



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS EM ADULTOS
IDOSOS

Cecília Isabel Pureza Morais Lopes

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR VICTOR CLAÚDIO

Coordenador de Seminário de Dissertação

PROF. DOUTOR VICTOR CLAÚDIO

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

2014

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.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Victor Cláudio, pelo conhecimento transmitido ao longo do meu percurso académico, pela exigência, pelo apoio e confiança que depositou em mim na consecução deste trabalho.

À Mestre Michele Balola pela ajuda, pela orientação e palavra amiga durante todo o processo de investigação.

Aos participantes pela sua disponibilidade, capacidade de entrega e generosidade. Acima de tudo, o meu agradecimento por terem partilhado comigo as suas memórias, muitas vezes de forma emotiva e profundamente sentida.

À Dra. Sónia Fernandes pelo apoio e motivação constante. Sem a sua colaboração e compreensão, este trabalho não seria possível.

Aos funcionários da Universidade de Terceira Idade “Academia de Saberes” e Santa Casa da Misericórdia-Lar de Campolide pelos recursos disponibilizados para realizar esta investigação.

À equipa e residentes do Cantinho da Ternura-Residência Sénior pelo apoio, pelo carinho e motivação constantes ao longo do meu percurso académico.

Ao Mestre Pedro Agria pelo apoio e pelos conselhos tão uteis.

Aos meus amigos, colegas e familiares que estiveram sempre do meu lado e que me deram a confiança necessária para perseguir o meu sonho.

A minha família, em especial à minha mãe, pelo apoio, carinho e por me incentivar. Aos meus irmãos, em especial o Álvaro por me ter ajudado e ter sido tantas vezes o meu bote salva-vidas.

À minha filha Leonor, pelo amor, paciência e compreensão sempre manifestadas apesar da falta de atenção e ausências que teve em todo o meu percurso académico. Ao João, por ter estado sempre ao meu lado, ter colmatado as minhas faltas e por ter acreditado em mim. Sem o vosso apoio, nada disto era possível.

RESUMO

O estudo das memórias autobiográficas em adultos idosos é muito recente em Portugal e existem poucos estudos na literatura científica que relacionem as escalas clínicas com as memórias autobiográficas.

O objectivo desta investigação foi estudar as características das memórias autobiográficas em adultos idosos e a sua relação com emoção e as escalas clínicas utilizadas.

A amostra foi constituída por 32 adultos idosos (25 do género feminino e 7 do género masculino) com idades compreendidas entre os 60 e os 100 anos, dos quais 18 eram estudantes da Universidade Sénior e 14 residentes em Residências Seniores. Os critérios de inclusão para a amostra foi a exclusão de demência, saber ler e escrever e ter idade igual ou superior a 60 anos. Foi utilizada a adaptação do Mini Mental State of Examination (MMSE) para excluir a possibilidade de demência ($M=27,7$, $DP=1,047$). Os participantes 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 foi-lhes aplicada a Tarefa de Memórias Autobiográficas.

Observou-se que os adultos idosos evocam memórias autobiográficas menos específicas, verificando-se um efeito de generalização significativo. Este resultado foi igualmente encontrado na relação entre evocação de memórias autobiográficas, categorias de BSI e esquemas precoces desadaptativos.

A emoção tem um papel importante na evocação de memórias autobiográficas em adultos idosos, sendo na sua maioria de valência positiva.

Os resultados apontam para que os estudos efectuados à especificidade das memórias autobiográficas através da emoção possa ser um instrumento útil na psicoterapia com adultos idosos.

Palavras-chave: Memórias Autobiográficas; Adultos Idosos; Emoção; Especificidade; Esquemas Precoces Desadaptativos

ABSTRACT

The study of autobiographical memories with older adults is very recent, especially in Portugal. There are also few investigations regarding their association with clinical scales.

The aim of this investigation was to study the characteristics of autobiographical memories in older adults and their correlations with emotion and the clinical scales used.

The sample consisted of 32 older adults whose ages ranged from 60 to 100 (25 female and 7 male) from which 18 were students at a Senior University and 14 residing in a retirement home. The criteria used to select the sample were being able to read and write, having more than 60 years and no dementia. The Mini Mental State of Examination (MMSE) was applied to discard dementia ($M=27,7$, $DP=1,047$). The Brief Symptom Inventory, Beck Depression Inventory, Adult Attachment Scale, Young's Schema Questionnaire, State-Trait Anxiety Inventory and Autobiographical Memory Task were completed.

It was observed that older adults evoked less specific autobiographical memory, being registered a high level of overgeneralization. The reduction in specificity was also found in the relation with autobiographical memories and categories of BSI and early maladaptive schemas.

Emotion plays an important role in the autobiographical memory retrieved by older adults, being observed a positivity effect within emotional valence.

The results suggest that the study of level of specificity in autobiographical memory through emotion may be a useful tool in psychotherapy with older adults.

Keywords: Autobiographical Memory; Older Adults; Early Maladaptive Schemas; Emotion.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Memória	3
1.2. Definição e contextualização teórica de Memórias Autobiográficas	3
1.3. Organização das memórias autobiográficas	4
1.4. Evocação de Memórias Autobiográficas	6
1.5. Funções das Memórias Autobiográficas	7
1.6. Envelhecimento e implicações cognitivas	7
1.7. Memórias Autobiográficas em Adultos Idosos	10
1.8. Estilos de Vinculação e Memórias Autobiográficas em Adultos Idosos	12
1.9. Esquemas Precoces Desadaptativos e Memórias Autobiográficas em Adultos Idosos	14
1.10. Objectivos de Estudo e Hipóteses de Investigação	18
2. MÉTODO	19
2.1. Participantes	19
2.2. Instrumentos	20
2.3. Procedimento	24
3. RESULTADOS	26
3.1. Análise das escalas clínicas e comparação com memórias autobiográficas	26
3.2. Análise das memórias autobiográficas	30
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	41
5. CONCLUSÃO	44
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	54
Anexo A: Consentimento Informado	55
Anexo B: Questionário de Caracterização da Amostra	56
Anexo C: Mini Mental State Examination (MMSE)	57
Anexo D: Escala de Vinculação do Adulto (EVA)	59
Anexo E: Inventário de Ansiedade Estado e Traço-Forma Y (STAI-Y)	60
Anexo F: Inventário de Depressão de Beck (BDI)	62
Anexo G: Inventário de Sintomas Psicopatológicos	65

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabelas

Tabela 1: Médias e desvios-padrão da BDI

Tabela 2: Médias e desvios-padrão da BDI nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 3: Médias e desvios-padrão da STAI Estado e Traço nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 4: Médias e desvios-padrão do score total da BSI nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 5: Correlações Pearson das dimensões da BSI com total de acontecimentos positivos, negativos, neutros e total de acontecimentos com palavras valência negativa nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 6: Médias e desvios-padrão das Dimensões da Escala de Vinculação do Adulto nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 7: Correlações Pearson das dimensões de Vinculação com acontecimentos Positivos, Negativos e Neutros nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 8: Médias e desvios-padrão do Questionário de Esquemas para os grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 9: Correlações de especificidade das memórias com variáveis do Questionário de Esquemas de Young nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 10: Médias, desvios-padrão de memórias Específicas, Gerais, Categóricas, Alargadas nos Grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Tabela 11: Médias, desvios-padrão de Memória, Negativas, Neutras e Positivas nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média" e Qui-Quadrado

Tabela 12: Médias, desvios-padrão e significância estatística da diferença entre as médias de Valência das memórias evocadas nas Palavras-Estímulo Positivas, Neutras e Negativas

Tabela 13: Médias e desvios-padrão das médias de Valência das memórias evocadas nas Palavras-Estímulo Positivas, Neutras e Negativas no grupo " Depressão Ligeira"

Tabela 14: Médias e desvios-padrão das médias de Valência das memórias evocadas nas Palavras-Estímulo Positivas, Neutras e Negativas no grupo "Depressão Média"

Figuras

Figura 1: Escalão etário dos participantes

Figura 2: Estado civil dos participantes

Figura 3: Habilitações Literárias dos participantes

Figura 4: Percentagem de Memórias Específicas, Categóricas, Alargadas e Gerais (Categóricas e Alargadas)

Figura 5: Percentagem de Memórias Específicas, Categóricas, Alargadas e Gerais do Grupo "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Figura 6: Percentagem de Memórias Negativas, Neutras e Positivas

Figura 7: Percentagem de Memórias Negativas, Neutras e Positivas do Grupo " Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

Figura 8: Número de Memórias Negativas, Neutras e Positivas evocadas com Palavras-estímulo Negativas, Neutras e Positivas

*“(…)Navego pela memória
sem margens.
alguém conta a minha história
e alguém mata os personagens.”
Cecília Meireles In Vaga música*

1. INTRODUÇÃO

Esta dissertação insere-se num projecto de investigação a decorrer e tem como objectivo o estudo da relação entre padrões de vinculação, esquemas precoces desadaptativos e emoção no processamento e evocação das memórias autobiográficas.

O envelhecimento da população torna primordial que se conheça mais sobre este período da vida. O Instituto Nacional de Estatística (2002) registou entre 1960 e 2001 um aumento de 140% da população portuguesa com mais de 65 anos, tendo a proporção de jovens (0-14 anos) diminuído de 37% para 30%. As análises estatísticas demográficas efectuadas, mostram que na sociedade ocidental a proporção de crescimento da população idosa é quatro vezes superior ao da população jovem (INE, 2002).

A esperança média de vida aumentou, o que trouxe novos desafios e exigências à psicologia e em especial à psicoterapia. Apesar de não existirem dados nacionais, estima-se que a depressão afecte 10% da população idosa. Como refere Horácio Firmino, da Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria numa entrevista concedida ao “Diário de Notícias” de 4 de Dezembro de 2009, este número é congruente com a realidade portuguesa. Este quadro é particularmente preocupante devido ao risco de desenvolvimento de demência em pessoas idosas com episódios depressivos recorrentes.

Estes dados justificam a recente prioridade dada ao estudo das características específicas que advêm do processo de senescência e das suas consequências no bem estar da pessoa idosa. Para um número considerável de pessoas, a terceira idade corresponde a mais de um terço da totalidade de tempo das suas vidas.

O estudo das memórias autobiográficas é particularmente relevante em adultos idosos pela capacidade de reunir informação e estratégias de intervenção que consolidem um processo psicoterapêutico adequado.

Pretendemos com esta investigação analisar a relação entre características individuais dos adultos idosos com as suas memórias autobiográficas. Para realizar a caracterização dos adultos idosos foram seleccionadas escalas clinicas em que se avalia esquemas desadaptativos precoces, estilo de vinculação e depressão. Estas características além de estarem associadas

com a personalidade do sujeito estão ligadas à própria construção das memórias autobiográficas.

Os esquemas, como definidos por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) são padrões cognitivos estáveis, que orientam a forma como são conceptualizadas as experiências externas. Influenciam a forma como a informação é codificada, avaliada, armazenada e recuperada, o que por sua vez vai determinar as respostas do indivíduo perante um acontecimento externo (Stopa & Waters, 2005).

A análise do estilo de vinculação, ou seja, a qualidade da relação precoce entre cuidador e criança conceptualizada por Bowlby (1988), é útil para compreender as diferenças individuais na forma como as memórias autobiográficas são evocadas (Haggerty, Siefert, & Weinberg, 2010). A teoria da vinculação está centrada no modo como são regulados os estados emocionais e a informação emocional é processada desde a infância até ao estado adulto. Se a ligação entre o cuidador primário ou figura de vinculação e criança é segura, a criança vai criar um modelo representativo positivo de relação interpessoal. Se por outro lado a figura de vinculação não atende as necessidades emocionais da criança, estabelece-se uma vinculação insegura. Ainsworth (1978) observou que existe congruência no tipo de vinculação precoce e no padrão crónico de comportamentos, expectativas nas relações e emoções ao longo da vida. Os traços da personalidade associados com a regulação emocional parecem ter impacto na forma como as memórias são evocadas (Haggerty et al., 2010).

Resumidamente, as memórias autobiográficas estão ligadas com aspectos da personalidade, padrões de vinculação, esquemas, objectivos traçados e emoção, permitindo assim que se estabeleça o *self* (Conway & Pleydell-pearce, 2000). Vamos descrever os modelos de memórias autobiográficas, o processo de senescência, características das memórias autobiográficas em adultos idosos, e abordaremos as características específicas desta etapa da vida. De seguida apresentaremos a investigação que realizamos, a discussão de resultados e conclusões.

1.1. Memória

A memória pode ser conceptualizada com uma serie de sistemas que trabalham em conjunto para atingir o mesmo objectivo. É consensual entre diferentes autores a existência de um sistema maior ou um sistema de longo prazo (Gleitman, 1993). A memória de longo prazo pode ser concebida como duas estruturas ou categorias de informação: a declarativa e a não declarativa. Como o nome indica, a declarativa diz respeito à informação que pode ser passada de pessoa para pessoa. A não declarativa é composta por subcategorias heterogéneas em conteúdo e função e que são reflexas (Carrillo-Mora, 2013). A memória declarativa é composta por dois tipos de memórias: a semântica e a episódica. A memória semântica, também designada como memória genérica, inclui informação sobre características e atributos que definem conceitos e factos, assim como os processos que permitem a sua recuperação de forma eficiente para ser utilizada no pensamento e linguagem. A memória episódica é a corresponde respeito aos acontecimentos do passado pessoal, e é marcada pela riqueza de informação (Carrillo-Mora, 2013).

