51

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

### Tabelas

TABELA 1: Médias e desvio-padrão das Memórias Autobiográficas Específicas, Categóricas e Alargadas, nos dois grupos clínicos

TABELA 2: Médias e desvio-padrão das Memórias Autobiográficas Positivas, Negativas e Neutras, nos dois grupos clínicos

TABELA 3: Médias e desvio-padrão das dimensões da Escala de Vinculação do Adulto (EVA), nos dois grupos clínicos

TABELA 4: Correlações de Pearson e Spearman das dimensões da Vinculação, nos dois grupos clínicos

### Figuras

FIGURA 1: Média das Memórias Autobiográficas Específicas, Categóricas e Alargadas nos dois grupos clínicos

FIGURA 2: Médias das Memórias Autobiográficas Positivas, Negativas e Neutras, nos dois grupos clínicos

FIGURA 3: Médias dos Acontecimentos Positivos, Negativos e Neutros evocados em congruência com a Valência das Palavras-Estímulo

FIGURA 4: Média dos Esquemas Precoces Desadaptativos nos dois grupos clínicos

## 1. INTRODUÇÃO

A presente dissertação foi inserida num projecto de investigação que se encontra a decorrer.

“- Alegria: que acontecimento da sua vida é que esta palavra o faz recordar?

- Alegria... Lembro-me dos meus amigos de infância, devíamos ter cerca de 7/8 anos... Estávamos todos juntos, no jardim, a brincar. É então que um deles revela um acontecimento caricato, por que passou, e nós rimos, rimos, rimos tanto!”

Para a formação da memória, é essencial um determinado grau de elaboração, tendo em conta que o seu significado, na medida em que o facto de, esta, ser ou não processada influencia a sua evocação. A recordação é também influenciada pelo modo como a informação é organizada e armazenada, e envolve diversas habilidades cognitivas desde as que permitem lembrar factos pessoais (por exemplo “o caminho até ao trabalho”) até às que são necessárias para, por exemplo, “escrever-se um livro narrando uma história de vida” (Gauer & Gomes, 2008). A recuperação da memória é definida pelo tempo em que foi obtida e pela frequência com que é evocada (Gleitman, Fridlund & Reisberg, 2007).

Assim, a recordação de eventos pessoais passados constitui a memória autobiográfica (Gauer & Gomes, 2008). As memórias autobiográficas são memórias de experiências de vida, cruciais para o desenvolvimento e manutenção da identidade pessoal (Robinson, 1986). A memória autobiográfica traduz-se no resultado do conhecimento da própria pessoa em relação à sua vida, sendo, então, a base para o conceito do self (Rubin, 1986).

Segundo Conway e Pleydell-Pearce (2000); Conway (2005), a evocação de memórias autobiográficas ocorre através de um sistema denominado Sistema de Memórias do Self, que resulta da articulação do working self (conjunto de objectivos activos que estão estruturados de forma hierárquica, cujo objectivo é diminuir a discrepância entre o estado actual dos objectivos e o estado desejado) com a base de conhecimento de memórias autobiográficas.

Assim sendo, as memórias são construções dinâmicas e temporárias obtidas através da activação de padrões na base de conhecimento autobiográfico. A articulação dos objectivos actuais do self e a base de conhecimento dão origem a modelos de evocação que servirão de reguladores na procura da informação relevante de ser evocada. Estes modelos irão regular a informação de modo a bloqueá-la ou torná-la mais ténue, para que não desestabilize o self. Existem situações de experiências emocionais intensas que conduzem à evocação consciente

que, conseqüentemente, leva a um aumento das discrepâncias do self ou a reactivação de esquemas de comportamentos e vinculação disfuncionais (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Relativamente aos esquemas disfuncionais, estes são obtidos, precocemente, na vida de uma pessoa, sendo estáveis e duradouros. Estes esquemas servirão de modelos para o processamento da informação posterior. Têm um carácter rígido, sendo tomados como verdades absolutas e, por isso, resistentes à mudança (Young, 2003)

Segundo Bahls (1999), existe uma predisposição cognitiva para a depressão que tem origem nas experiências iniciais da pessoa, formando os esquemas negativistas sobre si mesmos e sobre a vida. Esses esquemas disfuncionais ficam latentes até a pessoa passar por eventos semelhantes aos iniciais, que foram responsáveis pela introjecção desta atitude negativista. Não só na perturbação depressiva como noutras psicopatologias, os esquemas disfuncionais estão presentes, enviesando a valência da evocação da memória (Young, 2003).

De acordo com Safran (1990), os esquemas contêm informações relevantes para a manutenção dos relacionamentos interpessoais, o que revela que os esquemas representam diferentes aspectos das crenças acerca do próprio e acerca dos outros. Neste campo, os esquemas podem ajudar no esclarecimento da relevância do estilo de vinculação (Collins & Read, 1990). Relativamente aos relacionamentos interpessoais referidos, estes estão intimamente ligados à vinculação, pois é com as figuras de vinculação que a qualidade da mesma é verificada. Se, por um lado, a criança tiver uma base segura, irá construir um modelo representativo não só da figura de vinculação como da interacção entre ambas e isso irá repercutir-se ao longo da sua vida (por exemplo, se a criança tiver uma base segura, será, provavelmente, capaz de se valorizar e superar dificuldades e obstáculos. Se, pelo contrário, a criança tiver adquirido um tipo de vinculação inseguro, poderá, eventualmente, sentir-se fracassada e incapaz de ultrapassar as dificuldades que surjam) (Bowlby, 1982).

Estando as memórias autobiográficas, ligadas ao afecto, estas apresentam um papel fundamental na organização do self, como já referido anteriormente. Por sua vez, o afecto assume um papel de destaque nos processos de estruturação, codificação e de evocação das memórias autobiográficas (Rubin, 1996), pelo que, segundo Berntsen (1998), existe uma predominância de memórias autobiográficas positivas em detrimento de negativas, assim como uma tendência em preservar a generalidade dos acontecimentos em detrimento dos detalhes (Mathews, 2006). Nos casos de psicopatologias, os resultados, relativos à valência emocional, são inversos, existindo uma preponderância para a evocação de memórias negativas, que sofrem um enviesamento, devido ao estado emocional associado e próprio dos casos psicopatológicos.

## **1.1. Memórias Autobiográficas**

A memória autobiográfica é o aspecto da memória que se ocupa com a recordação de eventos passados experimentados pessoalmente (Williams, Barnhofer, Crane, Hermans, Raes, Watkins & Dalgleish, 2007).

As memórias autobiográficas envolvem uma re-experiência consciente do evento original. Este reviver um evento do passado considera importante a aparência do material recordado, mais do que o próprio evento em si (Berntsen & Hall, 2004).

Assim, a selecção da recuperação das memórias armazenadas é feita com base na facilidade e vivacidade das mesmas (Gauer & Gomes, 2008). Estas memórias disponíveis e duradouras são consideradas memórias de eventos marcantes que compõem factores importantes e determinantes na construção e organização da história de vida de um sujeito. Estas, permitem um reconhecimento de si mesmo, assim como a singularidade de experiências ao longo da vida (Blagov & Singer, 2004). A recuperação destes eventos deve-se às capacidades de memorização dos mesmos e do seu julgamento reflexivo (Gauer & Gomes, 2008).

Os mesmos autores sugerem, ainda, que o mecanismo de modulação actua na fase primordial de codificação da memória, salientando que o factor decisivo quanto ao evento ser marcante ou não está presente na sua ocorrência. Em oposição, Neisser (2000), desvaloriza a importância dada pelos referidos autores, atribuindo maior importância às fases posteriores da codificação da memória.

A memória autobiográfica que consiste numa memória preservada, acerca de um evento experienciado pelo sujeito, possui uma organização e uma tendência em preservar a generalidade dos acontecimentos em detrimento dos detalhes (Mathews, 2006). Nestas, existem dois tipos de memórias gerais e um tipo de memórias específicas. Quanto às memórias gerais, estas dividem-se em categóricas e alargadas. As memórias categóricas estão relacionadas com uma série de repetições de um evento, situadas a um nível intermédio com menos discriminação do material mnésico (por exemplo, “Quando vou trabalhar”). As memórias alargadas estão relacionadas com um evento que tenha uma duração superior a um dia, com um início e um final precisos, situadas num nível mais diferenciado do material mnésico (por exemplo, “quando estava naquele emprego”) (Goddard, Dritschel, & Burton, 1996). No tipo de memórias específicas, estas referem-se a eventos específicos com duração inferior a 24 horas (por exemplo, “quando, ontem, fui trabalhar”) (Williams et al., 2007).

Tendo em consideração que as memórias autobiográficas são referentes à vida de um sujeito, estas poderão ser distorcidas e reconstruídas após um longo período de tempo. Estas, poderão assumir uma posição diferenciada, na medida em que poderão não se encontrar igualmente disponíveis, assim como quando tentamos recordá-las, estas poderão surgir de um modo mais obscuro tornando mais dificultado o trabalho de recordação (Cláudio & Aurélio, 2009).

Existe uma relação temporal entre as memórias autobiográficas, que sendo adquiridas, mantidas ou eliminadas durante o percurso de vida, mantêm um predomínio relativamente à sua evocação, ou seja, a evocação de memórias relativas a acontecimentos recentes é mais predominante, sendo que à medida que estes acontecimentos se distanciam temporalmente, a dificuldade de evocação aumenta (Cláudio & Aurélio, 2009).

Em estudos relacionados com as memórias autobiográficas, Rubin (1996), refere que estas, estão ligadas ao afecto, que as conduz a um papel de destaque na organização do self. Por sua vez, o afecto assume um papel de destaque nos processos de estruturação, codificação e de evocação das memórias autobiográficas. Ou seja, segundo Berntsen (1998), as memórias autobiográficas são, geralmente, mais positivas do que negativas e estão, normalmente, associadas a eventos invulgares.

Estando, como já referido, as memórias autobiográficas associadas à organização do self, poderá, em algumas patologias, existir um foco ruminante sobre este, o que revela uma tendência para uma centração nos aspectos indesejáveis (Cláudio, & Aurélio, 2009). Assim, em alguns estudos, parece existir uma relação entre as memórias autobiográficas de valência emocional negativa e a ruminação (Gentzler & Kerns, 2006).

## **1.2. Depressão e Ansiedade**

A ansiedade e a depressão são considerados, por muitos, como uma doença única, uma vez que a maioria dos doentes sofre do que aparenta ser um quadro misto de ansiedade e depressão, sendo que apenas um número pequeno, se apresenta com ansiedade ou depressão (Montgomery, 1995; Marques-Teixeira, 2001).

Júnior e Cordás (2002), num estudo que avaliou pacientes em tratamento ambulatorio, para depressão, revelou que metade destes preenchia critérios para alguma perturbação de ansiedade, e que, mais de metade dos pacientes com ansiedade, era portador de mais do que uma perturbação ansiosa.

As classificações das doenças podem basear-se na sua etiologia, no processo patológico envolvido ou, principalmente, no tipo de sintomatologia. São identificados sintomas que constituem síndromes que, na ausência de factores etiológicos, estas síndromes podem ser sujeitas a factores genéticos, curso da doença e resposta ao tratamento (Montgomery, 1995).

Os principais protagonistas, a favor de uma distinção entre a depressão e a ansiedade provêm do grupo de Newcastle que justifica, nos seus estudos, esta separação pelo facto de esta ser evidente não somente na sintomatologia, assim como no curso da doença e na resposta ao tratamento (Montgomery, 1995; Marques-Teixeira, 2001). Segundo os autores, mesmo em estudos que referem uma separação entre os dois quadros, é referida sintomatologia sobreponível em ambos.

Noa trabalhos de Mountjoy e Roth (1982), estes identificaram um conjunto de sintomas capazes de diferenciar os dois quadros, no entanto 14 dos 16 sintomas apresentados como diferenciadores entre depressão e ansiedade são referidos como indicadores relevantes de alterações na gravidade da depressão. Os itens descritos foram: ideação suicida, anorexia, perda de peso, alterações da memória, tonturas, desinteresse, lassidão, diminuição da libido, redução da ressonância afectiva, compulsões, agitação, medo de estar só, insónia inicial, sono agitado, despertar precoce, dificuldades de concentração, sendo que os itens alterações da memória e medo de estar só não estão incluídos nas duas escalas de depressão: Hamilton Rating Scale e Montgomery e Asberg Raing Scale (Montgomery, 1995).

Segundo o autor, os dados obtidos por Mountjoy e Roth, dão provas substanciais da sobreposição entre ansiedade e depressão. Assim, a depressão apresenta uma componente de ansiedade, sendo esta, um dos sintomas que surge com mais frequência na depressão e que mais facilmente se melhoram ou agravam no quadro depressivo.

No entanto, há autores que defendem uma distinção clara entre as duas patologias. Sendo a depressão, uma das doenças mentais mais frequentes, é caracterizada pela baixa qualidade de vida dos indivíduos afectados e por um conjunto de sintomas, como a perda e capacidade em experimentar prazer nas actividades em geral, fadiga ou perda de energia, entre outros, sendo o mais evidente, o sentimento de tristeza. A depressão ocorre após determinados eventos promotores de stress, no entanto nem todas as pessoas ficam deprimidas nessas situações. Ou seja, a depressão depende de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Frasquilho, & Guerreiro, 2009).