O interesse pelas diferenças individuais, principalmente o interesse pela diferença em termos de idade, levou a que se fizesse uma distinção importante entre duas aptidões intelectuais subjacentes: a inteligência fluída e a inteligência cristalizada (Gleitman, 1993). A inteligência fluída/mecânica é a que comporta diminuições ao longo do ciclo de vida e a inteligência cristalizada/pragmática que parece estável ou progride com o envelhecimento (Fonseca, 2006). Dentro da inteligência fluída/mecânica, existem três recursos do processamento cognitivo em que existe declínio: a velocidade a que a informação é processada, a memória de trabalho e as capacidades sensorial e perceptual.

1.2. Definição e contextualização teórica de Memórias Autobiográficas

Existem diferentes definições de memória autobiográfica na literatura. Usualmente são referidas como recordações de experiências individuais ou eventos relacionadas com o self (Holland, Ridout, Walford, & Geraghty, 2012). São consideradas fundamentais para o funcionamento humano, para a orientação no mundo, para atingir objectivos (Williams et al., 2007) e para a experiência de permanecer como um individuo numa cultura, ao longo do tempo (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

As memórias autobiográficas podem ser contextualizadas em dois modelos teóricos. O primeiro modelo teórico engloba as teorias que preconizam que as memórias autobiográficas

são cópias de acontecimentos vivenciados pelo sujeito (Claúdio, 2004). Estas teorias suportam-se na crença da veracidade das próprias memórias autobiográficas como cópia fiel dos acontecimentos. Várias questões se levantaram e que poem em causa esta concepção. Considerando que o processo de percepção do sujeito é interpretativo e o próprio processo de evocação é um processo contínuo de interpretação e reinterpretação, dificilmente as memórias autobiográficas poderão ser cópias fiéis dos acontecimentos (Claúdio, 2004).

O segundo modelo teórico que engoba as teorias reconstrutivistas, parte do pressuposto que se na actividade mnésica existe reconstrução então as memórias autobiográficas são reconstruções de um acontecimento inicial (Claudio, 2004). É com base neste último modelo que serão abordadas as formas de organização, evocação e funções das memórias autobiográficas.

1.3. Organização das memórias autobiográficas

A memória autobiográfica é usualmente referida como um tipo de memória episódica, responsável pelo armazenamento e recordação de eventos pessoais, que integra igualmente a memória semântica, responsável pelo arquivo e recuperação de informações gerais, independentes do contexto de aprendizagem. No entanto a relação entre a memória episódica e memória semântica na construção das memórias autobiográficas suscita questões teóricas e experimentais.

Como definido por Tulving (1993), a informação da memória episódica está ligada às experiências do self num tempo e espaço subjectivos. A informação patente na memória semântica diz respeito aos objectos, símbolos verbais, os seus significados e referências, no mundo em geral. A memória semântica é a memória necessária para a utilização da linguagem e desenvolve-se na infância mais precoce. As crianças são capazes de aprender os factos sobre o mundo ainda antes de se conseguirem lembrar das suas próprias experiências (Tulving, 1993).

A separação entre sistemas de memória episódica e semântica nas memórias autobiográficas tem sido debatida. De acordo com Rubin (2005) esta distinção entre memória episódica e semântica deve ser realizada enquanto produto e não enquanto sistema. As memórias autobiográficas consistem simultaneamente em conhecimento geral semântico e detalhes que são únicas de um determinado tempo e espaço. Não parecem existir processos de memória puramente semânticos ou episódicos no conteúdo das memórias autobiográficas.

Destacam-se dois modelos de organização e operacionalização das memórias autobiográficas. Um modelo preconizado por Rubin (2005), defende que as memórias autobiográficas estão organizadas a partir da conjugação de sistemas básicos. Rubin (2005, 2006) defende que estas memórias não são construídas a partir de uma estrutura cognitiva, geral e abstracta de informação homogeneizada.

De acordo com este modelo, (Rubin & Berntsen, 2009; Rubin, 2005), a mente e o cérebro estão divididos em sistemas separados que inclui os sentidos (visão, audição, olfacto e outros), linguagem, emoção, movimento e memória explícita. Cada um destes sistemas tem as suas próprias funções, processos, estruturas, tipos de esquemas e tipos de erros que têm sido estudados individualmente por áreas disciplinares como a neuroanatomia, neuropsicologia e estudos de diferenças individuais.

No modelo de sistemas básicos da memória autobiográfica, as memórias autobiográficas são construídas através da interacção dos sistemas. A estabilidade e mudança nas memórias são o resultado dos esquemas produzidos por cada sistema assim como da interacção dos vários sistemas. O self está representado através dos comportamentos e pensamentos distribuídos pelos diferentes sistemas.

Conway & Pleydell-pearce (2000), elaboraram o outro modelo que dá mais ênfase ao self. Neste modelo pretende-se operacionalizar os mecanismos que levam à construção e evocação de memórias autobiográficas, integrando numa única teoria os conhecimentos adquiridos em sub-áreas da psicologia como a cognitiva, a do desenvolvimento e a neuropsicologia. Conceberam o Sistema de Memórias do Self cuja premissa é a de que “as memórias autobiográficas são construções mentais transitórias dinâmicas geradas através de uma base de conhecimento subjacente” (p.261). Ou seja, as memórias autobiográficas não são unidades holísticas depositadas na memória de longo prazo (Conway, 1996).

O Sistema de Memórias do Self é composto por um conhecimento base autobiográfico e por uma hierarquia de objectivos e sub-objectivos estruturados de forma hierárquica definidos como o working self. A codificação das memórias autobiográficas é um processo complexo influenciado, quer pela interpretação pessoal desenvolvida durante uma experiência, quer por mudanças na atenção e integração do evento nas estruturas do conhecimento base autobiográfico. O working self funciona de forma a escolher os objectivos que são congruentes com o self e não o destabilize. A base de conhecimento em interacção com os objectivos actuais do self é responsável pela construção de memórias autobiográficas e vai originar modelos de evocação. São esses modelos que servirão de reguladores na procura da informação relevante de ser evocada.

No conhecimento base autobiográfico existem estruturas de conhecimento autobiográfico que vão mediar a construção de padrões de activação e constituir as memórias autobiográficas. O conhecimento autobiográfico está construído em 3 níveis hierárquicos. Estes variam entre memórias que são ricas em detalhes, incluindo tempo e sítio do acontecimento, que depois são acumuladas e categorizadas em experiências repetidas (eventos gerais), configurando-se por último em períodos de vida (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

A forma de cotação das memórias autobiográficas distingue-se de acordo com as variáveis espaço e tempo. Nesta investigação foram identificados três níveis de memórias: as específicas (quando se referiam a um evento específico que durou menos de 24 horas; p.e. “quando fui operada à vesícula”), categóricas (quando se referiam a uma série de eventos repetidos; p.e. “sempre que era hospitalizada”) ou alargadas (quando se referiam a um período de tempo que durou mais de 24 horas; p.e. “quando estive doente”) (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

1.4. Evocação de Memórias Autobiográficas

O acto de recordar nem sempre é acompanhado pela experiência de recordar. Como Conway (1996) exemplifica, a recordação do nome da escola que se frequentou quando criança, pode levar à construção e recordação de uma memória autobiográfica ou simplesmente a uma noção de familiaridade vaga mas sem a recordação de memória associada. A complexidade de factores que envolvem a aquisição, manutenção e evocação das memórias autobiográficas e a sua característica definidora do self, torna-as objecto de diversas áreas da psicologia como a cognitiva, social, desenvolvimento, neuropsicologia (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Para existir recordação, é necessário que se concluam três fases: “a aquisição, durante a qual o traço mnésico é constituído e codificado, o armazenamento, durante um certo intervalo de tempo, e a recuperação que pode ser feita por reconhecimento ou recordação”(Gleitman, 1993). A recuperação da memória é influenciada pelo grau em que é organizada e armazenada e frequência com que é evocada (Aurélio & Cláudio, 2009). Segundo Williams e Broadbent (1986), o processo de evocação é composto pela elaboração ou definição da palavra estímulo, recuperação de contexto, geração de episódios, avaliação da adequação e resposta.

1.5. Funções das Memórias Autobiográficas

As memórias autobiográficas têm três funções básicas: servem para definir o self, para estabelecer relações sociais e para direccionar o comportamento futuro (Waters, Bauer, & Fivush, 2014).

A ligação entre o self e as memórias autobiográficas não é nova e tem sido explorada teoricamente por filósofos e psicólogos, como por exemplo Locke (1690), Hume (1739) e William James (1890) (Prebble, Addis, & Tippett, 2013). É usualmente assumido que a noção de quem somos está directamente relacionada com as memórias das nossas vidas. É disso exemplo a forma como os casos de amnésia são habitualmente retratados no cinema, em que a questão determinante é “quem sou eu?” (Prebble et al., 2013). As memórias autobiográficas permitem criar uma representação estável e duradoura do self ou identidade.

A função social foi definida como a partilha de memórias autobiográficas com o objectivo de criar intimidade e criar relações sociais através da partilha de histórias e experiências entre individuais (Waters et al., 2014).

As memórias autobiográficas têm uma igualmente uma função directiva quando através da sua reflexão ajudam a resolver problemas ou direccionar o comportamento futuro ou objectivos (Waters et al., 2014).

1.6. Envelhecimento e implicações cognitivas

O envelhecimento é um fenómeno que envolve alterações biológicas e psicológicas. Tem sido objecto de estudo de ciências como a bioquímica, medicina, psicologia, sociologia, economia e direito (Fonseca, 2006) o que realça a complexidade de factores intervenientes e a necessidade de caminhar para uma abordagem integrativa.

Schroots & Birren (1980) dividem o processo de envelhecimento em três componentes: a *biológica* (senescência), que diz respeito à vulnerabilidade biológica crescente; a *social* relativa aos papéis sociais e expectativas da sociedade e *psicológica*, que diz respeito aos processos de auto-regulação face ao processo de senescência.

O processo biológico de envelhecimento tem um efeito visível mas o estudo dos mecanismos e determinantes deste processo é complexo. A investigação realizada aponta para que o envelhecimento seja consequência não só de fenómenos naturais, como a limitação da capacidade de reprodução das células e o desgaste do funcionamento hormonal, como de problemas nutricionais e estilos de vida. A compreensão destes determinantes é importante para a compreensão e prevenção de problemas associados à idade (Fonseca, 2006).

Braun e Lalonde (1990) preconizaram um modelo neuro-psicológico que defende que o declínio cognitivo está associado à senescência e que resulta da deterioração dos sistemas frontais e temporais do telencéfalo. Estudos sobre a morfologia do cérebro revelam existirem reduções no seu volume decorrentes do envelhecimento. São observadas pequenas reduções até aos 50 anos e a partir dos 50 essas reduções são mais notórias (Charles & Carstensen, 2007). As reduções são normativas tanto na massa cinzenta como na densidade sináptica e nos níveis de neurotransmissores.

Mesmo assim o declínio não é uniforme e existem áreas que são mais afectadas que outras. O sistema límbico e o cortex préfrontal são regiões críticas para os processos emocionais e exibem diferentes padrões de declínio com a idade. A amígdala (pertencente ao sistema límbico e essencial para a rápida identificação e processamento da informação emocional), é relativamente bem mantida com a idade em comparação com o cortex préfrontal (Charles & Carstensen, 2007).

Baltes e Lindenberger (1997), por outro lado, apontam para que a diminuição das capacidades cognitivas não esteja relacionada com a idade cronológica. Para estes autores, as funções cognitivas, como a velocidade de processamento de informação e resolução de tarefas, podem estar mais relacionadas com o estilo de vida, estatuto social e saúde de cada pessoa. Assim a diminuição da velocidade no processamento da informação ao nível do Sistema Nervoso Central parece estar mais ligada ao declínio nas funções sensoriais e falta de estimulação cognitiva do que com o envelhecimento biológico. Pessoas inactivas podem ter igual risco de deterioração mental do que aquelas afectadas com doenças cérebro-vasculares (Barreto, 1988).

A investigação da relação entre sabedoria e idade tem mostrado a existência de um mecanismo compensatório de capacidades diminuídas que faz emergir um potencial cognitivo latente naqueles indivíduos que foram adquirindo competências e formas especializadas de conhecimento (Paul B. Baltes & Staudinger, 1993).

Krueger e Heckhausen (1993) chamam de “optimismo de desenvolvimento” ao comportamento adaptativo e de optimização selectiva, que permite reformular novos objectivos como movimento compensatório que está de acordo com a teoria da resiliência avançada, (Baltes & Staudinger, 1993).

Estas conclusões são congruentes com a constatação de que a maioria dos idosos não tem qualquer défice nas actividades diárias, mesmo quando o processamento cognitivo é complexo (Spar & La Rue, 2005).

Os idosos mantêm a personalidade nos seus traços básicos como introversão/extroversão, assertividade/hostilidade, mas têm uma maior percepção de traços desejáveis em relação aos indesejáveis quando comparam com o seu próprio passado.