Assim, a depressão é, muitas vezes, precedida por acontecimentos de vida, ou seja, ocorrências traumatizantes, que o indivíduo não é capaz de processar e assimilar de forma

adequada e/ou por dificuldades e preocupações que perdurem durante determinado período de tempo e para as quais não encontra solução (Van Praag, Kloet, & Van Os, 2005).

Segundo Bahls (1999), na teoria de Beck, existe uma predisposição cognitiva para a depressão que tem origem nas experiências iniciais de cada um, formando os esquemas negativistas sobre si mesmos e sobre a vida. Esses esquemas disfuncionais ficaram, então, latentes, podendo manifestar-se quando os indivíduos passam por eventos semelhantes aos iniciais, que foram responsáveis pela introjecção da atitude negativista.

Relativamente à perturbação de ansiedade generalizada, esta, foi, inicialmente, considerada como sintomatologia prodrómica ou residual de outras perturbações depressivas ou ansiosas. Actualmente, é reconhecida como uma síndrome independente, com critérios diagnósticos definidos (Ruiloba & Ferrer, 1990).

As Perturbações de Ansiedade Generalizada (PAG) são uma categoria residual para as perturbações ansiosas que excluem condutas fóbicas e crises de angústia (Ruiloba & Ferrer, 1990). A característica essencial é, segundo o DSM – IV- TR, uma ansiedade persistente durante, um período mínimo de 6 meses para estabelecer o diagnóstico, com a finalidade de excluir os quadros de ansiedade reactiva.

A comorbidade da PAG com outras doenças psiquiátricas é bastante elevada. Muitos destes pacientes apresentam sintomas depressivos (Júnior & Cordás, 2002). Geralmente, quando estas comorbidades ocorrem, a PAG é geralmente primária. O conceito de PAG como sendo uma entidade isolada, apesar da alta comorbidade, foi confirmada num estudo que conclui que a PAG é temporalmente primária nos casos de comorbidade com depressão, sendo um factor preditor relevante para possível depressão (Júnior & Cordás, 2002).

Segundo Marques-Teixeira (2001), existe maior afinidade da perturbação de ansiedade generalizada com a depressão major e com a distímia do que com as outras perturbações ansiosas.

### **1.3. Depressão e Memórias Autobiográficas**

Nos sujeitos deprimidos, existe uma discrepância, no sentido negativo, das memórias autobiográficas, que se torna fulcral para a génese e manutenção dos estado depressivos (Kuyken e Dalglish, 1995)

Nos estados depressivos, a memória sofre um enviesamento que favorece as situações negativas em detrimento das situações positivas (Brewin, Reynolds, & Tata, 1999).

Segundo Clark, Beck, e Alford (1999), existe um efeito de congruência do humor, na relação entre memórias autobiográficas e depressão, que está relacionado com o facto de, nos sujeitos deprimidos, o acesso aos esquemas negativos auto-referentes ser mais facilitado, conduzindo, assim, à evocação prioritária de informação negativa. O efeito de congruência do humor está relacionado com a severidade da depressão, na medida em que quanto mais elevado o grau da depressão, maior o efeito (Cláudio & Aurélio, 2009).

A dificuldade de acesso a memórias positivas, nos sujeitos com depressão, poderá estar intimamente ligada a uma utilização indevida de estratégias de evocação da memória, em que, aquando de uma recordação mais específica, a cognição estará dominada por representações abstractas e não por eventos específicos. Se as representações abstractas forem negativas, provavelmente serão reforçadas realisticamente, devido à maior permeabilidade de evocação de eventos negativos específicos que as consolidam. Se positivas, as representações abstractas assemelhar-se-iam a representações irreais e pouco características, por se tornar difícil confirmá-las com eventos positivos específicos (Moore, Watts, & Williams, 1988).

Deste modo, constata-se que, nos sujeitos com depressão, a evocação de memórias autobiográficas apresenta uma falha, que conduz a que este processo não ocorra de modo adequado em que deveria existir o acesso a uma descrição geral da memória que levaria a uma memória específica (Williams, et. al., 2007).

Quanto à sua estrutura, os estudos têm mostrado que pacientes deprimidos tendem a gerar memórias generalizadas em detrimento de memórias específicas (Barnhofer, Jong-Meyer, KleinpaB & Nikesh, 2002; Raes, Hermans, Williams & Eelen, 2006).

Para explicar este fenómeno, Williams (1996), formulou a hipótese de regulação do afecto que afirma que algumas pessoas, nomeadamente pessoas que sofreram adversidades na infância, podem ter aprendido que, ao recuperar memórias de uma forma menos específica, são capazes de regular ou minimizar o afecto negativo associado a acontecimentos negativos ou traumáticos específicos.

No entanto, no seu trabalho, Cláudio (2004) referiu não existirem diferenças significativas entre o número de memórias autobiográficas específicas em sujeitos com depressão e em sujeitos sem alteração psicopatológica, tendo sido evocadas em maior número, memórias autobiográficas específicas do que gerais, em ambos os grupos.

Segundo Williams e colaboradores (2007), nos sujeitos com depressão, predomina a evocação de memórias categóricas, pois os sujeitos com perturbações emocionais, propendem a focar-se nos aspectos afectivos, codificando, preferencialmente, estes aspectos das experiências.

Segundo Williams (1992), as falhas ao nível da evocação e codificação não serão as únicas responsáveis pela generalização das memórias, outros factos prendem-se com a presença de um foco ruminante sobre o self, nos sujeitos deprimidos. Este foco centra-se numa tendência para vaguear sobre os aspectos indesejáveis, numa diminuição da memória de trabalho e por incentivar a que os eventos sejam codificados com informações descritas com negativismo e relativo à própria pessoa deprimida, gerando uma ligação que propicia uma maioria de evocação de memórias gerais (Williams et al., 2007.) Para Kleim e Ehlers (2008), este foco é, também ele, gerado, inversamente, pelas evocações de memórias, encorajando, também estas, este próprio foco ruminante.

#### **1.4. Vinculação e Memórias Autobiográficas**

Segundo Collins e Read (1990), a teoria da vinculação está relacionada com a relação desenvolvida entre a criança e a figura de vinculação e é o produto obtido dessa relação que desencadeia a elaboração e construção do self e do outro, ou seja, da interacção na relação com o outro. De acordo com Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978), nesta interacção, a criança desenvolve padrões de vinculação diferentes, consoante o tipo de relação. O modelo de vinculação inclui os estilos seguro, evitante e ansioso/ambivalente.

Para Shaver, Hazan e Bradshaw (1988), o estilo de vinculação segura é caracterizado pelo estabelecimento fácil de relações de proximidade e pelo sentimento de conforto com a intimidade e estaria, segundo Ainsworth (1979), associado a mães sensíveis e capazes de responder às necessidades da criança. O estilo de vinculação inseguro-ansioso/ambivalente, manifesta dificuldade na proximidade com as figuras de vinculação, com receio de um afastamento e perda de amor das figuras significativas. O estilo de vinculação inseguro-evitante é caracterizado pelo desconforto em relação à proximidade que as relações com as pessoas significativas podem implicar. Estes estilos de vinculação inseguros (evitantes ou ansiosos/ambivalentes) corresponderiam a mães que ignoram ou que não respondem de forma adequada aos apelos e necessidades da criança (Ainsworth, 1979).

As condições que contribuem para o desenvolvimento ou não da vinculação são a sensibilidade da figura de vinculação para responder aos sinais da criança e a quantidade e natureza da interacção entre os componentes do par (Bowlby, 1984).

Bowlby (1984) refere a existência de um sistema comportamental aliado a uma tendência das crianças de formarem ligações emocionais com a figura de vinculação. Este

sistema de vinculação permite uma proximidade física com a mesma figura de modo a criar segurança para a criança. Apesar de este sistema permanecer ao longo da vida, é em situações desconhecidas, de perigo ou de stress que os comportamentos associados ao sistema de vinculação são activados. Esta activação permite um contacto e uma proximidade com a figura de vinculação.

Conway e Pleydell-Pearce (2000), referem que, no processamento de informação, é expectável a existência de relação entre o tipo de vinculação e o modo como se codificam e evocam as memórias autobiográficas. Assim, na infância, crianças com estilos de vinculação seguros evocam mais memórias positivas do que crianças com estilos de vinculação inseguros. Do mesmo modo, crianças com estilos de vinculação seguros evocam mais memórias associadas a eventos positivos do que negativos. Pelo contrário, a evocação de memórias relacionadas com eventos negativos verifica-se, em maior número, em crianças com estilos de vinculação inseguros (Belsky, Spritz, & Crnic, 1996).

No primeiro ano de vida, o desenvolvimento do sistema comportamental é moroso e complexo, pelo que o seu ritmo de desenvolvimento é muito variável. A partir do segundo ano de vida, este sistema é facilmente activado, em particular pela ausência da figura de vinculação ou em situações de stress. Do segundo ano em diante, este sistema é menos facilitado e a proximidade com a figura de vinculação torna-se menos urgente. Na adolescência e adultície ocorrem mudanças, nomeadamente a mudança das figuras para quem o comportamento é dirigido Bowlby (1984).

Segundo Crowell, Fraley e Saver (1999), o termo vinculação do adulto, aborda duas ideias gerais: 1) os aspectos normativos do sistema de vinculação e a sua relevância na adultície; 2) as diferenças individuais na organização da vinculação, no seio das relações interpessoais.

Assim, segundo Canavarro, Dias e Lima (2006), para o conceito de vinculação do adulto é relevante compreender os elementos coincidentes entre a vinculação durante a infância e nas fases de desenvolvimento posteriores, bem como as suas diferenças, e distinguir as relações de vinculação de outros tipos de relação, na fase de desenvolvimento da idade adulta, pois de acordo com Bowlby (1982), existe uma forte relação causal entre as vivências de um indivíduo com os seus pais e a sua capacidade posterior de criar vínculos afectivos.

Existem diversos elementos congruentes entre a vinculação na infância e na adultície, como a similaridade das características emocionais e comportamentais, a generalização da experiência e a ligação temporal dos eventos (Canavarro, et. al., 2006).

No campo da psicopatologia, algumas psicopatologias poderão ser sequelas de carências afectivas nos cuidados com a figura de vinculação (Bowlby (1982), pois a qualidade das experiências de vinculação e sua representação irão influenciar o desenvolvimento do indivíduo, a sua interpretação acerca do mundo e o modo como lida com as dificuldades. (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999).

Na relação entre vinculação e psicopatologia, existe uma desorganização da vinculação, que traduz o colapso das estratégias de vinculação organizadas, de tipo seguro ou inseguro. Nos adultos, a desorganização exprime-se no discurso e nas narrativas sobre as experiências adversas ou traumáticas. Assim, ocorrem falhas na organização do discurso e do pensamento, bem como reacções comportamentais que revelam perturbação (Soares, 2007).

De acordo com van Ijzendoorn e Bakermans-Kranenburg (1996), em amostras clínicas existe uma maior representação de organização da vinculação insegura, não existindo relações significativas, entre determinado tipo de organização insegura e um tipo específico de perturbação psicológica. De acordo com estes resultados apontados pelos autores, existem estudos que revelam uma associação entre depressão e insegurança da vinculação, alguns relacionando a depressão com a vinculação insegura-ambivalente (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy, Mattoon, Target, & Gerber, 1996) e outros relacionando a depressão com a vinculação insegura-evitante (Patrick, Hobson, Castle, Howard, & Maughan, 1994). Relativamente às perturbações de ansiedade, os estudos assinalam uma elevada prevalência de vinculação insegura-ambivalente, assim como vinculação desorganizada (Fonagy et al., 1996).

### **1.5. Esquemas Desadaptativos Precoces**

Os esquemas são estruturas complexas de dados que representam os conceitos gerais armazenados na memória e o seu conteúdo é muito diversificado pois os conhecimentos armazenados na memória são representados por esquemas. Estes, são construídos a partir de um mecanismo capaz de captar regularidades nas situações, nas idéias e nos comportamentos que se adquire no meio envolvente. Este mecanismo funciona, seguindo os princípios da aprendizagem implícita, que é a forma mais comum da cognição, pela qual se detecta e processa, de modo inconsciente, informação sobre co-variações entre características ou acontecimentos do meio envolvente (Rodrigo, 2004).

O processo estruturante dos esquemas inicia-se precocemente e pela idade dos três anos começa a primeira geração de esquemas de domínios sobre o género, os papéis, as relações interpessoais e instituições, que se tornam cada vez mais complexos e integrados (Rodrigo, 2004).

A imprescindibilidade dos esquemas é indiscutível pois são eles que promovem a transformação dos estímulos de carácter físico e social em experiências significativas que auxiliam a dar sentido, racionalidade e possibilidade ao meio que nos rodeia (Rodrigo, 2004).

Assim, os esquemas desempenham um papel fundamental nos processos de aprendizagem, compreensão e memória. No caso da memória, esta é tida como um processo reconstrutivo, pelo qual se recupera a informação previamente construída, que se foi articulando com os esquemas adquiridos na fase de aprendizagem. De um modo geral, a informação congruente com o esquema é facilmente recordada (por exemplo, “ler numa biblioteca”), enquanto o reconhecimento é maior nas situações em que a informação é incongruente (por exemplo, “um aquário numa biblioteca”) (Rodrigo, 2004).