As pessoas idosas, em termos gerais, têm um maior controlo das emoções que os adultos jovens, mais capacidade e flexibilidade na resolução de dilemas e recordam melhor a informação com carga emocional do que factos neutros (May, Rahhal, Berry, & Leighton, 2005).

1.7. Memórias Autobiográficas em Adultos Idosos

Nível de especificidade

O principal efeito diferencial do envelhecimento normal nas memórias autobiográficas refere-se à diminuição de especificidade episódica da memória (Piolino, Desgranges, Benali, & Eustache, 2002; St Jacques & Levine, 2007; St Jacques, Rubin, & Cabeza, 2012). Contudo o efeito é atenuado ou mesmo eliminado no conhecimento geral semântico, ou quando as memórias têm uma forte componente emocional (Charles & Carstensen, 2007; Charles, Mather, & Carstensen, 2003)

Os idosos têm um comportamento semelhante a pacientes com depressão (Williams et al., 2007) quando se trata de evocar memórias autobiográficas ao nível hierárquico mais específico, evocando tendencialmente memórias ao nível intermédio. Esta dificuldade tem mostrado uma diminuição na capacidade de resolução de tarefas, aumentando a tendência para uma resposta emocional negativa a eventos traumáticos (Holland et al., 2012).

Dependendo da especificidade da tarefa, a maioria das pessoas acede de forma fácil através da hierarquia de eventos, iniciando do nível mais geral e progredindo pelos outros níveis de forma a fazer face às exigências da tarefa. Contudo alguns estudos parecem indicar que determinados indivíduos, nomeadamente pacientes com depressão (Williams et al., 2007) e adultos idosos (Piolino et al., 2002; Ros & Latorre, 2010) têm uma tendência para evocar com mais frequência memórias gerais.

Holland e colaboradores (2012) analisaram o papel da função executiva na evocação de memórias autobiográficas em idosos. Os resultados desta investigação confirmam que os adultos idosos apresentam uma função executiva mais deficitária do que os jovens adultos. Contudo não foi verificado que os adultos idosos demorassem mais tempo para recuperar memórias autobiográficas.

Este factor parece estar dependente do desempenho cognitivo e não da idade. Levanta-se a questão do motivo para a inibição de evocação de memórias específicas. Uma explicação possível (Holland et al., 2012) é que para ter acesso ao nível mais específico de memórias é preciso inibir o nível intermédio de memórias categóricas.

St-Laurent, Abdi, Burianová, e Grady (2011) utilizaram ressonâncias magnéticas funcionais para analisar as correlações neuronais na recuperação da memória episódica, autobiográfica e semântica em jovens e adultos mais idosos. Foram encontrados padrões de diferenciação para os três tipos de memória em ambos os grupos. Os padrões de diferenciação

eram expressos de uma forma menos notória nos adultos idosos. A análise destes dados mostrou diferenças significativas no grupo de adultos idosos nas tarefas de memória autobiográfica e episódica, mas não mostrando diferenças na tarefa semântica.

Levine e colaboradores, (2002) utilizaram o teste de Memória Autobiográfica para estudar a componente semântica e especificidade de memórias, constatando que os idosos evocam um maior número de memórias com detalhes semânticos mas são menos específicas em relação a acontecimentos, locais, percepções e pensamentos. Piolino e colaboradores (2010) constataram na investigação comparativa entre um grupo de jovens (20 a 33 anos) e um grupo de idosos (65 a 89 anos), que os participantes com mais idade têm uma maior dificuldade em aceder a eventos específicos a partir de um evento geral, ou em aceder ao contexto ou detalhes fenomenológicos de um evento específico. Esta investigação aponta para que a dificuldade em aceder ao nível mais específico da memória está mais ligada com o desempenho nas funções executivas (de actualização e inibição) do que com os processos associados com a memória de trabalho.

A evocação de memórias autobiográficas mais gerais pode igualmente ser devido à reactivação de respostas emocionais durante a recuperação, que pode criar distúrbios no processo de evocação de detalhes específicos (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

A revisão realizada por Balola e Cláudio (2014) confirma que os resultados existentes na literatura atestam a existência de uma redução da especificidade na evocação de memórias autobiográficas em adultos idosos.

Valência emocional

Diversos estudos empíricos apontam para que as memórias autobiográficas de valência emocional positiva sejam mais frequentes do que as memórias autobiográficas de valência emocional negativa (Rubin & Berntsen, 2009). Com participantes idosos, tem sido um elemento caracterizador e que demarca quando comparados com grupos de jovens. Os idosos consistentemente evocam mais memórias autobiográficas positivas.

O tempo de evocação dos eventos de valência positiva tende a ser mais curto quando comparado com eventos negativos, o que sugere que são mais acessíveis. Berntsen, Rubin e Siegler, (2011) atribuem este efeito ao envelhecimento diferencial entre estruturas do hipocampo e a amígdala.

Reed, Chan & Mikels (2014) realizaram uma meta-análise da literatura que estuda a tendência para os adultos idosos evocarem mais memórias autobiográficas de valência

positiva que negativa. Apesar de a grande maioria dos estudos apontar para tendência clara de evocação de memórias positivas, os autores fazem algumas ressalvas. Uma das conclusões é que este efeito positivo é mais notório quando as amostras seleccionadas incorporam um maior número de comparações com grupos de escalões etários mais jovens e em maior número.

Uma questão relevante na análise dos estudos de memórias autobiográficas com adultos idosos é a escolha metodológica usada na investigação. A inclusão de restrições experimentais pode alterar ou mesmo eliminar o efeito positivo atribuído à diferença de idades. Por exemplo, nos estudos em que os participantes sabem de antemão que a sua memória irá ser testada, observa-se uma redução no efeito diferencial entre o grupo de idosos e jovens no processamento preferencial de memórias positivas (Reed, Chan, & Mikels, 2014).

Considerando que a maioria das investigações confirma o efeito positivo na evocação de memórias autobiográficas em idosos, a teoria da selecção socioemocional apresenta uma explicação motivacional para que este efeito ocorra (Kennedy, Mather, & Carstensen, 2004). A teoria defende que a consciência do tempo limitado que se tem de vida orienta a atenção e motivação para objectivos significativos, o que leva a uma regulação emocional mais eficiente com a idade (Charles et al., 2003). Quando o tempo percebido de vida é longo, os objectivos e motivação estão orientados para a aquisição de nova informação. No entanto, quando o tempo percebido é limitado, as pessoas estão mais motivadas para seleccionar e optimizar o seu meio ambiente de forma a melhorar a experiência emocional (Charles et al., 2003). Isso reflecte-se na forma como são recordados acontecimentos passados, especialmente quando se revestem de uma valência emocional forte.

1.8. Estilos de Vinculação e Memórias Autobiográficas em Adultos Idosos

Os processos de vinculação e segurança são factores que podem desempenhar um papel importante na forma como se lida com as mudanças que a velhice acarreta (Mccarthy & Davies, 2003). A Teoria de Vinculação defende que os seres humanos nascem com um sistema biológico inato que os motiva a procurar proximidade com cuidadores primários ou figuras de vinculação primária de forma a conseguirem estabelecer um sentido de segurança e conforto ao longo do ciclo de vida (Bowlby, 1988). O tipo de relação estabelecida entre a criança e a figura de vinculação vai definir o padrão de vinculação. Bowlby (1988) definiu importantes diferenças individuais nos padrões de vinculação dependendo da disponibilidade, receptividade e suporte das figuras de vinculação em relação às necessidades da criança.

Ainsworth (1978) analisou o estilo de vinculação, que resulta da forma como se interioriza a história pessoal de experiências de vinculação. O que observou foi uma congruência no tipo de vinculação precoce e no padrão crónico de comportamentos, expectativas nas relações e emoções ao longo da vida. Ainsworth, Blehar, Waters, e Wall's (1978) definiram três dimensões de vinculação decorrentes dos estudos realizados às diferenças individuais nos adultos: seguro, evitante e ambivalente. O padrão "seguro" é definido pela protecção e conforto dado pela figura de vinculação, o que permite que a criança enfrente situações adversas e encoraja o comportamento de exploração. Por outro lado os padrões "inseguros" (evitante e ambivalente), desencadeados quando a figura de vinculação falha na relação e não dá uma resposta adequada às necessidades, faz com que a criança desenvolva respostas de hipo e hiperactivação do sistema de vinculação para reduzir a ansiedade (Canavarro, Dias, & Lima, 2006).

Segundo Bowlby (1988) as crianças desenvolvem um conjunto de expectativas sobre si próprias, sobre os outros e sobre o mundo que designou como modelos internos dinâmicos. A partir destes modelos, conseguem numa fase inicial prever o comportamento da figura de vinculação e mais tarde servirão de base para interpretar experiências relacionais (Canavarro et al., 2006). Estes modelos apesar de serem estáveis e de existir congruência ao longo da vida, são designados de dinâmicos pela possibilidade de reformulação como resposta a novas experiências de vinculação significativas (Canavarro et al., 2006).

Apesar das investigações realizadas terem estabelecido importantes ligações entre as diferenças individuais na vinculação, comportamento e cognição, a maioria tem se focado em adultos jovens, não abrangendo os processos dum ponto de vista de ciclo de vida, ou seja, que inclua meia idade e adultos idosos (Chopik, Edelstein, & Fraley, 2013). Contudo, é provável que acontecimentos relevantes para a vinculação ocorram depois desta idade como o casamento, os processos de luto e de perda, o cuidado aos pais idosos (Chopik et al., 2013). A transição entre os papéis na vida traz uma serie de implicações que favorece a maturidade social e que devem traduzir-se em alterações na vinculação durante esse período de vida. Por exemplo, é provável que relações próximas no início da vida adulta facilitem e aumentem as capacidades de regulação da emoção que podem levar à diminuição das experiências emocionais negativas (Gross, Carstensen, Pasupathi, Skorpen, & Hsu, 1997).

Chopik, Edelstein e Fraley (2013) estudaram a associação entre idade, estado de relação afectiva, género e padrão de vinculação numa amostra de 86,555 participantes com idades compreendidas entre os 18 e os 70 anos. Os resultados revelaram que a vinculação ansiosa era superior nos adultos mais jovens e inferior em adultos de meia-idade e idosos. A vinculação

evitante tinha resultados menos pronunciados mas registou-se que era mais elevada em adultos de meia-idade do que em idosos e jovens. Os resultados indicaram também que os indivíduos que estão numa relação mais próxima mostram uma vinculação mais segura em cada estadio do ciclo de vida. Os autores conseguiram documentar diferenças significativas na orientação de vinculação relacionadas com a idade, o que salienta a importância deste estudo em adultos idosos.

Os modelos internos dinâmicos estabelecem regras de processamento da informação e regulação afectiva, influenciando a organização da memória (Fraley, Gamer, & Shaver, 2000). As investigações realizadas no âmbito da vinculação no adulto demonstraram que indivíduos com um padrão de vinculação evitante tendem a ter défices na memória de longo prazo em relação a informação e experiências emocionais (Edelstein, 2006; Fraley & Shaver, 1997). Quando se solicita que evoquem memórias de infância, as memórias são em menor número e demoram mais tempo a serem evocados do que outros indivíduos (Mikulincer & Orbach, 1995).

1.9. Esquemas Precoces Desadaptativos e Memórias Autobiográficas em Adultos Idosos

Os esquemas são padrões estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância e são aperfeiçoados ao longo da vida do indivíduo. A forma como se percebe o mundo é baseada nos esquemas (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Os esquemas são uma estrutura cognitiva com estabilidade que permite a organização das experiências externas, influenciando o processamento de informação, e a forma como as memórias autobiográficas são codificadas e evocadas (Claudio, 2009).

Segundo Alba e Hasher (1983) uma das características fundamentais da memória é a utilização de esquemas para estruturar as experiências externas. Para os autores, a informação codificada e armazenada na memória é fortemente determinada por esquemas que orientam e modificam as experiências para chegar a uma representação coerente, unificada e consistente de uma experiência. Ao mesmo tempo que os esquemas são uma representação do conhecimento do mundo, têm a capacidade de servir de base para a atenção selectiva e organização da informação do meio durante a codificação (Arbuckle, Vanderleek, Harsany, & Lapidus, 1990). Durante a evocação da informação, os esquemas têm uma função activa no acesso á informação armazenada permitindo que o processo de recuperação seja mais eficiente e produtivo (Arbuckle et al., 1990).

Outra característica dos esquemas enunciados por Bartlett (1932 cit. por Cláudio, 2004) “é o carácter de abstracção e de aplicação a novos acontecimentos, pressupondo-se assim um funcionamento activo de esquema” (p.71). Os esquemas podem existir para qualquer forma de organização que o individuo aprecie (visuais, temáticas ou até poéticas). São construídos através da exposição repetida a acontecimentos dos quais se podem retirar similaridades (D. Rubin, 2014). Este processo é facilitador do processo de codificação e evocação de novas informações.

Com o envelhecimento, existe uma maior probabilidade de limitação dos recursos de processamento de informação e atenção, o que pode levar a que se codifique e se recupere informação em termos de esquemas com uma maior frequência (Hashtroudi, Johnson, & Chrosniak, 1989). Quando comparados com adultos jovens, os adultos idosos têm tendência para confiar mais no conhecimento adquirido por esquemas.