O valor de um esquema está relacionado com a produtividade que o mesmo traz para o sistema cognitivo, ou seja, depende do sub-conjunto dos outros esquemas com os quais interage para a mesma tarefa, tanto em colaboração como em concorrência. Deste modo, e a título de exemplo, alguns esquemas que são privilegiados durante a fase inicial de aprendizagem de uma actividade, não o serão quando a pessoa estiver numa fase mais avançada da mesma e não poderão ser mantidos sem um re-elaboração que os adapte à nova situação de aprendizagem (Cellérier, 1996).

Assim, existe uma necessidade funcional que sustenta a lei de equilíbrio da psicogénese que se baseia numa integração do previamente construído, na nova construção. Nesta nova construção, um esquema novo é submetido a diversas provas selectivas, determinadas por critérios temporais e funcionais diferentes, dos quais deve satisfazer a conjunção lógica e congruente. A conservação de um esquema é obtida do mesmo modo que a selecção conservadora que os sucessos das versões consecutivas que constituem as suas reconstruções, formam. É deste modo, que os esquemas que sobrevivem através de gerações internas das reconstruções, são possíveis candidatos para transmissão inter-geracional (Cellérier, 1996). A aquisição de esquemas só é possível se estes satisfizerem, simultaneamente, as condições individuais de curto prazo do aumento da produtividade do sistema cognitivo, as condições sociais e a meio termo do aumento da produtividade sócio-económica (que está relacionada com as estratégias de cooperação e concorrência da divisão do trabalho) e as de longo termo da reprodutividade genética. Deste modo, verifica-se que os

esquemas podem ser adquiridos ou eliminados e esquecidos em cada um dos sistemas, de forma independente uns dos outros, o que permite a cada um, adaptar-se às «deslocações de equilíbrio» que resultam da «reversibilidade imperfeita» dos sistemas, cujo equilíbrio permanece nos mecanismos operatórios. As «deslocações de equilíbrio» são mudanças não reversíveis que obedecem aos mecanismos que se expandem, quando surge um esquema novo, pela sua novidade e pela sua raridade. Quando, progressivamente, este já não é raro nem novo, inicia um novo processo mais vantajoso para os seus concorrentes (Cellérier, 1996).

Segundo Beck, Rush, Shaw, & Emery (2003), os esquemas determinam o modo como uma pessoa estrutura as variadas experiências e podem permanecer inactivos durante grandes períodos de tempo e serem activados por eventos específicos (por exemplo “situações que despoletem ansiedade”). Em estados psicopatológicos como a depressão, as conceptualizações poderão estar distorcidas, de tal modo que se ajustam a esquemas inadequados. A articulação entre um esquema adequado com um estímulo é alterada pela intromissão de esquemas idiossincráticos activos, que, à medida que se tornam mais activos, são evocados por um conjunto de estímulos, cada vez maior, que mantém um fraca relação lógica com as suas ligações. Assim, a pessoa perde grande parte do controlo voluntário sobre os seus processos de pensamento e é incapaz de aceder a outros esquemas mais adequados. À medida que a depressão se agrava, os pensamentos serão, cada vez mais, de ordem negativa, pelo que poderão não existir relações lógicas entre eventos reais e as suas percepções negativas.

Segundo o autor, na depressão, os esquemas apresentam as características: são dirigidos pelos aspectos negativos do self; são idiossincráticos; possuem objectivos inalcançáveis, atitudes disfuncionais e distorções no processamento da informação; marcada rigidez e aceitação sem questionamento. Deste modo, na depressão e atendendo à tríade cognitiva de Beck, compreende-se a visão negativa de si, com um self incapaz de atingir objectivos, um mundo sentido como perigoso e um futuro sem qualquer esperança.

É com base nos esquemas disfuncionais que se podem explicar os pensamentos negativos da depressão, ou seja, na depressão, os esquemas disfuncionais maximizam os aspectos negativos referidos ao self e diminuem os positivos pois assim são concordantes com o estado emocional (Cláudio, 2009).

Segundo Young, Klosko, e Weishaar, 2003, os esquemas precoces desadaptativos são formados no período da infância e desenvolvidos ao longo da vida, servindo como modelos para o processamento da experiência posterior. Estes esquemas, parecem ser o resultado do

temperamento da criança na interacção com experiências disfuncionais com as figuras ao seu redor (pais, irmãos, amigos), nos anos mais precoces de vida. Ao invés de se tornarem acontecimentos traumáticos, a maioria dos esquemas é causada por padrões continuados de experiências nocivas do quotidiano, que reforçam estes esquemas (Young, 2003).

A maioria dos esquemas precoces desadaptativos são crenças e sentimentos incondicionais sobre si mesmo em relação ao meio. Estes, são considerados como verdades, implícitas e aceites como algo perfeitamente natural. São, também, auto-perpetuadores e, assim, mais resistentes à mudança. Como se desenvolvem desde cedo, na vida de uma pessoa, constituem o seu núcleo central do auto-conceito e da sua concepção do meio. Sendo disfuncionais, implicam, de forma directa ou indirecta, um sofrimento psicológico adjacente encontrado nas diversas psicopatologias (Young, 2003).

A activação destes esquemas disfuncionais é feita através de eventos no meio envolvente com relevância para o esquema específico (por exemplo, quando uma pessoa com um esquema de fracasso tem que realizar uma prova de avaliação, o esquema surge). Em torno do esquema, surgem pensamentos associados ao mesmo (por exemplo, “Não vou conseguir ter boa nota. Vou chumbar”) Estes pensamentos são, normalmente, acompanhados de emoções (por exemplo, tristeza, raiva...) (Young, 2003).

De acordo com Young, e colaboradores (2003), existem 18 tipos de esquemas precoces desadaptativos, distribuídos por 5 domínios de esquemas:

### *1. Domínio Instabilidade e Separação*

- Privação Emocional – expectativa de que a vontade ter um suporte emocional nunca será satisfeita.
- Abandono – percepção de que os outros são não são capazes de fornecer suporte emocional.
- Desconfiança/Abuso – expectativa de que os outros irão magoar, abusar, humilhar, mentir ou manipular.
- Isolamento Social – sentimento de que se está isolado do resto do mundo e de que não se pertence a nenhum grupo.
- Deficiência – sentimento de que se tem uma deficiência interna e que por esse facto se é inferior aos outros.

## *2. Redução da Autonomia e Desempenho*

- Falha na Realização – crença de que falhou e irá sempre, inevitavelmente, falhar ou que obtém menos sucesso do que os outros
- Dependência Funcional – crença de que não é capaz assumir, de forma competente, as suas responsabilidades sem a ajuda dos outros.
- Vulnerabilidade ao Prejuízo ou Doença – medo excessivo de uma catástrofe iminente e inevitável.
- Dependência Emocional – envolvimento e proximidade exagerados com pessoas significativas.

## *3. Orientação para o Outro*

- Subjugação – excessiva submissão em relação ao controlo e domínio dos outros para evitamento de raiva, retaliação ou abandono.
- Auto-Sacrifício – foco excessivo em responder às necessidades dos outros em detrimento da sua própria gratificação.
- Procura de Aprovação – ênfase excessivo em receber aprovação e reconhecimento dos outros.

## *4. Supervigilância e Inibição*

- Inibição Emocional – inibição excessiva para actos espontâneos, sentimentos e comunicação, de modo a evitar desaprovação dos outros, sentimentos de vergonha ou perda do controlo dos impulsos.
- Padrão Rígido – crença de que tem que atingir padrões de desempenho e comportamento altos.
- Negativismo – Foco excessivo em aspectos negativos da vida.

- Punição – crença de que as pessoas devem ser severamente castigadas pelos erros que cometem.

## 5. Redução dos Limites

- Ignorar o direito do Outro – crença de que se é superior aos outros e que se veria ter direitos e privilégios especiais.
- Défice de Auto-Controlo – dificuldade ou recusa em exercer auto-controlo e tolerância à frustração adequados.

Os esquemas possuem diferentes níveis de severidade e quanto mais severo o esquema, maior o número de situações que o activam, maior a duração da activação do esquema e mais intenso o seu efeito negativo (Young, et al., 2003). Também Cláudio, 2004, constatou existir uma relação entre alguns esquemas e o nível de severidade da depressão.

Segundo Chorpita e Barlow (1998), o estilo de vinculação pode funcionar como um elo entre as experiências e o desenvolvimento de esquemas. De acordo com Mason, Platts e Tyson (2005), existe uma relação entre estilos de vinculação inseguros e diferentes tipos de psicopatologia. Assim, o estilo de vinculação inseguro tem sido associado à depressão e às perturbações de ansiedade. No entanto, segundo o mesmo autor, a consistência entre os diferentes tipos de vinculação insegura e os tipos de psicopatologia são difíceis de determinar.

Safran (1990), referiu a importância dos esquemas que contêm informações relevantes para a manutenção dos relacionamentos interpessoais. Assim, torna-se plausível que o conceito de esquemas, que representa diferentes aspectos das crenças sobre si mesmos e sobre os outros, possam ajudar a esclarecer a relevância do estilo de vinculação (Collins & Read, 1990).

## 1.6. Objectivos de Estudo e Hipóteses de Investigação

A investigação na área das memórias autobiográficas associadas a casos clínicos, tal como já foi referido anteriormente, é bastante recente na literatura científica, em particular, na associação com a perturbação de ansiedade generalizada. Também a sua associação a escalas

clínicas se verifica, ainda, pouco explorada. Deste modo, o objectivo desta investigação foi estudar as características das memórias autobiográficas e as suas associações com a vinculação e com os esquemas precoces desadaptativos, e as relações com as escalas clínicas utilizadas, em dois grupos clínicos: a perturbação depressiva e a perturbação de ansiedade generalizada.

As hipóteses desta investigação foram:

1. Os sujeitos deprimidos evocam um maior número de memórias autobiográficas de valência negativa em comparação com o grupo de sujeitos com ansiedade generalizada.
2. Existe maior congruência entre a valência da palavra-estímulo e a valência da memória autobiográfica no grupo de perturbação de ansiedade generalizada.
3. Os sujeitos deprimidos evocam um menor número de memórias autobiográficas específicas em comparação com o grupo de sujeitos com ansiedade generalizada.
4. Existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos em relação à vinculação.
5. Quanto maior o valor de dimensões associadas a estilos de vinculação inseguros, maior a probabilidade de evocação de memórias autobiográficas negativas (em ambos os grupos).
6. Existem diferenças entre a perturbação depressiva e a perturbação de ansiedade generalizada, relativamente à evidência dos esquemas precoces desadaptativos.
7. Quanto mais evidentes os esquemas desadaptativos precoces, menor a especificidade de memórias autobiográficas.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Delineamento**

O presente estudo é um estudo experimental com amostragem aleatória por conveniência, em que sujeitos em acompanhamento psicológico de um hospital central foram convidados a participar. Os sujeitos divididos em dois grupos teriam que ter o diagnóstico de Perturbação Depressiva ou Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Os critérios de inclusão para a amostra de participantes com perturbação depressiva foram (a) ter diagnóstico de depressão, de acordo com os critérios do Manual Estatístico de

Perturbações Mentais, Quarta Edição (DSM-IV-TR), (b) saber ler e escrever e (c) ter idade igual ou superior a 18 anos. Os critérios de inclusão para a amostra de indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada foram (a) ter diagnóstico de perturbação de ansiedade generalizada, de acordo com os critérios do Manual Estatístico de Perturbações Mentais, Quarta Edição (DSM-IV-TR), (b) saber ler e escrever e (c) ter idade igual ou superior a 18 anos.

Para ambos os grupos, os critérios de exclusão foram (a) depressões com sintomas psicóticos, (b) perturbações bipolares, (c) perturbações do humor secundárias a estado físico geral, induzidas por álcool ou outra substância, (d) perturbações relacionadas com substâncias de utilização ou induzidas por álcool, drogas ou fármacos, (e) esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, (f) demências, (g) perturbações mnésicas, (h) perturbações factícias e (i) perturbações dissociativas.

## **2.2. Participantes**

A amostra foi composta por 30 utentes do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Garcia de Orta (23 do género feminino e 7 do género masculino), dos quais 18 estavam diagnosticados com Perturbação Depressiva e 12 com Perturbação de Ansiedade Generalizada. Tinham entre 22 e 69 anos, sendo a média de 45 anos de idade (12.235). Todos os participantes estavam em acompanhamento psicológico. Na sua maioria eram casados (47%), com emprego (60%) e tomavam medicação psicofarmacológica. (83%).

## **2.3. Instrumentos**

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

### *1. Questionário Sócio-Demográfico*

Este questionário permitiu obter informações acerca do género; a idade; as habilitações literárias; a profissão e situação profissional; se tomavam medicação psicofarmacológica e se no passado já tinham tomado e, em caso afirmativo, qual e há quanto tempo; se estavam em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e se no passado já tinham estado e, em caso afirmativo, há quanto tempo; se existiram alterações à medicação e,

em caso afirmativo, há quanto tempo e quais as alterações. Este questionário foi anexado (ver Anexo B).