O estudo comparativo entre adultos idosos e adultos jovens realizado por Ebner e colaboradores (2009), abordou a importância dos esquemas ao longo do ciclo de vida para o processamento da informação e concretização de objectivos. Os adultos idosos utilizam com mais frequência esquemas como forma de simplificar e obter um acesso mais rápido à informação colmatando a dificuldade de processar e codificar informações novas. No entanto os esquemas podem levar a omissões e distorções na representação da informação original, introduzindo erros sistemáticos (Ebner et al., 2009).

Os esquemas precoces desadaptativos são temas ou padrões estáveis e duradouros disfuncionais que são desenvolvidos durante a infância e são elaborados durante toda a vida. Estes padrões foram criados através de uma serie de más experiências precoces e estão ligados a níveis elevados de emoção (Cláudio, 2009).

A relevância deste tipo de funcionamento levou a que Young e colaboradores (2003) utilizassem os esquemas como modelo de terapia. Nas relações com o cuidador primário, a criança desenvolveria esquemas precoces desadaptados que em adulto levaria à sua activação. A activação do esquema leva ao aparecimento de sintoma e serve de modelo de processamento das experiências exteriores. Através dos esquemas são desenvolvidas crenças sobre o próprio, o outro e o mundo que condicionam todos os relacionamentos (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Vão constituir o núcleo do autoconceito e da concepção do mundo e por isso são extramente resistentes à mudança (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Existe uma culpabilização pelos acontecimentos negativos e um processo de maximização dos aspectos negativos referentes ao self e uma depreciação dos positivos (Cláudio, 2009). De uma forma repetitiva e recorrente levam a um estado de sofrimento

psicológico, podendo ser activados por acontecimentos ambientais cruciais para um determinado esquema. A activação é realizada através de acontecimentos com pertinência para o esquema específico e surgem com associação a pensamentos negativos (Young et. al., 2003).

Young, Klosko e Weishaar (2003) identificaram 18 Esquemas Precoces Desadaptativos e dividiram-nos em cinco domínios de esquema que correspondem a cinco necessidades fundamentais no desenvolvimento da criança:

1. Domínio Instabilidade e Separação

- a) Privação Emocional – expectativa de que o desejo de ter um suporte emocional nunca será satisfeito.
- b) Abandono – percepção de que os outros são não são capazes de fornecer suporte emocional.
- c) Desconfiança/Abuso – expectativa de que os outros irão magoar, abusar, humilhar, mentir ou manipular.
- d) Isolamento Social – sentimento de que se está isolado do resto do mundo e de que não se pertence a nenhum grupo.
- e) 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

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

3. Orientação para o Outro

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

4. Supervigilância e Inibição

- a) 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.
- b) Padrão Rígido – crença de que tem que atingir padrões de desempenho e comportamento altos.
- c) Negativismo – Foco excessivo em aspectos negativos da vida.
- d) Punição – crença de que as pessoas devem ser severamente castigadas pelos erros que cometem.

5. Redução dos Limites

- a) Ignorar o direito do Outro – crença de que o sujeito é superior aos outros e que deveria ter direitos e privilégios especiais.
- b) Défice de Auto-Controlo – dificuldade ou recusa em exercer auto-controlo e deficiente tolerância à frustração.

O estudo das memórias autobiográficas em adultos idosos é recente, e não existem investigações na literatura que relacionem esquemas precoces desadaptativos e memórias autobiográficas em adultos idosos. A presente investigação é uma primeira abordagem na exploração desta relação de variáveis.

1.10. Objectivos de Estudo e Hipóteses de Investigação

A investigação realizada com memórias autobiográficas é relativamente recente em Portugal. Apesar de existirem algumas investigações realizadas neste âmbito, poucas são as que se dedicaram a adultos idosos e ainda menos as que as relacionaram com escalas clínicas. Assim, esta investigação teve como objectivo aprofundar o estudo das características das memórias autobiográficas associando-as a escalas clínicas numa amostra portuguesa de adultos idosos. Foram analisadas as relações entre as escalas clínicas (Inventário de Depressão de Beck, Questionário de Esquemas de Young e Escala de Vinculação do Adulto), e as memórias autobiográficas voluntárias.

A partir da literatura recolhida e do plano de investigação traçado foram estabelecidas 6 hipóteses:

1. Nos idosos são evocadas mais memórias autobiográficas gerais que específicas.
2. Nos idosos são evocadas mais memórias autobiográficas de valência positiva que valência negativa.
3. Nos idosos as palavras-estímulo de valência neutra evocam mais memórias autobiográficas de valência emocional (positivas e negativas) que de valência neutra.
4. Existe uma relação entre sintomatologia depressiva e a evocação de memórias autobiográficas de valência negativa.
5. Existe uma relação entre o estilo de vinculação inseguro e a evocação de memórias autobiográficas de valência negativa.
6. Existe uma relação entre esquemas desadaptativos precoces e especificidade de memórias autobiográficas.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

A amostra foi constituída por 32 adultos idosos (25 do género feminino e 7 do género masculino), dos quais 18 eram estudantes da Universidade Sénior “Academia de Saberes” do pólo de Sacavém e 14 residentes de duas Residências Seniores em Lisboa. As idades estavam compreendidas entre os 60 e 100 anos, sendo a média de 73,7 anos (DP = 12,372) - figura 1.

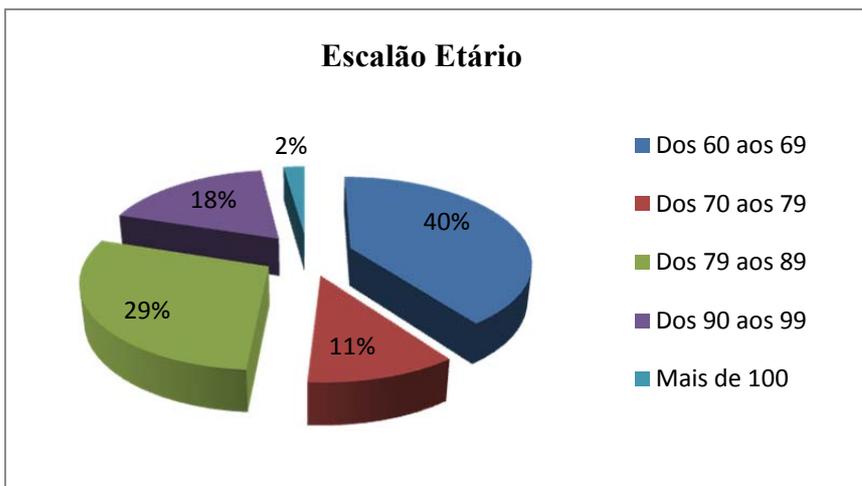


Figura 1: Escalão etário dos participantes

A maioria dos participantes é casada (46,9%), os viúvos representam 34,4% da amostra e os solteiros 12,5%. Os divorciados e em união de facto apresentam a mesma percentagem de 3,1%.

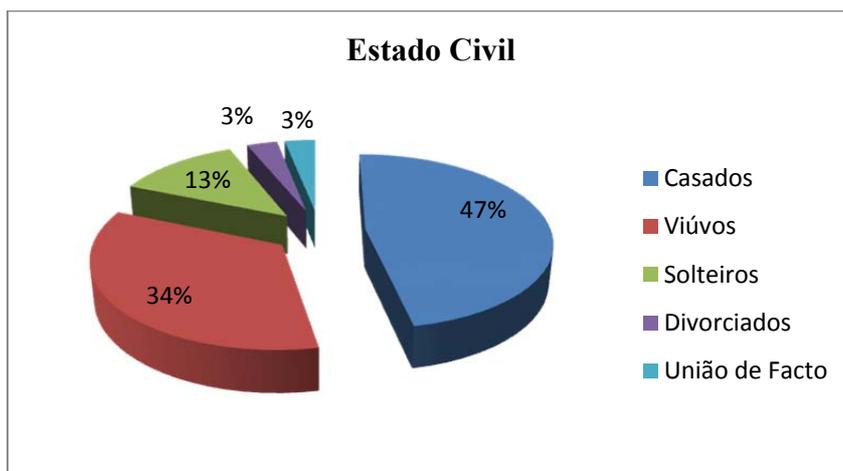


Figura 2: Estado civil dos participantes

Os participantes têm na sua maioria habilitações literárias ao nível do ensino secundário (56,3%). Os participantes com 1º ciclo representam 31,2% da amostra, 9,4% frequentaram a universidade e 3,1% têm curso superior.

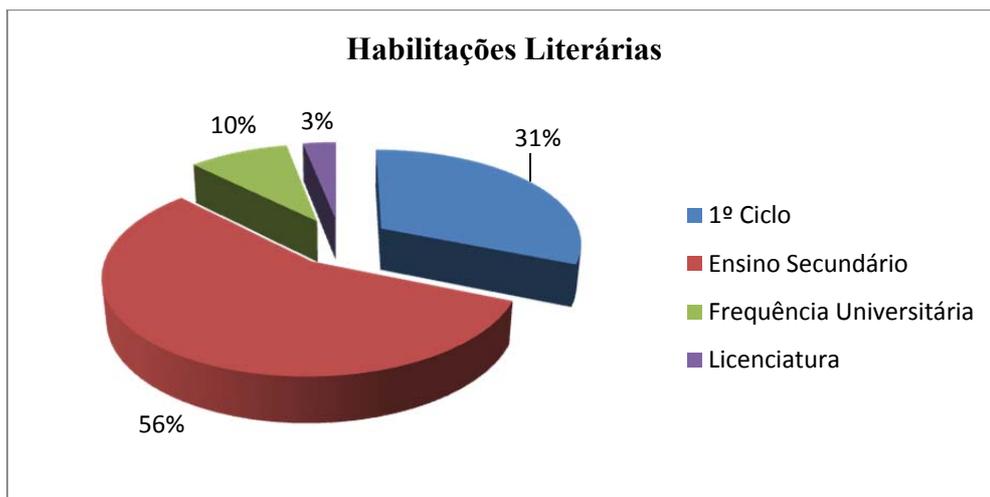


Figura 3: Habilitações Literárias dos participantes

Nenhum dos participantes estava a receber apoio psicoterapêutico e 90,6% não tomam medicação psicofarmacológica.

Os critérios de inclusão para a amostra foi a exclusão de demência, saber ler e escrever e ter idade igual ou superior a 60 anos. Foi utilizada a adaptação do Mini Mental State of Examination (MMSE; Folstein, Folstein & McHugh, 1975 adap. por Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C., 1994) para excluir a possibilidade de demência. Nenhum participante obteve menos de 27 pontos (critério para exclusão de presença de deterioração cognitiva ligeira) ($M=27,7$, $DP=1,047$).

2.2. Instrumentos

1. *Questionário Sócio-Demográfico*

Neste questionário foi inquirido o sexo, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a situação profissional (e profissão), se tomavam medicação psicofarmacológica (em caso afirmativo, há quanto tempo) e se estavam num processo de acompanhamento psicoterapêutico ou de apoio psicológico (em caso afirmativo, há quanto tempo). Este questionário foi anexado (ver Anexo B).

2. *Mini Exame de Estado Mental (MMSE- Mini-Mental State Examination)*

A exclusão de participantes do estudo, devido a deficiência no funcionamento cognitivo, teve por base o valor apurado no Mini Exame do Estado Mental (Folstein Folstein, Folstein & McHugh, 1975; adap. Guerreiro et al., 1994). O MEEM é constituído por 30 itens

(valor máximo é de 30). Este instrumento está dividido por provas de orientação, retenção, atenção, cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Os valores normativos de corte para a população portuguesa ajustada ao nível educacional, indicam como defeito cognitivo ≤ 15 (analfabetos); ≤ 22 (1 a 11 anos de escolaridade); ≤ 27 (escolaridade superior a 11 anos). Em anexo (ver Anexo C).

3. 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 é uma adaptação da Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990) para a população portuguesa (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Tem como propósito analisar 3 dimensões da vinculação: a Ansiedade, o Conforto com a Proximidade e a Confiança nos Outros. A Ansiedade consiste no grau de ansiedade sentida pelo indivíduo e está relacionada com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser desejado. O Conforto com a Proximidade refere-se ao grau com que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e a intimidade. Por fim, a Confiança nos Outros diz respeito ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na confiança sobre a disponibilidade dos outros quando sentida como necessária (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). A escala é composta por 18 itens (6 para cada uma das três dimensões) de auto-preenchimento, em que o sujeito deve escolher numa escala de Likert de 1 (Nada característico em mim) a 5 (Extremamente característico em mim) como se sente quanto às relações afetivas que estabelece. O resultado total de cada dimensão é calculado através do somatório dos 6 itens que o compõem (tendo em conta que há itens de resultado invertido). A EVA foi amavelmente cedida por Maria Cristina Canavarro. Esta escala foi anexada (ver Anexo D).

4. Inventário de Ansiedade Estado e Traço – Forma Y (STAI-Y) (STAI; Spielberger, 1983), traduzida por Américo Baptista.

Este inventário foi elaborado por Spielberger e permite avaliar os níveis de ansiedade estado (Forma Y-1) e ansiedade traço (Forma Y-2). A ansiedade estado consiste num estado emocional transitório caracterizado por um sentimento de tensão que pode variar de intensidade ao longo do tempo. A ansiedade traço refere-se a uma predisposição relativamente estável para reagir ao stress com ansiedade e uma maior tendência para avaliar situações como ameaçadoras (Andrade, Gorenstein, Vieira Filho, Tung, & Artes, 2001). Ambas as formas deste inventário são compostas por 20 itens de auto-preenchimento em que o indivíduo deve escolher, numa escala de Likert de 1 (Nada) a 4 (Muito), como se sente. A diferença é que na forma Y-1 (ansiedade estado) a instrução consiste em “como se sente neste

momento”, ao passo que na forma Y-2 (ansiedade traço) a instrução consiste em “como se sente habitualmente”. O resultado total de cada forma consiste no somatório de todos os itens da mesma (atendendo a que há itens de resultado invertido) e varia entre 20 e 80. Foi utilizada a versão portuguesa, traduzida e amavelmente cedida por Américo Baptista. Este inventário foi anexado (ver Anexo E).

5- Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson &, 1961), testada e corrigida numa amostra de estudantes do ensino superior em 1990 (Cláudio, 2004).

Este inventário, de auto-preenchimento foi desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e permite avaliar de forma subjectiva a severidade da sintomatologia depressiva. Consiste em 21 itens em que o indivíduo deve escolher, de entre quatro afirmações, a que melhor descreve a forma como se sentiu na última semana. A cotação destas afirmações varia entre 0 e 3 (Inexistente a Grave), sendo o resultado final obtido através do somatório dos valores de cada uma. O resultado total varia entre 0 e 63. Beck e Beamesderfer (1974, citados por Cláudio, 2004), discriminaram a severidade da depressão em depressão ligeira (para resultados entre 4 e 13), depressão média (para resultados entre 14 e 20) e depressão severa (para resultados superiores a 21). Foi utilizada a versão portuguesa, traduzida e amavelmente cedida por Victor Cláudio. Esta versão foi testada e corrigida numa população de 1500 estudantes do ensino superior em 1990 (Cláudio, 2004). Este inventário foi anexado (ver Anexo F).

6- 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 (BSI) é uma escala de auto-preenchimento que avalia sintomatologia psicopatológica e que foi desenvolvido por Derogatis. Na sua essência, é uma versão sumária da SCL-90-R (System Checklist-90-Revised) (Derogatis & Melisaratos, 1983). É constituída por 53 itens em que o indivíduo deve escolher, numa escala de Likert de 0 (Nunca) a 4 (Muitíssimas vezes), o grau em que cada problema o incomodou durante a última semana. É constituído por 9 dimensões, sendo estas: Somatização, Obsessões/Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo. O resultado de cada dimensão consiste no somatório dos itens que a compõe. O somatório de todos os itens do BSI permite calcular o Índice Geral de Sintomas (IGS). Nesta investigação, foi calculada a média de pontuação

escolhida para cada dimensão, assim como para o IGS. Os resultados variavam, desta forma, entre 0 e 4. Foi utilizada a versão portuguesa desta escala, traduzida e adaptada por Canavarro (1999) e amavelmente cedida por Maria Cristina Canavarro. Este inventário foi anexado (ver Anexo G).

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

Este questionário permite avaliar os Esquemas Precoces Desadaptativos (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). A versão utilizada (YSQ-L2) é constituída por 205 itens de auto-preenchimento que correspondiam a 15 esquemas: Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social, Deficiência, Falhanço na Realização, Dependência Funcional, Vulnerabilidade ao Prejuízo ou Doença, Dependência Emocional, Subjugação, Auto-Sacrifício, Inibição Emocional, Padrão Rígido, Ignorar o Direito do Outro, Défice de Auto-Controlo e Indesejabilidade Social. Em cada item o individuo deve escolher, numa escala de Likert de 1 (Inteiramente falsa) e 6 (Descreve perfeitamente), o quão bem a frase o descreve. Se quiser, o individuo pode alterar a frase para melhor o descrever. Este questionário foi anexado (ver Anexo H).

8- Tarefa de Memórias Autobiográficas

Esta tarefa foi desenvolvida por Cláudio (2004). Consiste em solicitar aos participantes que refiram um acontecimento do seu passado em cada uma de 21 palavras (7 positivas, 7 neutras e 7 negativas).

Instrução

Antes de iniciar a tarefa, foi dita a instrução: “No ecrã vão aparecer palavras. Quero que leia cada uma das palavras com atenção e relate um acontecimento da sua vida que essa palavra lhe recorde. Não há respostas certas ou erradas, já que os acontecimentos são diferentes para pessoas diferentes”. À medida que cada palavra surgia no ecrã de um computador, foi dito ao sujeito: “E esta palavra que acontecimento da sua vida lhe recorda?”.

Apresentação das Palavras

Inicialmente foram apresentados cinco substantivos de treino de valência neutra, que serviam para confirmar se o sujeito tinha percebido a tarefa. Se não percebesse, a instrução era repetida. Após os cinco substantivos, iniciou-se a aplicação da tarefa de memória autobiográfica. Os substantivos usados no treino da tarefa foram, por ordem de apresentação: Sala, Prateleira, Cabelo, Bola e Escova. Os substantivos usados na Tarefa de Memória

autobiográfica foram, por ordem de apresentação: Alegria, Solidão, Chão, Tristeza, Sinceridade, Medo, Água, Maldade, Solidariedade, Doença, Caneta, Sapato, Felicidade, Mentira, Amor, Mesa, Parede, Inteligência, Amizade, Dor e Janela. A ordem das palavras foi falsamente aleatória, ou seja, aleatória com a condição de que não surgissem dois substantivos com a mesma valência consecutivamente (Cláudio, 2004).

A tarefa foi audiogravada (com autorização dos participantes) para ser posteriormente analisada. As palavras foram exibidas uma a uma a preto num fundo branco através do PowerPoint.

As memórias autobiográficas foram cotadas de acordo com: valência emocional do evento quando ocorreu (Positivo; Neutro; Negativo) e a especificidade da memória (específica, geral ou omissão). As memórias gerais foram subsequentemente cotadas como categóricas ou alargadas.

2.3. Procedimento

Foram estabelecidos contactos com diversas entidades a fim de obter uma amostra abrangente em termos de escala etária. Aderiram à investigação a Universidade de Terceira Idade gerida pela Câmara Municipal de Loures, a Santa Casa Misericórdia de Lisboa e uma Residência Sénior particular. Depois de aprovação por parte das entidades gestoras, os participantes foram contactados.

Cada participante foi contactado de forma a averiguar o interesse em participar na investigação. Foram fornecidas informações verbais quanto à experiência, confidencialidade e possibilidade de desistência em qualquer momento da investigação. Os objectivos e plano de investigação foram igualmente esclarecidos. Foi assinado o consentimento informado (ver anexo A) e atribuído um código de participante a cada um de modo a manter o seu anonimato.

No caso dos alunos da Universidade de Terceira Idade “Academia de Saberes”, o contacto foi estabelecido durante as aulas de Psicologia. Os participantes que aceitaram colaborar, assinaram o consentimento informado, responderam ao questionário sociodemográfico e às escalas clínicas (BSI, BDI, Inventário de Ansiedade Estado e Traço) em papel. Foram agendadas sessões individuais para aplicação do Mini Exame de Estado Mental (Mini-Mental Examination Scale), a Tarefa de Memórias Autobiográficas e preenchimento das restantes escalas clínicas (Escala de Vinculação do Adulto e Questionário de Esquemas de Young). Com alguns participantes existiu a necessidade de realizar mais do que duas sessões, devido ao cansaço e perda de concentração.

A aplicação com os residentes nas instituições seniores, foi realizada individualmente e em diversas sessões, para minimizar o impacto do cansaço e em média foram necessárias 6h por cada participante.

A análise estatística dos dados foi realizada através do software IBM SPSS Statistics, versão 20.

3. RESULTADOS

Para caracterizar a amostra foi usada uma base de dados com todas as memórias autobiográficas dos participantes.

Para as correlações utilizámos o coeficiente de correlação de Pearson e nos casos em que não se verificou existir distribuição normal ou homogeneidade de variâncias, foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman.

Na caracterização e comparação entre grupos, foi utilizada uma base de dados com todas as memórias de todos os participantes. 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.

3.1. Análise das escalas clínicas e comparação com memórias autobiográficas

Inventário de Depressão de Beck

No Inventário de Depressão de Beck (BDI) os participantes distribuíram-se entre um valor mínimo de 1 e um valor máximo de 37. A média de 13,56 indica Depressão Ligeira. No entanto o valor de DP=9,98 não permite caracterizar de uma forma global a população em relação à depressão. Pela análise descritiva constatou-se que no total de participantes se encontram: 5 sem depressão; 14 com depressão ligeira; 5 com depressão média; 8 com depressão severa- ver Tabela 1.

Tabela 1: Médias e desvios-padrão da BDI

	\bar{x}	DP.
BDI	13.56	9.987

Uma vez que os participantes não constituem um grupo homogéneo em relação à depressão, optou-se por uma separação entre dois grupos para realizar a análise das escalas clínicas. Assim um grupo é constituído por 19 participantes (5 participantes sem depressão e 14 com depressão ligeira) a que se denominou Grupo Depressão Ligeira e o outro com 13 participantes (5 com depressão média e 8 com depressão severa) a que se denominou Grupo Depressão Média. No grupo “Depressão Ligeira”, os participantes têm uma média de 6,74 com DP=3,572 e no grupo “Depressão Média” a média é de 23,54 e DP=7,546.

Tabela 2: Médias e desvios-padrão da BDI nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

	Depressão Ligeira		Depressão Média	
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.
BDI	6.74	3.572	23.54	7.546

STAI Estado e Traço

Utilizando testes de ANOVA e Kruskal-Wallis analisaram-se diferenças significativas quanto ao score da STAI traço ($\chi^2(1) = 6.164$; $p \leq 0.05$). Foram registados no grupo "Depressão Ligeira" valores médios mais baixos ($M_{STAI-T} = 36.89$; $DP = 5.517$) do que no grupo "Depressão Média" ($M_{STAI-T} = 46.08$).

Tabela 3: Médias e desvios-padrão da STAI Estado e Traço nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

	Depressão Ligeira		Depressão Média	
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.
STAI Estado	34.58	7.050	39.15	12.089
STAI Traço	36.89	5.517	46.08	10.688

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Utilizando testes de ANOVA e Kruskal-Wallis analisaram-se as diferenças entre os participantes do grupo "Depressão Ligeira" e o grupo "Depressão Média" quanto ao score Total da BSI. - ver tabela 4.

Tabela 4: Médias e desvios-padrão do score total da BSI nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"

	Depressão Ligeira		Depressão Média	
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.
BSI	86.47	17.608	94.77	30.139

Foi registada uma diferença estatisticamente significativa quanto ao score da dimensão Depressão do BSI ($\chi^2(1) = 3.958$; $p \leq 0.05$). No grupo "Depressão Ligeira" os valores médios são mais baixos ($M_{BSI} = 10.00$; $DP = 2.749$) do que no grupo "Depressão Média" ($M_{BSI} = 13.85$; $DP = 5.535$).

Para verificar a existência de correlação entre dimensões do BSI 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.

Tabela 5: *Correlações Pearson das dimensões da BSI com total de acontecimentos positivos, negativos, neutros e total de acontecimentos com palavras valência negativa nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"*

	Depressão Ligeira				Depressão Média			
	Total BSI	Ansiedade	Depressão	Somatização	Total BSI	Ansiedade	Depressão	Somatização
Total de A. Positivos	,456*	-	,468*	,504*	-	-	,558*	-
Total de A. Neutros	-	-	-	,467*	-	,562*	-	,583*
Total de A. Negativos	-	-	-	-	-	-	-	-
Total de A. Pal. Neg.	-	-	-	-	-	-	,624*	,565*

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Escala de Vinculação do Adulto 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. Os resultados não assinalaram diferenças significativas ($\alpha = 0,05$) – ver Tabela 6.

Tabela 6: *Médias e desvios-padrão das Dimensões da Escala de Vinculação do Adulto nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"*

	Depressão Ligeira		Depressão Média	
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.
EVA Ansiedade	1.82	0.717	1.91	0.370
EVA Conforto com a Proximidade	3.44	0.386	3.50	0.481
EVA Confiança nos Outros	3.48	0.454	3.31	0.504

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 Média”, a variável ansiedade tem uma correlação negativa com acontecimentos

positivos ($R_p = -0,594$; $p \leq 0,05$) e uma correlação positiva com acontecimentos neutros ($R_p = 0,738$; $p \leq 0,05$). No que se refere à variável confiança nos outros tem uma correlação negativa significativa com a variável total de acontecimentos positivos evocados ($R_p = -0,740$; $p \leq 0,01$). Nas restantes variáveis não existe correlação ($\alpha = 0,05$).

Relativamente aos estilos de vinculação, no grupo de “Depressão Ligeira”, a variável ansiedade correlacionou com a variável acontecimentos neutros evocados ($R_p = -0,587$; $p \leq 0,01$), a variável confiança nos outros correlacionou com a variável acontecimentos negativos evocados ($R_p = 0,469$; $p \leq 0,05$) e a variável conforto com a proximidade correlacionou com a variável acontecimentos neutros evocados ($R_p = 0,457$; $p \leq 0,01$). – ver Tabela 7.