2. *Versão portuguesa de Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson &, 1961), testada e corrigida numa amostra de estudantes do ensino superior, em 1990 (Cláudio, 2004).*

Este inventário é de auto-preenchimento e pretende avaliar a severidade da sintomatologia depressiva. É constituído por 21 itens compostos por 4 afirmações cada, sendo solicitado ao participante, que opte pela que melhor descreve a forma como se sentiu na última semana. É atribuída uma cotação consoante o número da afirmação, que varia entre 0 e 3 (Inexistente a Grave). No final, o somatório destas pontuações determinam o resultado, que poderá variar entre 0 e 63. O somatório, que avalia a severidade da depressão, divide-se em 3 níveis: depressão ligeira, quando o resultado varia entre 4 e 13; depressão média, quando o resultado varia entre 14 e 20; e depressão severa, quando o resultado é superior a 21 (Beck & Beamesderfer, 1974, cit por Cláudio, 2004). Este inventário encontra-se em anexo (ver Anexo C).

3. *Versão portuguesa do Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI; Spielberger, 1983), traduzida por Américo Baptista.*

Este inventário permite avaliar dois níveis de ansiedade: estado (Forma Y-1) e ansiedade traço (Forma Y-2).

A ansiedade estado consiste num estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos subjectivos de tensão que podem variar ao longo do tempo. A ansiedade traço consiste numa disposição relativamente estável de resposta ao stress e ansiedade e com maior tendência em perceber várias situações como situações de ameaça (Andrade, Gorenstein, Filho, Tung & Artes, 2001).

O inventário de auto-preenchimento dividido nas duas formas, é composto por 20 itens cada, numa escala de Likert de 1 (Nada) a 4 (Muito) que descreve a forma como o participante se sente. Na forma Y-1 (ansiedade estado), a instrução compreende a dimensão “como se sente neste momento”, enquanto na forma Y-2 (ansiedade traço), a instrução compreende a dimensão “como se sente habitualmente”. O resultado de cada forma consiste

no somatório de todos os itens da mesma e o valor varia entre 20 e 80. Este inventário encontra-se em anexo (ver Anexo D).

4. *Versão portuguesa da Escala de Vinculação do Adulto (Adult Attachment Scale; Collins & Read, 1990) adaptada por Canavarro, Dias & Lima (2006).*

A Escala de Vinculação do Adulto pretende avaliar 3 dimensões da vinculação: a Ansiedade, o Conforto com a Proximidade e a Confiança nos Outros. A Ansiedade consiste no grau de ansiedade que o indivíduo sente em relação a questões interpessoais como o abandono ou não ser desejado. O Conforto com a Proximidade corresponde ao grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade. Por fim, a Confiança nos Outros refere-se ao grau de confiança nos outros e na sua disponibilidade quando necessária (Canavarro et. al., 2006). É uma escala de auto-preenchimento, composta por 18 itens (6 para cada dimensão) distribuídos numa escala de Likert de 1 (Nada característico em mim) a 5 (Extremamente característico em mim) que se baseia no sentimento em relação às relações afectivas que estabelece. O resultado de cada dimensão é obtido através de médias, tendo em consideração que existem itens de resultado invertido. Esta escala encontra-se em anexo (ver Anexo E).

5. *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) é uma versão da SCL-90-R (System Checklist-90-Revised) (Derogatis, 1983), traduzido e adaptado por Canavarro (1999).*

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é uma escala de auto-preenchimento, que avalia os sintomas psicopatológicos. É constituído por 53 itens, distribuídos em 9 dimensões: Somatização, Obsessões/Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo, A escala de resposta é uma escala de Likert que varia entre 0 (Nunca) a 4 (Muitíssimas vezes) que correspondem ao grau com que cada problema incomodou durante a última semana. A cotação é feita contabilizando a pontuação atribuída a cada dimensão que permite calcular o Índice Geral de Sintomas (IGS) que variam entre 0 e 4. Foi utilizada a versão portuguesa, traduzida e adaptada por Canavarro (1999). Este inventário encontra-se em anexo (ver Anexo F).

6. *Questionário de Esquemas de Young (Young e Brown, 1989), traduzido e adaptado por Gouveia e Robalo (1994).*

Este questionário de auto-preenchimento destina-se a avaliar os Esquemas Precoces Desadaptativos (Young, et. al., 2003) e é composto por 123 itens que correspondem a 15 esquemas: Dependência, auto-sacrifício, vulnerabilidade, medo de perder o controlo, perda emocional, abandono, desconfiança, isolamento social, deficiência, auto-imagem, inferioridade, culpa, inibição emocional, padrão rígido, défice auto-controlo.

Os itens estão distribuídos numa escala de Likert que varia entre 1 e 6, em que 1 (Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser), 2 (Acontece algumas vezes mas é pouco característico da minha maneira de ser), 3 (Acontece neste momento mas não costumava acontecer no passado), 4 (Descreve de um modo bastante característico a minha maneira de ser e frequentemente a minha maneira de ser), 5 (Descreve de um modo muito característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo) e 6 (Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente) consoante a frase descreve o participante. Este questionário foi anexado (Ver anexo G)

7. *Tarefa de Memórias Autobiográficas (Cláudio, 2004).*

A tarefa de memórias autobiográficas, foi sugerida aos participantes, no 2º momento da sua participação. Esta tarefa consistia na visualização de 21 substantivos divididos em 7 positivos, 7 negativos e 7 neutros, referindo, a cada palavra, um acontecimentos da sua vida.

*Instrução*

Antes de iniciar a tarefa, foi dada a instrução: “No ecrã irão aparecer algumas palavras. Peço-lhe que leia cada uma delas e que relate um acontecimento da sua vida. Não há respostas certas nem erradas, já que os acontecimentos são diferentes para pessoas diferentes.” Aquando do surgimento das palavras, no ecrã, foi dito ao sujeito “E esta palavra, que acontecimento o/a faz recordar?”.

*Apresentação das Palavras*

Anteriormente à tarefa propriamente dita, foram apresentados cinco substantivos conotados como neutros e para treino, de modo a confirmar que o sujeito percebeu o que lhe era pedido, na tarefa. Os substantivos apresentados, pela respectiva ordem, na fase de treino, foram: Sala, Prateleira, Cabelo, Bola e Escova. As palavras utilizadas na tarefa de memórias

autobiográficas e pela seguinte ordem, foram: Alegria, Solidão, Chão, Tristeza, Sinceridade, Medo, Água, Maldade, Solidariedade, Doença, Caneta, Sapato, Felicidade, Mentira, Amor, Mesa, Parede, Inteligência, Amizade, Dor e Janela.

O tempo de exposição para cada palavra, foi de 1 minuto. As respostas foram áudio-gravadas após consentimento.

As palavras foram apresentadas no ecrã de um computador, escritas a preto, em fundo branco, no programa PowerPoint.

Para o registo dos tempos de latência, contabilizou-se, através do recurso ao gravador áudio, o tempo que os participantes demoravam a evocar uma memória após terem sido expostos à palavra estímulo.

### *Cotação*

As memórias autobiográficas foram cotadas de acordo com a valência emocional do evento quando ocorreu (1-positivo, 2-neutro, 3-negativo) e a especificidade da memória (específica, categórica, alargada ou omissão).

Consequentemente, as memórias gerais foram cotadas como categóricas ou gerais.

## **2.4. Procedimento**

Utentes do Serviço de Psiquiatria de um Hospital, no distrito de Setúbal, foram convidados a participar nesta investigação. A Comissão de Ética do Hospital e Conselho de Administração já tinham previamente aprovado este projecto, no âmbito do projecto de investigação em que esta dissertação está inserida.

Cada participante foi abordado pelo investigador de modo a perceber o interesse em participar na investigação. A investigação decorreu, para cada participante, em dois momentos distintos. No primeiro momento forneceram-se informações verbais quanto à experiência, confidencialidade e possibilidade de desistência em qualquer momento da investigação. Foi assinada a carta de consentimento informado (ver Anexo A) e atribuído um código de participante de modo a manter o anonimato. Os participantes responderam, em papel, ao questionário sócio-demográfico e às seguintes escalas clínicas: BSI, BDI, Inventário de Ansiedade Estado e Traço, e Escala de Vinculação do Adulto.

No 2º momento foi realizada a tarefa de memórias autobiográficas e os participantes preencheram, em papel, as seguintes escalas clínicas: Questionário de Esquemas de Young e

BDI.

A recolha de dados foi iniciada a 11 de Março de 2013 e terminou a 10 de Outubro de 2013. O tempo médio de recolha de dados, para cada participante, foi de cerca de 3 horas.

A análise estatística dos dados foi efectuada através do software IBM SPSS Statistics, versão 21.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Análise das Memórias Autobiográficas escalas clínicas**

Na caracterização e comparação entre os grupos, foi utilizada uma base de dados com todas as memórias de todos os participantes, dos dois grupos clínicos. Na comparação de médias, sempre que possível, foi utilizada a ANOVA, no entanto, na maioria dos casos, devido a não existir distribuição normal ou homogeneidade de variâncias, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

##### *Resultados Gerais das Memórias Autobiográficas*

Foram recolhidos 728 registos. Destes, 659 foram cotados como memórias autobiográficas e 69 foram cotados como omissões. Das memórias autobiográficas e quanto à sua estrutura, 231 foram específicas, 204 categóricas e 219 alargadas. Quanto à valência emocional, 233 foram positivas, 347 negativas e 78 neutras.

##### *Estrutura das Memórias Autobiográficas*

As memórias autobiográficas, no grupo da Depressão, obtiveram resultados de 142 (35,9%) específicas, 119 (30,1%) categóricas e 135 (34,1%) alargadas. Relativamente às médias, os resultados obtidos foram: específicas ( $M = 7.89$ ;  $DP = 3.216$ ), categóricas ( $M = 6.61$ ;  $DP = 2.831$ ), alargadas ( $M = 7.50$ ;  $DP = 4.105$ ) – ver Figura 1.

No grupo de Ansiedade Generalizada, 89 (34,5%) foram específicas, 85 (33,0%) categóricas e 84 (32,6%) alargadas. Quanto às médias, os resultados obtidos foram: específicas ( $M = 7.42$ ;  $DP = 4.502$ ), categóricas ( $M = 7.08$ ;  $DP = 4.42$ ), alargadas ( $M = 7.00$ ;  $DP = 3.075$ ) – ver Tabela 1 e Figura 1.

Foi utilizada uma ANOVA e o teste de Kruskal Wallis para comparar as memórias autobiográficas específicas, categóricas e alargadas, nos dois grupos clínicos. De acordo com os resultados, não existem diferenças estatisticamente significativas no tipo de memórias, quanto ao grupo clínico ( $\alpha = 0,05$ ).

Tabela 1: Médias e desvio-padrão das Memórias Autobiográficas Específicas, Categóricas e Alargadas, nos dois grupos clínicos

	Depressão	Ansiedade
	M (dp)	M (dp)
Específicas	7,89 (3,216)	7,42 (4,502)
Categóricas	6,61 (2,831)	7,08 (4,420)
Alargadas	7,50 (4,105)	7,00 (3,075)

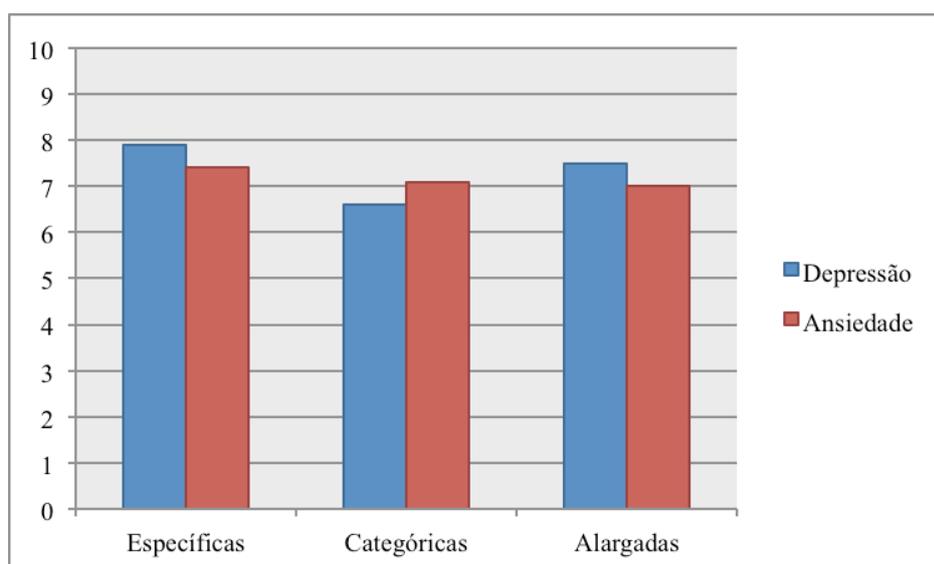


Figura 1: Médias das Memórias Autobiográficas Específicas, Categóricas e Alargadas, nos dois grupos clínicos

#### Valência das Memórias Autobiográficas

Relativamente à valência emocional das memórias evocadas, verifica-se que, no grupo da Depressão, 131 (33.2%) foram positivas, 212 (52,0%) foram negativas e 55 (14.6%) foram neutras. Quanto às médias, os resultados indicaram: positivas (M = 7.28; DP = 2.539), negativas (M = 11.78; DP = 4.479), neutras (M = 3.06; DP = 1.830) – ver Figura 2.