Tabela 7: Correlações Pearson das dimensões de Vinculação com acontecimentos Positivos, Negativos e Neutros nos grupos “Depressão Ligeira” e “Depressão Média”

	Depressão Ligeira			Depressão Média		
	Ansiedade	Confiança nos Outros	Conforto com a Proximidade	Ansiedade	Confiança nos Outros	Conforto com a Proximidade
A. Positivos	-	-	-	-,594*	-	-
A. Neutros	-,587**	-	,457*	,738**	-,740**	-
A. Negativos	-	,469*	-	-	-	-

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Esquemas Precoces Desadaptativos e Memórias Autobiográficas

Quanto aos resultados totais obtidos no Questionário de Esquemas, a amostra está distribuída por um valor mínimo de 152 e um máximo de 345. A média obtida no grupo “Depressão Ligeira” é de 205.63 e $DP = 49,798$ e o grupo “Depressão Média” é de 225,15 e $DP = 37,463$ - ver Tabela 8.

Tabela 8: Médias e desvios-padrão do Questionário de Esquemas para os grupos “Depressão Ligeira” e “Depressão Média”

	Depressão Ligeira		Depressão Média	
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.
Questionário de Esquemas	205.63	49.798	225.15	37.463

Foi utilizada uma ANOVA e o teste de Kruskal Wallis para comparar os esquemas precoces desadaptativos nos grupos “Depressão Ligeira” e “Depressão Média” e verificou-se existirem diferenças significativas nos scores das dimensões Abandono ($\chi^2(1) = 4.188$; $p \leq 0,05$) e Deficiência ($\chi^2(1) = 3.964$; $p \leq 0,05$) do Questionário de Esquemas.

Foram registados no grupo “Depressão Ligeira” valores médios mais baixos nas dimensões Abandono ($M_{E-A} = 11.84$; $DP = 5.336$) e Deficiência ($M_{E-D} = 5.58$; $DP = 1.610$) do que no grupo “Depressão Média” ($M_{E-A} = 16.08$; $DP = 6.103$; $M_{E-D} = 6.08$; $DP = 1.382$).

Tabela 9: Correlações de especificidade das memórias com variáveis do Questionário de Esquemas de Young nos grupos “Depressão Ligeira” e “Depressão Média”

	Depressão Ligeira				Depressão Média			
	Específicas	Catagóricas	Alargadas	Omissões	Específicas	Catagóricas	Alargadas	Omissões
Dependência	-	-	-	-	-	-	-	,662*
Perda Emocional	-,494*	-	-	-	-	-	-,740**	-
Culpa	-	-	-	-	,623*	-	-	-
Abandono	-	-	-	-	-	-	,585*	-
Isolamento Social	-	-	-	-	-	-,694**	-	-
Deficiência	-	-	-	-	-	-	-	,561*

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$

Para verificar a existência de correlação entre esquemas precoces desadaptativos e a especificidade de memórias evocadas (específicas, catagóricas, alargadas e omissões), 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 grupo “Depressão Ligeira” verificou-se correlação negativa entre a dimensão memórias específicas e a dimensão perda emocional ($r_s = -0,494$; $p \leq 0,05$). Nos restantes esquemas não se verificaram correlações significativas ($\alpha = 0,05$).

Relativamente ao grupo “Depressão Média”, observou-se uma correlação significativa entre o esquema Culpa com a dimensão acontecimentos específicos ($r_s = -0,623$; $p \leq 0,05$). As memórias catagóricas tiveram uma correlação com a dimensão Isolamento Social ($r_s = 0,694$; $p \leq 0,01$). A dimensão memórias alargadas obteve correlação com esquema Perda Emocional ($r_s = -0,740$; $p \leq 0,01$) e esquema Abandono ($r_s = 0,585$; $p \leq 0,05$). As memórias omissas obtiveram correlação com o esquema Dependência ($r_s = 0,662$; $p \leq 0,05$) e Deficiência ($r_s = 0,561$; $p \leq 0,05$) – ver Tabela 9.

3.2. Análise das memórias autobiográficas

Resultados Gerais das Memórias Autobiográficas

Foram recolhidos 1633 registos. Destes, 1340 foram cotados como memórias autobiográficas e os restantes registos (293 omissões) não foram considerados para análise

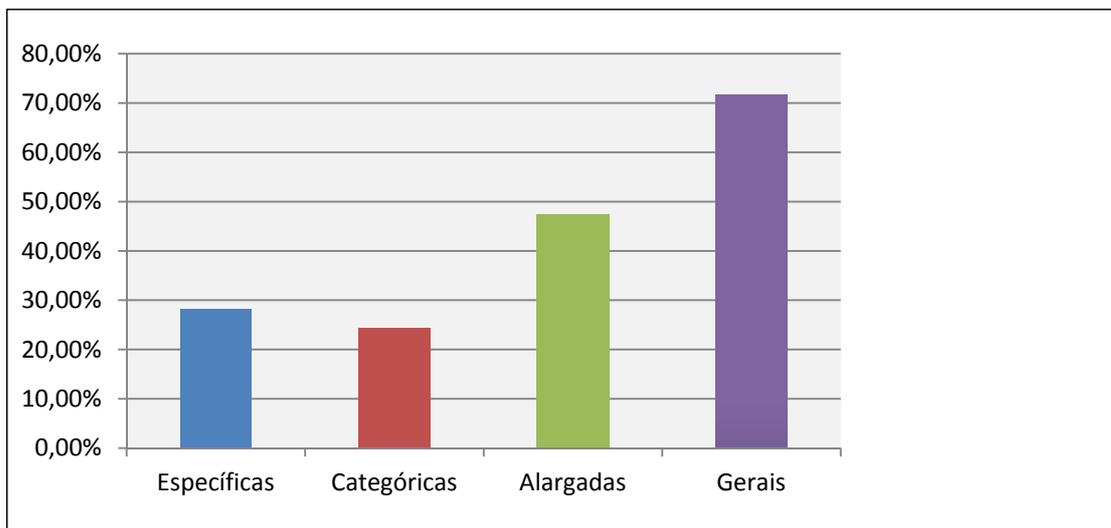
estatística. Das memórias autobiográficas, 366 foram específicas, 315 categóricas e 651 alargadas; 490 positivas, 465 negativas e 385 neutras.

Estrutura das Memórias Autobiográficas

Tal como ilustrado na Figura 4, o nível especificidade das Memórias Autobiográficas ficou distribuído por: 28,50% específicas, 24,53% categóricas e 46,96% alargadas (71,5% gerais).

A média de Memórias Autobiográficas específicas foi de 11,81 (DP=8,165), a de categóricas foi de 10,19 (DP=8,422) e as alargadas foi de 19,81 (DP=10,413). Utilizando um teste de Qui-Quadrado, observou-se que a proporção de memórias gerais é significativamente maior que a proporção de memórias específicas ($\chi^2(1) = 225.000$, $p \leq 0.001$).

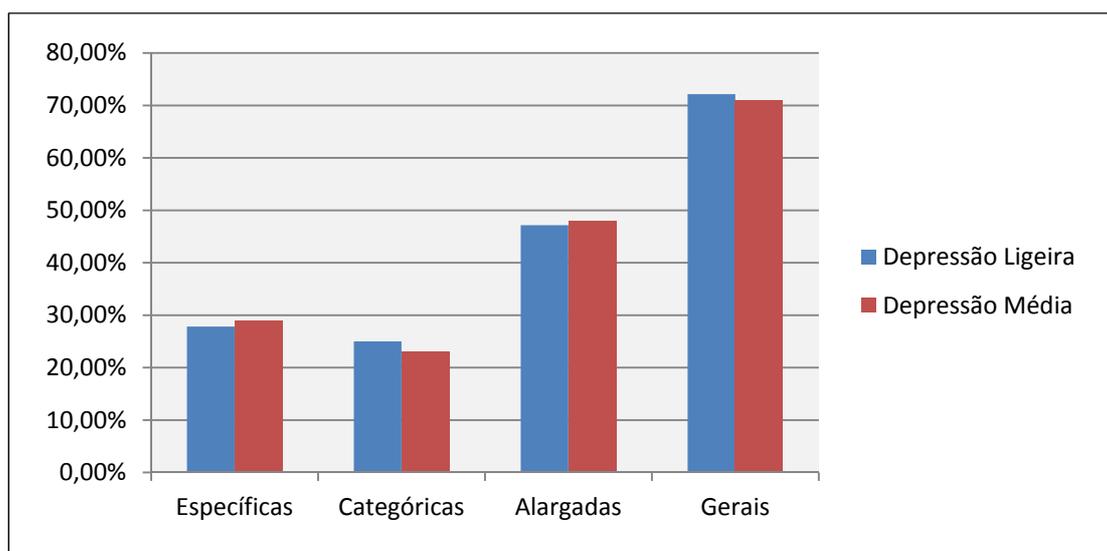
Figura 4: *Percentagem de Memórias Específicas, Categóricas, Alargadas e Gerais (Categóricas e Alargadas)*



Com o objectivo de tornar mais clara a análise das memórias autobiográficas, e á semelhança da análise realizada com as escalas clínicas, dividiu-se o grupo em dois. Foram analisadas as memórias em termos de estrutura para o grupo “Depressão Ligeira” e grupo “Depressão Média”.

As memórias autobiográficas analisadas no grupo “Depressão Média”, obtiveram resultados de 28,91% de memórias específicas, 23,03% de memórias categóricas, 48,04% de memórias alargadas e 71,07% de memórias gerais. No grupo “Depressão Ligeira”, as memórias autobiográficas foram compostas por 27,84% de memórias específicas, 25% de memórias categóricas, 47,16% de memórias alargadas e 72,16% de memórias gerais. Estes resultados podem ser observados na figura 5.

Figura 5: Percentagem de Memórias Específicas, Categóricas, Alargadas e Gerais do Grupo "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"



Relativamente às médias na especificidade de memórias autobiográficas no grupo “Depressão Ligeira”, os resultados obtidos foram: específicas (M = 12.89; DP = 9.608), categóricas (M = 11.58; DP = 10.351), alargadas (M = 21.84; DP = 10.029) e gerais (M = 31.79; DP = 15.087). As memórias autobiográficas registadas no grupo “Depressão Média” tiveram uma média de 10.23 com DP=5.403 de memórias específicas, uma média de 24,15 com DP=12.648 de memórias gerais, uma média de 8.15 para memórias categóricas e uma média de 17 com DP= 10.685 para memórias alargadas. Os resultados podem ser observados na Tabela 10.

Tabela 10: Médias, desvios-padrão de memórias Específicas, Gerais, Categóricas, Alargadas nos Grupos “Depressão Ligeira” e “Depressão Média”

	Depressão Ligeira		Depressão Média	
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.
Específicas	12.89	9.608	10.23	5.403
Gerais	31.79	15.087	24.15	12.648
Categóricas	11.58	10.351	8.15	3.870
Alargadas	21.84	10.029	17.00	10.685

Através de testes de ANOVA (e Kruskal-Wallis quando necessário) analisaram-se as diferenças entre os participantes do grupo “Depressão Ligeira” e o grupo “Depressão Média” quanto ao número e percentagem de memórias específicas, categóricas, alargadas e gerais. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas ($\alpha = 0.05$).

Valência das Memórias Autobiográficas

Em relação à valência das memórias autobiográficas, foram registradas 461 memórias negativas no total (34.70%), 490 memórias positivas (36.57%) e 385 memórias neutras (28.73%), como se pode ver na Figura 6.

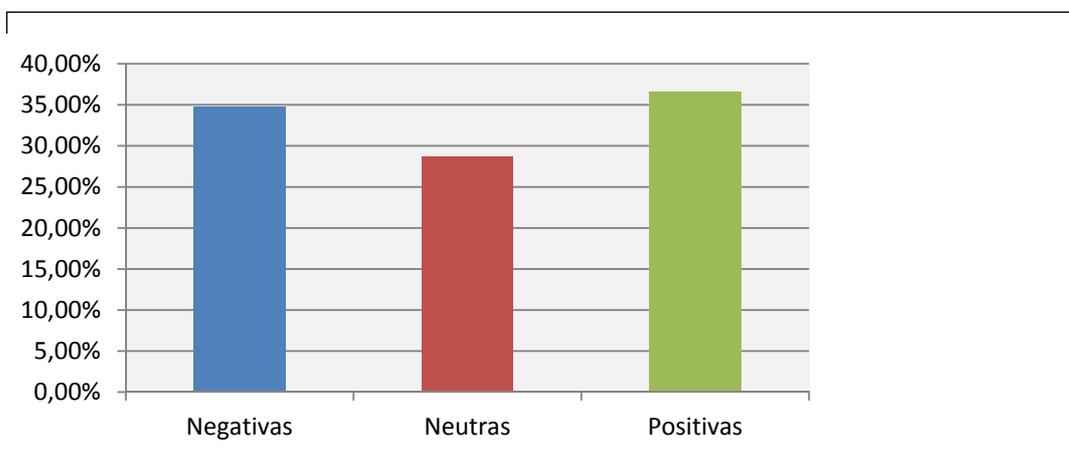


Figura 6: *Porcentagem de Memórias Negativas, Neutras e Positivas*

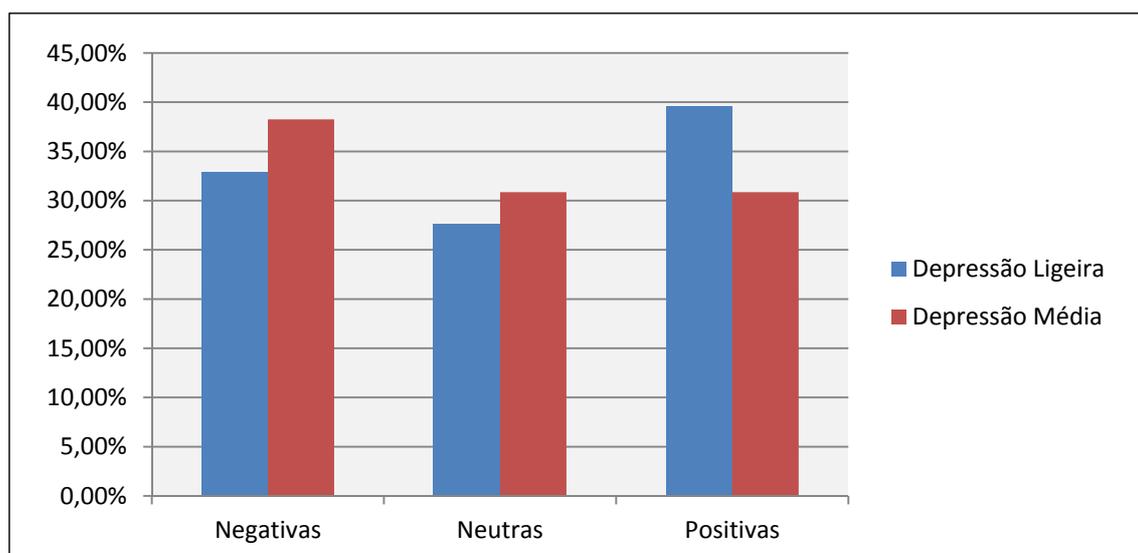
O valor em média de Memórias Autobiográficas negativas foi de 14.53 (DP = 7.238), de Memórias Autobiográficas positivas foi de 15.31 (DP = 9.379) e de Memórias Autobiográficas neutras foi de M = 12.03 (DP = 5.409).