No grupo de Ansiedade Generalizada, 102 (38,2%) foram positivas, 135 (52,9%) foram negativas e 23 (8,9%) foram neutras. Quanto às médias registaram-se os seguintes resultados: positivas (M = 8,50; DP = 3,119), negativas (M = 11,25; DP = 1,215), neutras (M = 1,92; DP = 1,443) – ver Tabela 2 e Figura 2.

Tabela 2: Médias e desvio-padrão das Memórias Autobiográficas Positivas, Negativas e Neutras, nos dois grupos clínicos

	Depressão	Ansiedade
	M (dp)	M (dp)
Positivas	7,28 (2,539)	8,50 (3,119)
Negativas	11,78 (4,479)	11,25 (1,215)
Neutras	3,06 (1,830)	1,92 (1,443)

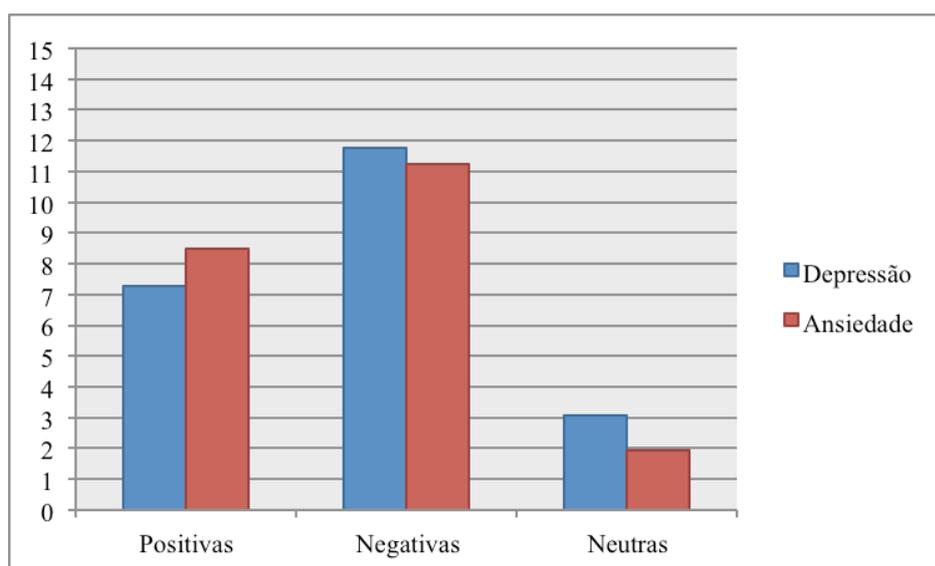


Figura 2: Médias das Memórias Autobiográficas Positivas, Negativas e Neutras, nos dois grupos clínicos

Relativamente à valência emocional (Tabela 2 e Figura 2), foram calculadas as diferenças, nas médias, entre os dois grupos clínicos ( $\alpha = 0,05$ ). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos clínicos, tendo o grupo de depressão apresentado um número de memórias negativas significativamente maior em comparação com o grupo de Ansiedade Generalizada ( $X(1) = 0,02$ ;  $p \leq 0,05$ ;  $M_d = 11,78$ ;  $DP = 4,479$  vs.  $M_a = 11,25$ ;  $DP = 1,215$ ).

### *Palavras-Estímulo e Memórias Autobiográficas*

Na tarefa de memórias autobiográficas, existiram, por vezes, omissões ou evocação de vários acontecimentos, pelo que foi contabilizado o número de acontecimentos (memórias) associadas às palavras-estímulo positivas, negativas e neutras. Foram evocadas 217 acontecimentos para palavras-estímulo positivas (33.18%), 242 acontecimentos para palavras-estímulo negativas (37.0%) e 195 acontecimentos para palavras-estímulo neutras (29.82%).

Foi realizada uma ANOVA mas como não se verificaram os pressupostos da normalidade e da homogeneidade de variâncias, foi realizado o teste não-paramétrico de Friedman para verificar as diferenças entre as palavras-estímulo de valência positiva, negativa e neutra. O teste apresentou existência de diferenças estatisticamente significativas, não especificando em que valências existiam as diferenças. ( $\chi^2(2)_d = 32,444$ ;  $p \leq 0,001$  vs.  $\chi^2(2)_a = 21,830$ ;  $p \leq 0,001$ ). Deste modo, através de uma análise Post-hoc com testes de Wilcoxon e uma correcção de Bonferroni, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as três valências, em ambos os grupos clínicos ( $Z_d \geq -3,726$ ;  $p \leq 0,001$  vs.  $Z_a \geq -3,083$ ;  $p \leq 0,001$ ).

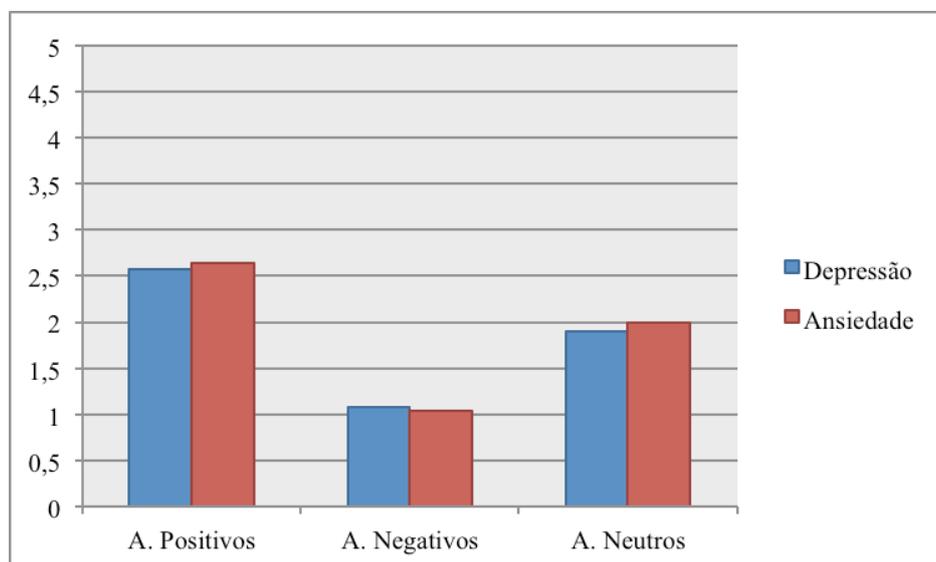


Figura 3: *Médias dos Acontecimentos Positivos, Negativos e Neutros evocados em congruência com a Valência das Palavras-Estímulo*

### *Vinculação e Memórias Autobiográficas*

Foi realizada uma ANOVA e o teste de Kruskal Wallis para calcular as diferenças entre as variáveis ansiedade, confiança nos outros e conforto na proximidade, associadas à Vinculação, consideradas como variáveis dependentes, nos dois grupos clínicos. Os resultados não assinalaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos clínicos ( $\alpha = 0,05$ ) – ver Tabela 3.

Tabela 3: Médias e desvio-padrão das dimensões da Escala de Vinculação do Adulto (EVA), nos dois grupos clínicos

	Depressão	Ansiedade
	M (dp)	M (dp)
Ansiedade	17,61 (7,389)	16,83 (7,555)
Confiança Outros	16,83 (5,341)	15,33 (5,426)
Conforto Proximidade	20,5 (4,082)	20,75 (4,232)

Para verificar a existência de correlação entre os estilos de vinculação e o tipo de acontecimentos evocados (positivos, negativos e neutros), realizou-se o teste de Pearson quando se verificaram os pressupostos de normalidade e, quando estes não se verificaram, utilizou-se o teste de Spearman.

No que se refere aos estilos de vinculação, no grupo de Depressão, a variável conforto com a proximidade correlacionou com a variável acontecimentos positivos evocados ( $R_p = 0,654$ ;  $p \leq 0,01$ ). Nas restantes variáveis não existe correlação ( $\alpha = 0,05$ ).

Relativamente aos estilos de vinculação, no grupo de Ansiedade Generalizada, a variável conforto com a proximidade correlacionou com a variável acontecimentos positivos evocados ( $R_s = - 0,672$ ;  $p \leq 0,05$ ), a variável ansiedade correlacionou com a variável acontecimentos neutros evocados ( $R_s = - 0,684$ ;  $p \leq 0,05$ ) e a variável confiança nos outros correlacionou com a variável acontecimentos neutros evocados ( $R_s = - 0,637$ ;  $p \leq 0,05$ ) – ver Tabela 4.

Tabela 4: Correlações de Pearson e Spearman das dimensões da Vinculação, nos dois grupos clínicos

	Depressão			Ansiedade Generalizada		
	Ansiedade	Confiança Outros	Conforto Proximidade	Ansiedade	Confiança Outros	Conforto Proximidade
A. Positivos	-	-	.654*	-	-	.672**
A. Negativos	-	-	-	-	-	-
A. Neutros	-	-	-	.684**	.637	-

Pearson: \*  $p \leq 0.01$ ; Spearman: \*\*  $p \leq 0.05$

### Esquemas Precoces Desadaptativos e Depressão

Foi utilizada uma ANOVA e o teste de Kruskal Wallis para comparar os esquemas precoces desadaptativos nos dois grupos clínicos e verificou-se existirem diferenças estatisticamente significativas na dimensão défice de auto-controlo ( $X(1) = 5,602$ ;  $p \leq 0,05$ ). O grupo clínico de depressão apresentou uma média de 9,11 com DP = 3.324 enquanto o grupo clínico de ansiedade generalizada apresentou uma média de 6.17 com DP= 2.588 – ver Figura 4.

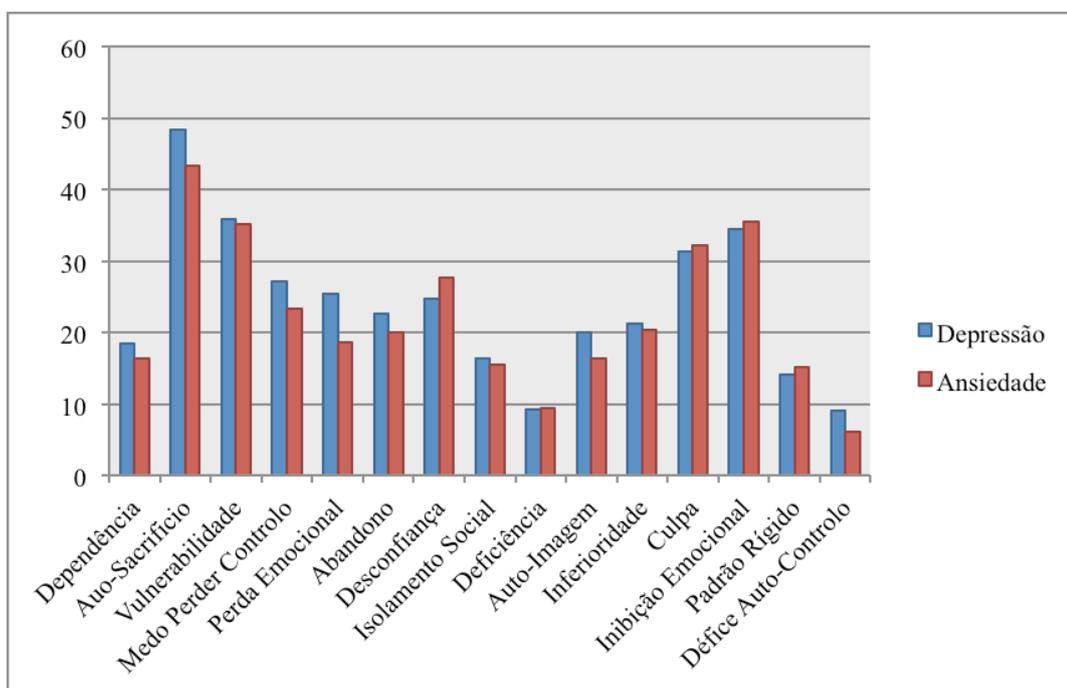


Figura 4: Médias dos Esquemas Precoces Desadaptativos, nos dois grupos clínicos

Foram, ainda, utilizados os mesmos testes para comparar as diferenças entre a especificidade das memórias autobiográficas e os esquemas precoces desadaptativos. Verificou-se correlação entre a dimensão memórias específicas e a dimensão perda emocional ( $R_s = 0,363$ ;  $p \leq 0,05$ ). Nas restantes dimensões não foram observadas quaisquer diferenças significativas ( $\alpha = 0,05$ ).

#### 4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir dos resultados desta investigação, e seguindo as hipóteses propostas, verificou-se que, em relação à Hipótese 1: “*Os sujeitos deprimidos evocam um maior número de memórias autobiográficas de valência negativa em comparação com o grupo de sujeitos com ansiedade generalizada*”, foram evocadas mais memórias autobiográficas negativas no grupo de perturbação depressiva do que no grupo de perturbação de ansiedade generalizada. Estes resultados estão de acordo com a literatura, que sugere que, nos indivíduos com depressão e devido a uma congruência do humor, existe uma polarização negativa que tende ao processamento de informações negativas e conseqüentemente influencia a negatividade das memórias autobiográficas (Cláudio, Aurélio & Machado, 2012; Cláudio & Aurélio, 2009; Pergher, Grassi-Oliveira, Ávila & Stein, 2006; Williams et al, 2007). Assim, a hipótese é confirmada e corroborada pelos autores acima referidos.

Relativamente à Hipótese 2: “*Existe maior congruência entre a valência da palavra-estímulo e a valência da memória Auto-Biográfica no grupo de Perturbação de Ansiedade Generalizada*”, verificou-se que existe congruência entre a valência das palavras-estímulo e a valência das memórias autobiográficas evocadas, em ambos os grupos. Logo, não existe qualquer diferença relativamente à sua congruência, entre os grupos clínicos. Ambos evocaram mais acontecimentos de valência negativa, nas palavras-estímulo de valência negativa, comparando com as restantes duas valências (positiva e neutra).

Deste modo, e ao contrário de Cláudio (2004); Cláudio & Aurélio (2009), a hipótese não foi confirmada. Os autores referem que, tendencialmente, este tipo de congruência, nos sujeitos com depressão, seria menor, na medida em que os sujeitos deprimidos tenderiam a evocar mais acontecimentos negativos independentemente da valência da palavra-estímulo, pois a acessibilidade aos esquemas negativos auto-referentes é maior. No entanto, não se verificando essa diferença entre os dois grupos clínicos, a explicação poderá incidir no facto de os sujeitos do grupo de depressão estarem, de um modo idêntico, ao mesmo nível quanto à severidade da depressão, pois nenhum dos sujeitos apresentava depressão major. Ou seja, o

perfil dos sujeitos, quanto às características e variabilidade das patologias apresentadas, poderá estar uniformizado em ambos os grupos clínicos, fornecendo assim, resultados semelhantes (Cláudio et. al., 2012).

Na análise da Hipótese 3: *“Os sujeitos deprimidos evocam um menor número de memórias autobiográficas específicas em comparação com o grupo de sujeitos com ansiedade generalizada”*, verificou-se que, na comparação entre os dois grupos clínicos, não existem diferenças quanto à especificidade das memórias, observando-se que, em ambos os grupos, as memórias autobiográficas específicas foram evocadas em maior número, em detrimento das restantes (categóricas e alargadas). Estes resultados vão de encontro aos resultados obtidos por Cláudio (2004). A possibilidade da obtenção destes resultados poderá estar relacionada com o grau de sofrimento e de preocupação, independentemente dos sintomas da patologia associada (Williams et al, 2007). Também o facto de, o grau de severidade entre os participantes do grupo clínico de perturbação depressiva, ser semelhante, não existindo qualquer caso de depressão major em que o grau de severidade seria maior, poderá explicar a razão de os resultados entre os dois grupos clínicos serem idênticos quanto à especificidade das memórias autobiográficas e quanto ao facto de a maioria das memórias autobiográficas, em ambos os grupos, serem específicas (Raes et. al., 2006).

Nos resultados obtidos, relativamente à Vinculação e considerando as duas hipóteses relativas ao mesmo tema, na Hipótese 4 *“Existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos em relação à vinculação”* e Hipótese 5 *“Quanto maior o valor de dimensões associadas a estilos de vinculação inseguros, maior a probabilidade de evocação de memórias Autobiográficas negativas (em ambos os grupos)”*, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos clínicos, relativamente à vinculação, pelo que a hipótese 4 não é confirmada. Segundo os autores Deklyen e Speltz, 2001, parece existir uma congruência nos estilos de vinculação, relativamente ao desenvolvimento da psicopatologia, não diferenciando as diferentes patologias.

Considerando as dimensões da Vinculação, verificou-se que, em ambos os grupos clínicos, existem diferenças, nomeadamente na dimensão conforto com a proximidade (escala de vinculação) que se associou a uma valência emocional mais positiva (Belsky et. al., 1996).

No grupo de perturbação de ansiedade generalizada, a dimensão ansiedade e a dimensão confiança nos outros associaram-se a uma valência emocional mais neutra. Estes resultados não corroboram o que existe na literatura (Sutin & Gilath, 2009), o que poderá ser explicado por Gentzler e Kerns (2006), que referem que os indivíduos com o tipo de vinculação evitante possuem menor intensidade ou acessibilidade a memórias negativas.

Relativamente aos resultados obtidos com a análise da Hipótese 6: *“Existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos em relação aos esquemas precoces desadaptativos”*, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos clínicos, quanto à dimensão défice de auto-controlo. Estas diferenças ao nível da dimensão mencionada, estão presentes no estudo de Cláudio (2004), em que refere que esta (dimensão défice de auto-controlo) apresenta resultados significativos, no caso de sujeitos com perturbação depressiva. O facto de, os resultados entre os dois grupos clínicos, serem idênticos, ou seja, serem congruentes quanto à dimensão referida, poderá ser explicado pela evidência de que as duas psicopatologias estão, de algum modo, relacionadas quanto ao tipo de esquemas precoces desenvolvidos (Halvorsen, Wang, Richter, Myrland, Pedersen, Eisemann, & Waterloo 2009).

No que se refere aos dados obtidos através da análise da Hipótese 7: *“Quanto mais evidentes os esquemas desadaptativos precoces, menor a especificidade de memórias autobiográficas”*, verificou-se que, em ambos os grupos clínicos, existe uma correlação positiva entre as memórias autobiográficas específicas e a dimensão perda emocional, o que sugere uma contradição em relação a esta hipótese. Também Williams (2007), corrobora os resultados obtidos. A evidência da literatura aponta no sentido de uma menor especificidade associada à severidade ou diagnóstico de depressão (Barnhofer et. al., 2002; Park, Goodyer & Teasdale, 2002; Williams & Scott, 1988), o que poderá explicar estes resultados pois estamos perante um grupo que tem perturbação de ansiedade generalizada e outro grupo que, apesar de ter perturbação depressiva, apresenta-se com um grau de severidade semelhante, não sendo extremamente elevado.

## **5. CONCLUSÃO**

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, constata-se que as memórias autobiográficas, quanto à sua estrutura, foram, na sua maioria, específicas, tanto no grupo de perturbação depressiva como no grupo de perturbação de ansiedade generalizada. Apesar de existirem alguns trabalhos contraditórios, a maioria dos trabalhos encontrados na literatura sugerem que, em casos clínicos, a especificidade das memórias é menor, comparativamente com os restantes tipos de estrutura das memórias (categóricas e alargadas). Esta aparente contradição poderá estar relacionada com o facto de os participantes, de ambos os grupos, estarem em acompanhamento psicológico e reportarem por, diversas vezes, alguns

acontecimentos das suas vidas, situando-os o mais fielmente possível, no espaço e no tempo. Seria interessante, acrescentar à investigação, um grupo de controlo sem qualquer psicopatologia, para comparar os resultados entre os mesmos e perceber se existiriam diferenças na estrutura das memórias autobiográficas entre os grupos com e sem psicopatologia.

Quanto à valência emocional das memórias autobiográficas, foi observado um efeito de congruência entre os dois grupos clínicos, ou seja os participantes dos dois grupos evocaram mais memórias autobiográficas com valência emocional negativa, tendo o grupo de perturbação de ansiedade generalizada evocado em maior percentagem, memórias autobiográficas negativas e positivas, em relação ao grupo de perturbação depressiva. Estes resultados eram esperados, na medida em que as pessoas com psicopatologia estão mais frágeis, sensíveis e tristes em relação a si mesmas e em relação ao que as rodeia. Logo, acedem com maior facilidade a memórias de eventos negativos, pois existe uma preponderância negativista geral. Foi interessante observar que, de um modo geral, nos dois grupos clínicos, mesmo em palavras-estímulo de valência positiva, as memórias eram dirigidas para a valência contrária (negativa), ou seja, o que poderia ser uma memória positiva, pelo efeito de congruência, torna-se rapidamente negativo (por exemplo, na palavra-estímulo “Felicidade”: “Felicidade foi o que nunca tive. Foram só momentos de tristeza... Quando chegava a casa, ele batia-me e tratava-me mal (...”).

Quanto à congruência entre a valência emocional das palavras-estímulo e a valência emocional das memórias evocadas, os resultados nos dois grupos clínicos foram semelhantes, revelando que a congruência existe independentemente da psicopatologia associada. No entanto, como se tratam de apenas dois grupos clínicos e para afastar qualquer hipótese de causalidade e de casualidade, seria interessante ter mais um grupo psicopatológico para verificar estes pressupostos e poder-se, assim, generalizar os dados para qualquer grupo psicopatológico.

Quanto aos resultados obtidos na Escala de Vinculação do Adulto (EVA), a diferença entre os grupos clínicos não foi significativa, revelando, uma vez mais, a congruência entre os mesmos. Relativamente às dimensões que revelaram algumas diferenças significativas, a dimensão conforto com a proximidade (escala de vinculação) associou-se a uma valência positiva, nos dois grupos clínicos. Este resultado parece indicar uma relação entre a valência positiva e o tipo de vinculação segura a que está associada a dimensão conforto com a proximidade, o que, por si só, revela conformidade, ou seja, parece expectável que pessoas com um tipo de vinculação seguro, sintam conforto na proximidade com os outros, pois este

tipo de vinculação promove esta dimensão. No grupo de perturbação de ansiedade generalizada, as dimensões ansiedade e confiança nos outros, associaram-se a uma valência neutra. Estas dimensões (ansiedade e confiança nos outros) estão, normalmente, associadas a um tipo de vinculação insegura, logo seria expectável que os resultados permanecessem entre as valências negativas e/ou neutras, em detrimento das positivas, o que foi verificado.

No que concerne aos resultados obtidos, relativamente aos esquemas precoces desadaptativos do questionário de esquemas de Young, observou-se, também, uma congruência em todas as dimensões, nos dois grupos clínicos, o que revela, também neste tema, que a congruência poderá estar relacionada com o facto de o estudo incidir em pessoas com psicopatologia, revelando assim, que pessoas com psicopatologia poderão estar, de alguma forma, associadas a determinado nível de esquemas desadaptativos semelhante. Seria, também neste caso, interessante verificar se a mesma congruência se encontraria em casos sem psicopatologia.

Atendendo ao facto de se pretender perceber se as memórias autobiográficas específicas estariam relacionadas com os esquemas precoces desadaptativos, verificou-se que não existem diferenças entre os grupos clínicos. Na correlação entre as dimensões relativas aos esquemas, observou-se uma relação entre as memórias autobiográficas específicas e a dimensão perda emocional. Parece que esta dimensão, devido ao carácter emocional subjacente, facilita a evocação de memórias específicas, na medida em que determinados acontecimentos carregados de emoção influenciam a sua especificidade.

Considerando os resultados deste trabalho, o facto de a amostra ser constituída por apenas 15 participantes com perturbação depressiva e 15 participantes com perturbação de ansiedade generalizada parece ser uma limitação bastante importante. O número de 15 participantes em cada grupo é o mínimo exigido para que os resultados possam ser extrapolados para as diferentes populações representadas pela amostra. Como tal, os resultados não parecem ser representativos das populações em estudo. Neste caso, seria importante efectuar estudos semelhantes a este, com uma amostra mais alargada e mais representativa das populações em estudo.

O facto de os participantes com diagnóstico de perturbação depressiva estarem num nível moderado de depressão (nenhum dos participantes tinha depressão major) poderá ter uniformizado os resultados comparativamente com os participantes com diagnóstico de perturbação de ansiedade generalizada. Desta forma, seria interessante perceber, se em pessoas com diagnóstico de depressão major, os resultados seriam idênticos.

Outro factor relevante para estudos futuros, seria a adição de um terceiro grupo sem alteração psicopatológica, de modo a comparar os dados entre população clínica e não-clínica.

Também a proximidade e probabilidade de comorbidade associada, em particular, à perturbação de ansiedade generalizada, ou seja, a possibilidade de existirem sujeitos com comorbidade de depressão como estado secundário, poderá explicar alguns factores em que se verificam semelhanças entre os dois grupos clínicos.

Após a conclusão deste estudo, parece que muito pode ser feito para o melhorar e para explorar, de forma diferente mas igualmente interessante, os temas abordados. É neste sentido que se propõe a realização de um estudo que compare os processos de evocação envolvidos nas memórias autobiográficas, e sua relação entre os esquemas precoces desadaptativos e a vinculação, com os mesmos grupos de sujeitos, com adição de um terceiro grupo com outra psicopatologia (por exemplo, perturbação obsessivo-compulsiva) para que se possam generalizar as dimensões envolvidas em grupos com psicopatologia, pois, apenas com dois grupos, pode existir um viés quanto ao tipo de psicopatologia. A adição de um quarto grupo, com sujeitos sem diagnóstico psicopatológico, seria igualmente importante, para comparar e comprovar que as possíveis diferenças seriam ou não, únicas, em indivíduos com psicopatologia.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. D. S. (1979) Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-973.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Andrade, L., Gorenstein, C., Filho, A., Tung, T., & Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34 (3) 367-374.
- Bahls, S. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.
- Barnhofer, T., Jong-Meyer, R., KleinpaB, A., & Nikesh, S. (2002). Specificity of autobiographical memories in depression: An analysis of retrieval processes in a think-aloud task. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 411-416.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer (15nd. ed.). (Tradução do original em Inglês Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979)
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaughh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belsky, J., & Crnic, K. (1996). Infant Attachment security and affective-cognitive information processing at age 3. *Psychological Science*, 7, 111-114.
- Berntsen, D. (1998). Voluntary and involuntary access to autobiographical memory. *Memory*, 6, 113-141.
- Berntsen, D., & Hall, N. M., (2004). The episodic nature of involuntary autobiographical memories. *Memory & Cognition*, 32 (5), 789-803.
- Blagov, P. S. & Singer, J. A. (2004). Four dimensions of selfdefining memories (specificity, meaning, content, and affect) and their relationships to self-restraint, distress, and repressive defensiveness. *Journal of Personality*, 72, 481-512.