Utilizando um teste de Qui-Quadrado, observou-se que o número de memórias positivas não é significativamente maior que o número de memórias negativas ($\alpha = 0.05$).

Utilizando um teste de Qui-Quadrado, observou-se ainda que o número de memórias neutras é significativamente menor que o número de memórias com valência emocional ($\chi^2(1) = 242.463$, $p \leq 0.001$). O número de memórias neutras continua a ser significativamente menor quando considerado apenas o número de memórias positivas ($\chi^2(1) = 12.600$, $p \leq 0.001$) ou negativas ($\chi^2(1) = 7.529$, $p \leq 0.01$).

Foi realizada novamente a análise de memórias autobiográficas pela divisão de grupos “Depressão Ligeira” e “Depressão Média”, no sentido de tornar mais claro os resultados quanto à valência. O primeiro grupo evocou 32,84% de memórias de valência negativa, 27,61% de memórias de valência neutra e 39,55% de memórias de valência positiva. Quanto ao grupo “Depressão Média”, foram evocadas 38,26% de memórias de valência negativa, 30,88% de memórias de valência neutra e 30,86% de memórias de valência positiva.

Figura 7: Percentagem de Memórias Negativas, Neutras e Positivas do Grupo "Depressão Ligeira" e "Depressão Média"



Foram utilizados de testes de ANOVA e Kruskal-Wallis para se analisarem as diferenças entre os participantes dos grupos quanto ao número e percentagem de memórias positivas, negativas e neutras, bem como quanto à valência média das memórias evocadas. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas no número de memórias positivas evocadas ($\chi^2(1) = 6.251$; $p \leq 0.05$) e percentagem de memórias positivas ($\chi^2(1) = 5.045$; $p \leq 0.05$). O grupo "Depressão Ligeira" tem média um maior número ($M_N = 18.32$; $DP = 10.703$) e percentagem ($M_P = 0.39$; $DP = 0.098$) de memórias positivas do que o grupo com depressão ($M_N = 10.92$; $DP = 4.499$; $M_P = 0.31$; $DP = 0.051$), como pode observado na Tabela 11.

Tabela 11: Médias, desvios-padrão de Memória, Negativas, Neutras e Positivas nos grupos "Depressão Ligeira" e "Depressão Média" e Qui-Quadrado.

	Depressão Ligeira		Depressão Média		χ^2
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.	
Negativas	15.21	6.061	13.54	8.856	-
Neutras	12.79	5.817	10.92	4.752	-
Positivas	18.32	10.703	10.92	4.449	6.251*

*** $p \leq 0.01$

Palavras Estímulo e Memórias Autobiográficas

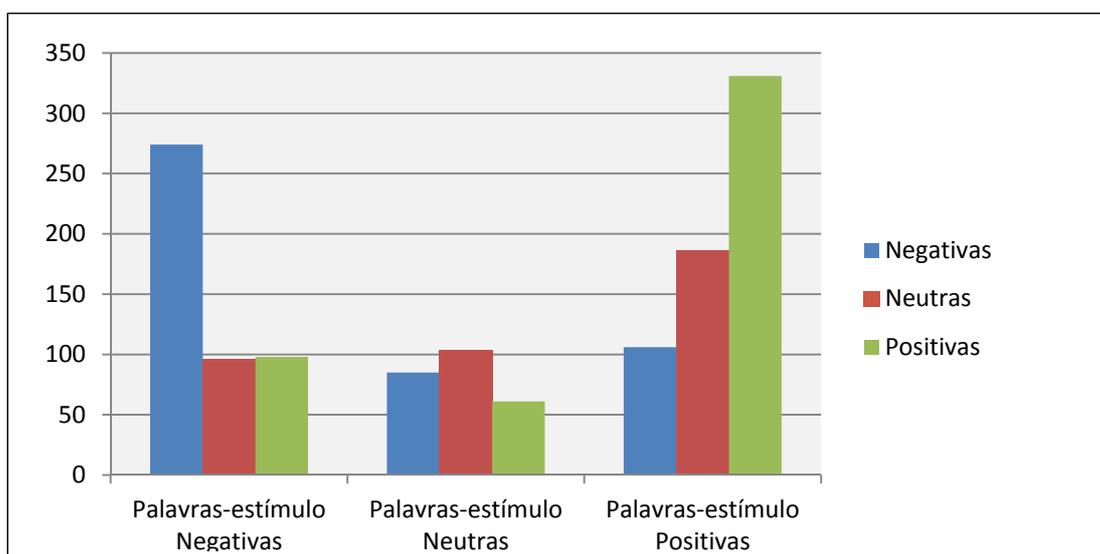
Foram evocadas 623 memórias para palavras-estímulo positivas (46.49%), 249 memórias para palavras-estímulo neutras (18.58%) e 468 memórias para palavras-estímulo negativas (34.93%).

Utilizando um teste de Qui-Quadrado, observou-se que estas proporções eram significativamente diferentes ($\chi^2(2) = 158.106$, $p \leq 0.001$). Foram evocadas mais memórias perante palavras-estímulo positivas que negativas, e mais memórias perante palavras-estímulo negativas que neutras.

Nas palavras-estímulo positivas foram evocadas 331 memórias positivas, 186 neutras e 106 negativas. Utilizando um teste de Qui-Quadrado, observou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre estas proporções ($\chi^2(2) = 128.281$, $p \leq 0.001$), sendo que foram evocadas mais memórias positivas que negativas e neutras.

Nas palavras-estímulo neutras foram evocadas 61 memórias positivas, 103 neutras e 85 negativas. Utilizando um teste de Qui-Quadrado, observou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre estas proporções ($\chi^2(2) = 10.699$, $p \leq 0.01$), sendo que foram evocadas mais memórias neutras que positivas e negativas. Nas palavras-estímulo negativas foram evocadas 98 memórias positivas, 96 neutras e 274 negativas. Utilizando um teste de Qui-Quadrado, observou-se que há diferenças estatisticamente significativas entre estas proporções ($\chi^2(2) = 133.897$, $p \leq 0.001$), sendo que foram evocadas mais memórias negativas que positivas e neutras.

Figura 8: Número de Memórias Negativas, Neutras e Positivas evocadas com Palavras-estímulo Negativas, Neutras e Positivas



Neste sentido, para confirmar esta ideia de congruência entre a valência da palavra-estímulo e a valência das memórias evocadas, foi utilizada uma ANOVA de medidas repetidas com uma correcção de Greenhouse-Geisser para comparar a valência média das memórias evocadas com palavras-estímulo negativas, neutras e positivas. De acordo com a

mesma observaram-se diferenças significativas entre a valência das memórias evocadas pelos três tipos de palavras-estímulo ($F(1.897, 58.794) = 49.898; p \leq 0.001$).

Tabela 12: Médias, desvios-padrão e significância estatística da diferença entre as médias de Valência das memórias evocadas nas Palavras-Estímulo Positivas, Neutras e Negativas

	Palavras-Estímulo						F
	Positivas		Neutras		Negativas		
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.	
Valência	0.38	0.290	-0.14	0.326	-0.41	0.354	49.898***

*** $p \leq 0.001$

Testes post hoc utilizando a correção de Bonferroni demonstram que as diferenças são todas estatisticamente significativas ($p \leq 0.01$), sendo que as memórias evocadas por palavras-estímulo negativas ($M = -0.41$; $DP = 0.354$) foram mais negativas que as memórias evocadas por palavras-estímulo neutras ($M = -0.14$; $DP = 0.326$), que por sua vez foram mais negativas que as memórias evocadas por palavras-estímulo positivas ($M = 0.38$; $DP = 0.290$)- ver tabela 12.

Utilizando testes de ANOVA não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na valência média das memórias evocadas por palavras-estímulo positivas, neutras e negativas entre os participantes do grupo “Depressão Ligeira” e do grupo “Depressão Média”. As médias e DP podem ser observados nas tabelas 13 e 14.

Tabela 13: Médias e desvios-padrão das médias de Valência das memórias evocadas nas Palavras-Estímulo Positivas, Neutras e Negativas no grupo "Depressão Ligeira"

	Depressão Ligeira					
	Positivas		Neutras		Negativas	
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.
Valência	0.31	0.328	-0.18	0.369	-0.33	0.342

Tabela 14: Médias e desvios-padrão das médias de Valência das memórias evocadas nas Palavras-Estímulo Positivas, Neutras e Negativas no grupo "Depressão Média"

	Depressão Média					
	Positivas		Neutras		Negativas	
	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.	\bar{x}	DP.
Valência	0.34	0.230	-0.09	0.255	-0.52	0.352

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Quanto à Hipótese 1: “Nos idosos são evocadas mais memórias autobiográficas gerais que específicas”, os dados da investigação mostraram que a proporção de memórias gerais é significativamente maior que a proporção de memórias específicas.

Quando se dividiu o grupo em participantes sem depressão/depressão ligeira e depressão média/severa, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no número e percentagem de memórias específicas, categóricas, alargadas e gerais. A depressão parece não interferir directamente no grau de especificidade das memórias autobiográficas evocadas por adultos idosos. Embora o objectivo deste estudo não seja o de avaliar o efeito da depressão nas memórias autobiográficas de adultos idosos, e o desenho da investigação não tenha sido realizado com esse intuito, os resultados são congruentes com a literatura (Birch & Davidson, 2007).

A redução na especificidade tende a ser atribuído a uma consequência do processo de senescência que dificulta o desempenho das funções executivas (Piolino, Coste, Martinelli, & Macé, 2010). Os resultados estão assim de acordo com a literatura, que aponta que os adultos idosos têm uma maior dificuldade em aceder ao nível mais específico de memórias (Levine et al., 2002; Piolino et al., 2010; Piolino, 2003).

Relativamente à Hipótese 2: “São evocadas mais memórias autobiográficas de valência positiva que de valência negativa”

Foi observado que o número de memórias autobiográficas de valência emocional positiva no grupo geral não é significativamente maior que o número de memórias autobiográficas de valência negativa. O número de memórias de valência positiva é superior ao número de valência negativa mas a diferença não é estatisticamente significativa. Com a divisão do grupo em dois, “Depressão Ligeira” e “Depressão Média”, constatou-se que o número e percentagem de memórias com valência positiva é significativamente maior no primeiro. A inclusão de participantes com depressão severa no grupo geral não altera substancialmente os resultados mas neste caso dilui o efeito positivo das memórias autobiográficas em adultos idosos.

A literatura aponta para que os adultos idosos evoquem mais memórias autobiográficas positivas que negativas (p.e. Charles et al., 2003; Chung, 2010; Holland et al., 2012; Spaniol, Voss, & Grady, 2008) o que é congruente com os resultados encontrados.

Hipótese 3: “Nos idosos as palavras-estímulo de valência neutra evocam mais memórias autobiográficas de valência emocional (positivas e negativas) que de valência neutra”. Dentro das palavras estímulo de valência neutra (hipótese 3) verificou-se que ao contrário do que aconteceu com as palavras estímulo de valência emocional, em que cada palavra correspondeu a uma memória emocional de valência equivalente, estas evocaram mais memórias de valência emocional que de valência neutra. Dentro destas memórias emocionais, registou-se uma maior proporção de memórias autobiográficas negativas. Confirma a importância da emoção na codificação e evocação das memórias autobiográficas em adultos idosos (Berntsen & Rubin, 2002; Breslin & Safer, 2013; Denburg, Buchanan, Tranel, & Adolphs, 2003; St Jacques & Levine, 2007). Os adultos idosos, em termos gerais, têm um maior controlo das emoções que os adultos jovens, mais capacidade e flexibilidade na resolução de dilemas e recordam melhor a informação com carga emocional do que factos neutros (May et al., 2005).