- Bowlby, J. (1982). *Vinculo mãe-filho e a saúde mental*. Corunha: Galiza Editora.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. São Paulo: Livraria Martins Fontes. (Tradução do original em Inglês Attachment and loss - Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books, 1969).
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books: London.
- Brewin, C. R., Reynolds, M., & Tata, P. (1999). Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (3), 511-517.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da adult attachment scale-r (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20, 154-186.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 87-109). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Cellérier, G. (1996). Organização e funcionamento dos esquemas. In B. Inhelder, & G. Cellérier (Eds.), *O percurso das descobertas da criança: pesquisa sobre as microgêneses cognitivas*. (pp. 343-410). Lisboa: Instituto Piaget.
- Chorpita, B., & Barlow, D. (1998). Development of anxiety: the role of control in early environment. *Psychological Bulletin*, 124 (1), 3-21.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley and sons.
- Cláudio, V. (2004). *Da trama das minhas memórias o fio que tece a depressão: Esquecimento dirigido e memória autobiográfica na depressão major*. Lisboa: ISPA.
- Cláudio, V. & Aurélio, J. G. (2009). Congruência de humor em memórias autobiográficas de infância de indivíduos com depressão. *Análise Psicológica*, 27 (2): 159-173.
- Cláudio, V., Aurélio, J. G., & Machado, P. P. (2012). Autobiographical Memories in Major Depressive Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19 (5), 375-389.

- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory & Language*, 53, 597-628.
- Conway, M. A. & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Crowell, J., Fraley, R., & Shaver, P. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 434-465). New York: Guilford Press.
- Deklyen, M., & Speltz, M. (2001). Attachment and conduct disorder. In J. Hill & B. Maughan (Eds.), *Conduct disorders in childhood and adolescent* (pp. 320-345). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonseca, M., Soares, I., & Martins, C. (2006). Estilos de vinculação, orientação para o trabalho e relações profissionais. *Psicologia*, 20 (1), 187-208.
- Frasquilho, A. M., Guerreiro, D. (2009). *Stress, depressão e suicídio*. Coisas de Ler: Lisboa.
- Gauer, G., & Gomes, W. (2008). Recordação de eventos pessoais: memória autobiográfica, consciência e julgamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 507-514.
- Gentzler, A. L., & Kerns, K. A. (2006). Adult attachment and memory of emotional reactions to negative and positive events. *Cognition and Emotion*, 20 (1), 20-42.
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Reisberg, D. (2007). Memória. In H. Gleitman, (Eds.), A. J. Fridlund, (Eds.), & D. Reisberg (Eds.), *Psicologia* (pp. 343-397), (5ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goddard, L., Dritschel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(4), 609-616.

- Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperamento and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 394-407.
- Jenkins, R., Newton, J., & Young, R. (1996). *A prevenção da depressão e da ansiedade: o papel da equipa de cuidados de saúde primários*. Lisboa: Climepsi.
- Júnior, A. S., & Cordás, T. (2002). Depressão e Ansiedade. *Revista Brasileira de Medicina*, 59 (4), 221-228.
- Kleim, B., & Ehlers, A. (2008). Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2), 231-242.
- Kuyken, W., & Dalgleish, T. (1995). Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 89-92.
- Marques-Teixeira, J. (2001). Comorbilidade: depressão e ansiedade. *Saúde Mental*, 3 (1), 5-7.
- Mason, O., Platts, H., & Tyson, M. (2005) Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *The British Psychological Society*, 78, 549-564.
- Mathews, A. (2006). Anxiety and the encoding of emotional information. In B. Uttl, A. Singenthaler, & N. Ohta (Eds.), *Memory and emotion: Interdisciplinary Perspectives* (pp. 191-210). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Moore, R., Watts, F., & Williams, J. M. G. (1988). Specificity of personal memories in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 27 (3), 275-276.
- Montgomery, S. (1995). *Ansiedade e depressão*. (II ed.). Lisboa: Climepsi.
- Neisser, U. (2000). Snapshots or benchmarks? Em U. Neisser & I. E. Hyman (Eds.), *Memory observed: Remembering in natural contexts* (pp. 68-74). New York: Worth Publishers.
- Park, R. J., Goodyer, I. M., & Teasdale, J. D. (2002). Categorical overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 32, 267-276.

- Patrick, M., Hobson, R., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Developmental Psychology*, *34*, 925-933.
- Pergher, G. K., Grassi-Oliveira, R., Ávila, L. M., & Stein, L. M. (2006). Memória, humor e emoção. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *28* (1), 61-68.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M., Beyers, W., Brunfaut, E., & Eelen, P. (2006). *Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression*, *115* (4), 699-704.
- Robinson, J. A. (1986). Autobiographical memory: A historical prologue. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp.19-24). New York: Cambridge University Press.
- Rodrigo, M. J., (2004). Representação e processos cognitivos: esquemas e modelos mentais. In C., A. Marchesi, & J. Palacios (Eds.), *Desenvolvimento psicológico e educação* (2ª ed., Vol. 2, pp. 81-93). Porto Alegre: Artmed
- Rubin, D. C. (1986). *Autobiographical memory*. New York: Cambridge University Press.
- Ruiloba, J., & Ferrer, C. (1990). *Transtornos afectivos: ansiedad y depresion*. Barcelona: Salvat Editores.
- Safran, J. D. (1990). Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: I. *Theory Clinical Psychological Review*, *10*, 87-105.
- Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment: The integration of three behavioural systems. In R. Sternberg & M. Barnes (Eds.), *The Psychology of Love* (pp. 69-99). New Haven, CT: Yale University Press.
- Soares, I. (2007). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Sroufe, A., Carlson, E., Levy, A., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for development psychopathology. *Development and Psychopathology*, *11*, 1-14.

- Sutin, A. R., & Gillath, O. (2009). Autobiographical memory phenomenology and content mediate attachment style and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology, 56*, 351-365.
- van Ijzendoorn, M., & Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 8-21.
- Van Praag, H. M., Kloet., R., Van Os, J. (2005). *Stress, o cérebro e a depressão*. Climepsi: Lisboa.
- Williams, J. M. G. (1992). Autobiographical memory and emotional disorders. In S. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory* (pp. 451-477). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G., & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine, 18*, 689-695.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin, 133* (1), 122-148.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade*. Porto Alegre: Artmed.

## **ANEXOS**

## **Anexo A: Consentimento Informado**

### Carta de Consentimento Informado

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset West, 1996 e Edimburgo, 2000)

Declaro para os devidos fins e efeitos que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que Cátia Pereira se encontra a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA-IU) e que Michele Ferreira Balola se encontra a realizar no âmbito do Doutoramento em Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA-IU).

A investigação e a minha participação foram devidamente apresentadas e clarificadas pela investigadora.

Declaro ter sido informado(a) e aceito voluntariamente que os dados recolhidos e os seus resultados serão, em regime de completo anonimato, ser utilizados neste estudo e em publicações futuras.

Foram respondidas as perguntas por mim colocadas e esclarecidas todas as minhas dúvidas.

Compreendo que os procedimentos desta investigação não apresentam qualquer risco para mim ou terceiros.

Tomei conhecimento que este consentimento é válido e eficaz até ser revogado por mim, a qualquer momento, terminando de imediato a minha participação na investigação, sem qualquer prejuízo decorrente para a minha pessoa ou penalização por este facto.

Para qualquer dúvida adicional relativa à investigação poderei contactar:

Cátia Pereira através do 918537928 ou [catiapereiracsp@gmail.com](mailto:catiapereiracsp@gmail.com).

Michele Balola através do 967555239 ou [michelebalola@gmail.com](mailto:michelebalola@gmail.com);

Participante \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Investigadora \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## Anexo B: Questionário Sócio-Demográfico

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Género:** Masculino  Feminino

**Habilitações Literárias:** Ensino Primário

**Profissão:** \_\_\_\_\_

Ensino Básico

Ensino Secundário

Frequência Universitária

Ensino Superior

**Estado Civil:** Solteiro/a

**Concelho de residência:** \_\_\_\_\_

Casado/a

União de Facto

Divorciado/a

Viúvo/a

**Já esteve em apoio psicológico/psicoterapêutico ou tratamento psiquiátrico?**

Sim  Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

Não

**Actualmente está em apoio psicológico/psicoterapêutico?**

Sim  Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

Não

**Actualmente está em tratamento psiquiátrico?**

Sim  Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

Não

**Já tomou medicação psicofarmacológica?**

Sim  Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Não

**Actualmente toma medicação psicofarmacológica?**

Sim  Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Não

Considere as últimas questões se respondeu “sim” na anterior.

**Quando foi efectuada a última alteração à medicação?** \_\_\_\_\_

**Que medicamento foi alterado/retirado e/ou introduzido?** \_\_\_\_\_

### **Anexo C: Inventário de Depressão de Beck (BDI)**

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações.

Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir selecione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu **NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE**. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1.   0   Não me sinto triste.  
      1   Sinto-me triste.  
      2   Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.  
      3   Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar.
  
2.   0   Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.  
      1   Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.  
      2   Sinto que não tenho nada a esperar .  
      3   Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.
  
3.   0   Não me sinto fracassado(a).  
      1   Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.  
      2   Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.  
      3   Sinto que sou um completo fracasso.
  
4.   0   Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes.  
      1   Não tenho satisfação com as coisas como costumava ter.  
      2   Não consigo sentir verdadeira satisfação com coisa alguma.  
      3   Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.
  
5.   0   Não me sinto particularmente culpado(a).  
      1   Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.  
      2   Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.  
      3   Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
  
6.   0   Não sinto que esteja a ser punido(a).  
      1   Sinto que posso ser punido(a).  
      2   Sinto que mereço ser punido(a).  
      3   Sinto que estou a ser punido(a).
  
7.   0   Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).  
      1   Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).  
      2   Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).  
      3   Eu odeio-me.

8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.  
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.  
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.  
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
9. 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.  
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.  
2 Gostaria de me matar.  
3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.  
1 Choro mais agora do que costumava fazer.  
2 Actualmente, choro o tempo todo.  
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0 Não me irrito mais do que costumava.  
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.  
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).  
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.  
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  
2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.  
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
13. 0 Tomo decisões tão bem como antes.  
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.  
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.  
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.  
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente  
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.  
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.  
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.  
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem como habitualmente.  
1 Não durmo tão bem como costumava.  
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.  
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual.  
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.  
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.  
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18. 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.  
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.  
2 O meu apetite, agora, está muito pior.  
3 Perdi completamente o apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
1 Perdi mais de 2,5 Kg.  
2 Perdi mais de 5 Kg.  
3 Perdi mais de 7,5 Kg.  
Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos. Sim \_\_\_ Não \_\_\_
20. 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.  
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão de ventre.  
Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.  
2 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.  
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.  
2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.  
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

## Anexo D: Inventário de Ansiedade Estado e Traço – Forma Y (STAI-Y)

### Inventário de Ansiedade Estado

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica COMO SE SENTE NESTE MOMENTO. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira COMO SE SENTE AGORA.

	NADA	UM POUCO	MODERAD AMENTE	MUITO
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me cansado	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente, preocupo-me com possíveis desgraças	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me amedrontado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me auto-confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Sinto-me trémulo	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Sinto-me descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me firme	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

## Inventário de Ansiedade Traço

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica COMO SE SENTE HABITUALMENTE. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível a maneira COMO SE SENTE HABITUALMENTE.

	NADA	UM POUCO	MODERADAMENTE	MUITO
1. Sinto-me bem	1	2	3	4
2. Sinto-me nervoso e agitado	1	2	3	4
3. Sinto-me satisfeito comigo mesmo	1	2	3	4
4. Gostava de ser tão feliz como os outros parecem ser	1	2	3	4
5. Sinto-me falhado	1	2	3	4
6. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
7. Estou "calmo, fresco e concentrado"	1	2	3	4
8. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma, que não as consigo ultrapassar	1	2	3	4
9. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância	1	2	3	4
10. Estou feliz	1	2	3	4
11. Tenho pensamentos que me perturbam	1	2	3	4
12. Falta-me auto-confiança	1	2	3	4
13. Sinto-me seguro	1	2	3	4
14. Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
15. Sinto-me inadequado	1	2	3	4
16. Estou contente	1	2	3	4
17. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam	1	2	3	4
18. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente	1	2	3	4
19. Sou uma pessoa firme	1	2	3	4
20. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

## Anexo E: Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

### *Escala de Vinculação do Adulto*

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo F: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

### BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>				
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>				
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>				
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>				
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>				
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>				
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>				
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>				
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>				
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>				
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>				
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>				
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>				
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>				
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>				
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>				
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>				
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>				
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>				
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>				
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>				
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>				
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>				
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>				
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>				
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>				

<b>Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:</b>	<b>Nunca</b>	<b>Poucas vezes</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Muitíssimas vezes</b>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>				
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>				
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>				
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>				
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>				
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>				
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>				
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>				
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>				
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>				
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>				
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>				
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>				
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>				
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>				
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>				
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>				
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>				
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>				
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>				
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>				
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>				
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>				
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>				
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>				
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>				
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>				

## Anexo G: Questionário de Esquemas de Young (YSQ)

### INSTRUÇÕES

Estão indicadas a seguir algumas frases que podem ou não ajudar a pessoa na descrição de si mesma. Leia, por favor, cada uma delas e decida até que ponto se lhe ajusta e serve para o(a) descrever. Quando tiver dificuldade responda com base na emoção que sente e não no que racionalmente acredita ser ou não verdadeiro.

Se desejar, pode reescrever a frase por palavras suas de forma a ficar mais verdadeiro para o seu caso. Escolha de seguida, de 1 a 6 na escala de resposta, o grau que melhor descrever ao **longo da sua vida a sua forma mais habitual de ser** e coloque o número no espaço indicado pelo traço.

#### ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

#### EXEMPLO:

Preocupo-me que as pessoas de quem eu gosto, não gostem de mim. 5

#### PRESTE ATENÇÃO POR FAVOR

Ao decidir se uma frase é característica da sua maneira habitual de encarar as coisas, lembre-se como você é a maior parte das vezes, isto é, a **sua maneira habitual** e não o seu estado de espírito de momento.

Porque as pessoas são diferentes **não há respostas certas ou erradas**. Procure responder de uma forma **verdadeira, rápida e espontânea** a cada questão.

#### ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

#### A I

1. Não consigo fazer a minha vida sem ajuda dos outros \_\_\_\_
2. Preciso da ajuda das outras pessoas \_\_\_\_
3. Sinto que não consigo resolver os meus problemas sozinho \_\_\_\_
4. Acredito que os outros sabem melhor que eu tomar conta de mim \_\_\_\_
5. Preciso da orientação de outra pessoa sempre que tenho de lidar com uma situação nova  
\_\_\_\_
6. Vejo-me como uma pessoa dependente \_\_\_\_

#### A II

7. Não interfiro na maneira de ser das outras pessoas \_\_\_\_
8. Sinto que se fizer o que quero vou arranjar sarilhos \_\_\_\_
9. Sinto que não tenho outro remédio senão fazer a vontade aos outros \_\_\_\_
10. Ponho os interesses dos outros antes dos meus \_\_\_\_
11. Nas minhas relações com os outros deixo que estes me dominem \_\_\_\_
12. É-me difícil ser eu mesmo(a) quando estou com os outros \_\_\_\_
13. Na verdade não sei o que quero \_\_\_\_
14. Não posso mostrar-me zangado porque os outros não vão aceitar isso ou vão rejeitar-me  
\_\_\_\_
15. Sinto que as decisões importantes da minha vida não foram na realidade tomadas por mim  
\_\_\_\_
16. Pensar que posso deixar mal as pessoas ou que as posso desapontar faz-me sentir culpado  
\_\_\_\_
17. Dou mais aos outros do que recebo \_\_\_\_
18. Preocupo-me em agradar aos outros \_\_\_\_
19. Por vezes sinto crescer em mim raiva e ressentimento que não exprimo \_\_\_\_
20. Tenho imenso trabalho em conseguir que os meus sentimentos sejam tomados em  
consideração e os meus direitos respeitados \_\_\_\_

#### ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

#### A III

21. Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer \_\_\_\_
22. Sinto que uma desgraça (natural, criminosa, financeira ou de saúde) pode atingir-me em qualquer momento \_\_\_\_
23. Tenho medo de me tornar um vadio ou marginal \_\_\_\_
24. Tenho medo de ser atacado \_\_\_\_
25. Tenho muito cuidado com o dinheiro porque de outra maneira posso acabar na miséria \_\_\_\_
26. Tenho os maiores cuidados para evitar adoecer ou magoar-me \_\_\_\_
27. Preocupo-me em perder todo o dinheiro que tenho e ficar na miséria \_\_\_\_
28. Estou preocupado(a) com a ideia de ter uma doença grave apesar de o médico me ter dito que não tinha nada de grave \_\_\_\_
29. Sou uma pessoa medrosa \_\_\_\_
30. Prefiro jogar pelo seguro ou fazer as coisas da maneira habitual do que correr o risco do inesperado \_\_\_\_
31. Penso muito nas coisas más que acontecem no mundo: crime, poluição, violência \_\_\_\_

#### A IV

32. Tenho medo de perder o controlo sobre as minhas acções \_\_\_\_
33. Sinto com frequência que posso enlouquecer \_\_\_\_
34. Sinto com frequência que vou ter um ataque de ansiedade \_\_\_\_
35. Preocupa-me poder corar ou suar em frente de outras pessoas \_\_\_\_
36. Sinto-me muitas vezes à beira de gritar descontroladamente \_\_\_\_
37. Preocupa-me não ser capaz de resistir aos meus impulsos sexuais \_\_\_\_
38. Preocupa-me poder magoar fisicamente ou emocionalmente alguém no caso de não conseguir dominar a minha raiva (cólera) \_\_\_\_
39. Sinto que tenho de controlar as minhas emoções e impulsos porque senão alguma coisa de mal pode acontecer \_\_\_\_

#### ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

#### L V

40. Não tenho ninguém que satisfaça as minhas necessidades \_\_\_\_
41. Não consigo amor e atenção suficientes \_\_\_\_
42. Não tenho ninguém em quem confiar para um conselho ou apoio emocional \_\_\_\_
43. Não tenho ninguém que trate de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe verdadeiramente com tudo o que me acontece \_\_\_\_
44. Não tenho ninguém que queira aproximar-se de mim, nem que queira passar muito tempo comigo \_\_\_\_
45. Podia desaparecer da face da terra que ninguém dava pela minha falta \_\_\_\_
46. As minhas relações são muito superficiais \_\_\_\_
47. Sinto que não sou uma pessoa especial para ninguém \_\_\_\_
48. Na realidade ninguém me ouve, ninguém me compreende ou está interessado(a) nos meus verdadeiros sentimentos e necessidades \_\_\_\_

#### L VI

49. Estou destinado a ficar só o resto da minha vida \_\_\_\_
50. Preocupo-me que alguém que amo possa morrer em breve, mesmo quando há poucas razões que o justifiquem \_\_\_\_
51. Sinto que me agarro às pessoas que estão perto de mim \_\_\_\_
52. Preocupo-me que as pessoas que estão perto de mim me deixem ou me abandonem \_\_\_\_
53. Sinto que me falta uma base estável de apoio emocional \_\_\_\_
54. Acho que as minhas relações importantes não vão durar e estou sempre à espera que a acabem \_\_\_\_

### ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

### L VII

55. Sinto que a maior parte das pessoas está sempre disposta a magoar-me e a tirar partido de mim \_\_\_\_
56. Tento de me proteger dos ataques e das desconsiderações das outras pessoas \_\_\_\_
57. A melhor maneira de evitar ser magoado(a) é atacar primeiro \_\_\_\_
58. Sinto que tenho de me vingar da maneira como as pessoas me trataram \_\_\_\_
59. Sinto que tenho que me defender sempre que estou na presença de outras pessoas \_\_\_\_
60. Quando alguém é simpático penso logo que quer alguma coisa de mim \_\_\_\_
61. Há sempre alguém que mais tarde ou mais cedo acaba por me trair \_\_\_\_
62. A maioria das pessoas só pensa nelas \_\_\_\_
63. Tenho muita dificuldade em confiar nos outros \_\_\_\_
64. Sou muito desconfiado(a) acerca das razões das outras pessoas \_\_\_\_

### L VIII

65. Sinto-me um(a) desajustado(a) \_\_\_\_
66. Sou fundamentalmente diferente dos outros \_\_\_\_
67. Sinto que estou a mais; sou um(a) solitário(a) \_\_\_\_
68. Sinto-me separado dos outros \_\_\_\_
69. Sinto-me isolado e só \_\_\_\_

### V IX

70. Nenhum homem/mulher de quem eu goste poderá gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos \_\_\_\_
71. Ninguém de quem eu goste gostaria de ficar comigo depois de me conhecer \_\_\_\_
72. Sou fundamentalmente uma pessoa cheia de imperfeições e de defeitos \_\_\_\_
73. Por mais que tente não consigo que nenhum homem/mulher, importante para mim, me respeite ou sinta que tenho algum valor \_\_\_\_
74. Não mereço nem o amor, nem a atenção nem o respeito dos outros \_\_\_\_

#### ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

#### V X

75. Não sou sexualmente atraente \_\_\_\_
76. Sou muito gorda(o) \_\_\_\_
77. Sou feia(o) \_\_\_\_
78. Não consigo manter uma conversa interessante \_\_\_\_
79. Não sou uma pessoa interessante e em sociedade as pessoas acham-me aborrecida(o) \_\_\_\_
80. As pessoas a quem dou valor não gostariam da minha companhia por causa do meu estatuto social (rendimento, educação, carreira, etc.) \_\_\_\_
81. Nunca sei o que é que hei-de dizer em sociedade \_\_\_\_
82. As pessoas não gostam de me incluir nos seus grupos \_\_\_\_

#### V XI

83. Nunca faço as coisas tão bem como os outros \_\_\_\_
84. Sou incompetente \_\_\_\_
85. A maioria das pessoas tem mais capacidade do que eu \_\_\_\_
86. Estrago tudo o que tento fazer \_\_\_\_
87. Sou um(a) incapaz \_\_\_\_
88. Sou um(a) fracassado(a) \_\_\_\_
89. Sempre que confio no meu critério tomo a decisão errada \_\_\_\_
90. Não tenho senso comum (Bom senso, senso nenhum) \_\_\_\_
91. Não tenho confiança nas minhas decisões \_\_\_\_

## ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

## V XII

92. No fundo sou uma pessoa má \_\_\_\_
93. Mereço ser castigado(a) \_\_\_\_
94. Não mereço ser feliz \_\_\_\_
95. Quando cometo um erro mereço ser severamente criticado(a) e punido(a) \_\_\_\_
96. Não devo desculpar-me pelos meus erros ou fugir das minhas responsabilidades \_\_\_\_
97. Sinto-me muito culpado(a) dos erros que cometi \_\_\_\_
98. Por mais que tente, em determinados aspectos sou incapaz de viver de acordo com os meus princípios religiosos ou morais \_\_\_\_
99. Muitas vezes sinto-me culpado(a) sem saber porquê \_\_\_\_
100. Sinto-me envergonhado pelos meus defeitos \_\_\_\_
101. Sou tão inferior que não posso mostrar as minhas faltas aos outros \_\_\_\_
102. Sinto que não conseguiria enfrentar os outros se eles descobrissem os meus defeitos \_\_\_\_
103. Sinto-me muitas vezes embaraçado quando estou com outras pessoas porque não me sinto à altura delas \_\_\_\_
104. Tenho demasiada consciência de mim sempre que estou com os outros \_\_\_\_

## XIII

105. Tenho de ser o(a) melhor em quase tudo o que faço, não aceito ficar em segundo lugar \_\_\_\_
106. Luto por manter quase tudo numa ordem perfeita \_\_\_\_
107. Tenho de parecer o melhor possível na maior parte do tempo \_\_\_\_
108. Tenho de fazer o melhor, não chega ser suficientemente bom \_\_\_\_
109. Tenho tanta coisa para fazer que quase não tenho tempo para descansar \_\_\_\_
110. Quase nada do que faço é suficientemente bom, posso sempre fazer melhor \_\_\_\_
111. Tenho de estar à altura das minhas responsabilidades \_\_\_\_
112. Sinto sobre mim uma pressão constante para realizar coisas e alcançar objectivos \_\_\_\_
113. O meu relacionamento com as pessoas ressentem-se com o facto de exigir demais de mim mesmo(a) \_\_\_\_
114. Prejudico a minha saúde por andar sempre numa tensão enorme para fazer as coisas bem feitas \_\_\_\_
115. Sacrifico com frequência o prazer e a felicidade para atingir os meus níveis de exigência \_\_\_\_

#### ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

#### XIV

116. Tenho muita dificuldade em aceitar um não por resposta quando quero alguma coisa dos outros \_\_\_\_
117. Fico com frequência zangado(a) ou irritado se não consigo o que quero \_\_\_\_
118. Sou uma pessoa especial e não devia ser obrigado a aceitar muitas das restrições que são impostas aos outros \_\_\_\_
119. Detesto ser constrangido(a) ou impedido de fazer o que quero \_\_\_\_
120. Tenho muita dificuldade em aceitar aspectos da minha vida que não são como eu quero que sejam, se bem que objectivamente a minha vida seja boa \_\_\_\_

#### XV

121. Tenho muita dificuldade em conseguir parar de beber, ou de fumar, ou de comer demasiado \_\_\_\_
122. Acho que não sou capaz de me sujeitar à rotina ou de fazer tarefas aborrecidas \_\_\_\_
123. Muitas vezes permito-me agir por impulsos e exprimir emoções que originam problemas ou magoam as outras pessoas \_\_\_\_