A hipótese 3 foi confirmada.

Quanto à hipótese 4 “existe uma relação entre sintomatologia depressiva na evocação de memórias autobiográficas de valência negativa”, não existiu uma confirmação. No entanto, registou-se que quanto maior o valor do BDI, menor é a percentagem de memórias de valência positiva.

Considerando que a amostra é composta por uma população não clínica, não existe uma comparação demarcada entre sujeitos com sintomatologia depressiva e de controlo. À semelhança do que foi verificado noutro estudo (Aurélio & Cláudio, 2009), em que amostra não era homogênea em relação ao diagnóstico de depressão, os resultados encontrados não permitiram estabelecer uma relação entre humor e memórias autobiográficas de valência negativa.

Um aspecto bem documentado no estudo das memórias autobiográficas é a propensão demarcada pelo número de memórias autobiográficas de valência positiva, tal como abordado anteriormente. Não existindo estudos que nos indiquem claramente a relação entre a congruência de humor nas memórias autobiográficas e depressão em adultos idosos, podemos colocar a hipótese que em presença de sintomatologia depressiva este efeito positivo seja diminuído ou atenuado.

Na hipótese 5 “existe uma relação entre o estilo de vinculação inseguro e a evocação de memórias autobiográficas de valência negativa”, não foi confirmada. No que se refere aos

estilos de vinculação, no grupo de “Depressão Ligeira”, observou-se que na dimensão Ansiedade existe uma correlação negativa com acontecimentos positivos, o que é congruente com um perfil ansioso. Não existem, no entanto, qualquer correlação com acontecimentos de valência negativa. Relativamente aos estilos de vinculação, no grupo de Depressão Ligeira, a variável ansiedade correlacionou com a variável acontecimentos neutros evocados o que será típico de um perfil ansioso. Igualmente não existem correlações com acontecimentos de valência negativa.

A literatura aponta para que em indivíduos que manifestem um estilo de vinculação inseguro, as memórias autobiográficas de valência negativa sejam mais acessíveis e em maior número (Haggerty et al., 2010; Mario Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). A não confirmação deste resultado discrepante em relação às investigações realizadas pode ser explicada pelo facto de se tratar de uma amostra com uma população não clínica e de não ser uma amostra homogénea. Por outro lado, não existindo suficientes investigações que relacionem as memórias autobiográficas em adultos idosos e estilos de vinculação precoces, podemos atribuir estes resultados a mais um elemento caracterizador desta população. De facto, o impacto dos estilos de vinculação precoces inseguros podem ser atenuados com a idade pelo efeito compensador positivo e pela gestão emocional mais eficiente observada.

Quanto à hipótese 6 “existe uma relação entre esquemas desadaptativos precoces e especificidade de memórias autobiográficas”, foi confirmada. No grupo “Depressão Ligeira” verificou-se correlação negativa entre a dimensão memórias específicas e a dimensão perda emocional. Relativamente ao grupo “Depressão Média”, observou-se uma correlação significativa negativa entre o esquema Culpa e dimensão acontecimentos específicos. As memórias categóricas estão correlacionadas com a dimensão Isolamento Social. A dimensão memórias alargadas obteve correlação com esquema Perda Emocional. As memórias omissas obtiveram correlação com o esquema Dependência e Deficiência.

Os resultados são congruentes com a literatura. A existência de esquemas desadaptativos leva a que exista uma inibição da evocação de memórias autobiográficas a um nível mais específico, quando os conteúdos são relativos a esquemas significativos (Williams et al., 2007).

4. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta investigação indicam que os adultos idosos evocam mais memórias autobiográficas gerais que específicas. Na literatura, os estudos realizados confirmam este factor diferenciador entre adultos jovens e adultos idosos e apontam para que seja provocada pelo défice na função executiva.

O efeito de generalização na evocação de memórias autobiográficas está igualmente relacionado com a emoção. Pacientes com perturbações emocionais, como a depressão, tendencialmente evocam um maior número de memórias gerais e têm dificuldade em recordar informações mais específicas. Apesar de existir uma diferença significativa entre médias na variável depressão e ansiedade (BSI, BDI e STAI) para os dois grupos criados, “Depressão Ligeira” e “Depressão Média”, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre estes quanto ao grau de especificidade de memórias autobiográficas evocadas. Haringsma, Spinhoven, Engels e Van Der Leeden, (2010) confirmaram este resultado ao investigar a consistência do nível de especificidade da tarefa de memória autobiográfica. Os autores concluíram que a especificidade não é um marcador cognitivo nem indicador de depressão em adultos idosos. Nesta investigação, teria sido interessante ter um grupo de controlo sem depressão para o estudo mais aprofundado do efeito de generalização de memórias.

Quanto à valência das memórias autobiográficas, existe uma predominância de memórias de valência positiva evocadas nos idosos. No grupo geral, a diferença não é estatisticamente significativa mas com a separação de grupos, e a retirada dos participantes com depressão severa, esta diferença é significativa.

Não foi encontrada qualquer correlação entre sintomatologia depressiva e número de memórias de valência negativa evocadas. Na análise entre grupos “Depressão Média” e “Depressão Ligeira”, também não foi encontrada nenhuma correlação entre memórias de valência negativa. A tendência dos adultos idosos para se focarem em material de valência emocional positiva pode atenuar os efeitos da depressão. Em termos globais, registou-se que apesar dos grupos “Depressão Ligeira” e “Depressão Média” terem um perfil muito distinto quanto à variável depressão e ansiedade, não existem diferenças significativas nas características e valência das memórias autobiográficas.

Quanto aos resultados obtidos através do questionário de esquemas de Young, pode ser observado que os esquemas precoces desadaptativos influenciaram a especificidade das memórias evocadas, existindo um efeito de generalização. As vivências e perdas decorrentes

do envelhecimento, podem reforçar os esquemas e a recorrência aos mesmos. Quando as palavras escolhidas na tarefa de memória autobiográfica estão directamente ligadas ao conteúdo ou a questões ligados ao esquema disfuncional, é mais provável que as memórias evocadas sejam mais gerais.

Uma limitação desta, e de outras investigações com adultos idosos, prende-se com os instrumentos escolhidos. Os projectos de investigação científica utilizam na sua maioria participantes jovens, que faz com que existam poucos instrumentos adaptados para a população idosa. Devido à deterioração de funções sensoriais e diminuição da atenção, os adultos idosos têm uma maior dificuldade na participação. Nesta investigação tentou-se minimizar os efeitos do cansaço ao aumentar o número de sessões para a aplicação da tarefa e das escalas. No entanto, enquanto não existirem instrumentos adaptados e validados para idosos, existirá sempre um factor discriminatório que interfere com os resultados das investigações.

Os estudos encontrados sobre memórias autobiográficas em adultos idosos com depressão abordam com maior frequência o efeito de generalização e não a emoção. Como foi abordado anteriormente, a especificidade das memórias é central no estudo diferencial dos adultos idosos mas não parece ser um bom indicador quando se estuda a depressão em particular. Os resultados obtidos na literatura apontam para uma diminuição do nível de especificidade em idosos com depressão, mas não diferem dos resultados encontrados em amostras não clínicas. Por isso seria importante, que o estudo das memórias em adultos idosos com depressão incluísse a valência das memórias.

Se com a idade existe um reforço na capacidade de evocação de memórias de valência positiva, este dado pode ser fundamental para a psicoterapia em adultos idosos. Por exemplo, poderá ser enfatizado a terapia de reminiscências e conseguir aceder a um nível mais específico de memórias.

Outra questão relevante prende-se com o défice na função executiva associado à senescência. No decurso da investigação, foi notório a capacidade cognitiva de pessoas com mais idade (inclusive uma senhora com 100 anos), em comparação com pessoas mais novas (com 60 anos). Não existindo patologia, parece que outros factores podem ser mais importantes no decréscimo da função executiva do que o processo natural de senescência. Factores como o estilo de vida, nível de estimulação cognitiva, o humor tendem a assumir uma relevância maior com a idade permitindo um envelhecimento activo.

A investigação psicológica neste domínio torna-se assim primordial não só pela necessidade de evolução da ciência mas para que se consiga corresponder às necessidades específicas da pessoa idosa.

A inexistência de estudos que relacionem as características específicas dos idosos em conjunto com as memórias autobiográficas, pode tornar este trabalho num primeiro passo para futuras investigações.

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.
- Alba, J., & Hasher, L. (1983). Is memory schematic? *Psychological Bulletin*, 93, 203- 231.
- 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.
- Arbuckle, T. Y., Vanderleck, V. F., Harsany, M., & Lapidus, S. (1990). Adult age differences in memory in relation to availability and accessibility of knowledge-based schemas. *Journal of Experimental Psychology. Learning, Memory, and Cognition*, 16(2), 305–15.
- Aurélio, J., & Cláudio, V. (2009). Congruência de humor em memórias autobiográficas de infância de indivíduos com depressão. *Análise Psicológica*, 2, 159–173.
- Balola, M., & Cláudio, V. (2014). Autobiographical Memories in Older Adults. *Psychology, Community & Health*, 3(1), 50–61.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, VI, 2, 159-170.
- Baltes, P. B., & Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: a new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12(1), 12–21.
- Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (1993). The Search for a Psychology of Wisdom. *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 75–80.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad, traumatic and involuntary memories. *Psychology and Aging*, 17(4), 636–652.
- Berntsen, D., Rubin, D., & Siegler, I. (2011). Two versions of life: Emotionally negative and positive life events have different roles in the organization of life story and identity. *Emotion*, 11(5), 1190–1201.
- Bowlby, J. (1982). *Vínculo 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: parente-child attachment and healthy human development*. Basic Books: London.
- Breslin, C., & Safer, M. (2013). Aging and long-term memory for emotionally valenced events. *Psychology and Aging, 28*(2), 346–51.
- Braun, M. & Lalonde, R. (1990). Les déclin des fonctions cognitives chez la personne âgée: Une perspective neuropsychologique. *Canadian Journal of Aging, 9*, 2, 135-158.
- 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.
- Carrillo-Mora, P. (2013). Sistemas de memoria : reseña histórica , clasificación y conceptos actuales . Segunda parte : Sistemas de memoria de largo plazo : Memoria episódica , sistemas de memoria no declarativa y memoria de trabajo, *33*(2), 197–205.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. (J. J. Gross, Ed.) (pp. 307–323). Nova Iorque: The Guilford Press.
- Charles, S. T., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: the forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology. General, 132*(2), 310–324.
- Chopik, W. J., Edelstein, R. S., & Fraley, R. C. (2013). From the cradle to the grave: age differences in attachment from early adulthood to old age. *Journal of Personality, 81*(2), 171–83.
- Chung, C. (2010). Effects of view of life and selection bias on emotional memory in old age. *GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology, 23*(3), 161–168.
- Cláudio, V. (2004). *Da trama das minhas memórias o fio que tece a depressão: Esquecimento dirigido e memória autobiográfica na depressão major*. Lisboa: ISPA.
- Claudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão, *2*, 143–157.
- Claúdio, V., Garcez Aurélio, J., & Machado, P. P. P. (2012). Autobiographical memories in major depressive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(5), 375–89.
- Conway, M. A. (1996). Autobiographical knowledge and autobiographical memories. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 67–93). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Conway, M. A., & Pleydell-pearce, C. W. (2000). The Construction of Autobiographical Memories in the Self-Memory System. *Psychological Review, 107*(2), 261–288.
- Denburg, N. L., Buchanan, T. W., Tranel, D., & Adolphs, R. (2003). Evidence for preserved emotional memory in normal older persons. *Emotion (Washington, D.C.), 3*(3), 239–253.

- Ebner, N. C., Riediger, M., & Lindenberger, U. (2009). Schema reliance for developmental goals increases from early to late adulthood: improvement for the young, loss prevention for the old. *Psychology and Aging, 24*(2), 310–23.
- Edelstein, R. S. (2006). Attachment and Emotional memory: Investigating the source and extend of avoidant memory impairments. *Emotion, 6*(2), 340–345.
- Fonseca, António (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Ford, J., Rubin, D. C., & Giovanello, K. S. (2014). Effects of task instruction on autobiographical memory specificity in young and older adults. *Memory, 22*(6), 722-736.
- Fraley, R. C., Gamer, J. P., & Shaver, P. R. (2000). Adult Attachment and the Defensive Regulation of Attention and Memory: Examining the Role of Preemptive and Postemptive Defensive Processes. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(5), 816–826.
- Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment and the suppression of unwanted thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*(5), 1080–91.
- Gleitman, H. (1993). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia, 1*(9), 9–10.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, C. G., & Hsu, A.Y. C. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging, 12*, 590–599.
- Haggerty, G., Siefert, C., & Weinberg, J. (2010). Examining the relationship between current attachment status and freely recalled autobiographical memories of childhood. *Psychoanalytic Psychology, 27*(1), 27–41.
- Haringsma, R., Spinhoven, P., Engels, G. I., & Van Der Leeden, R. (2010). Effects of sad mood on autobiographical memory in older adults with and without lifetime depression. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society, 49*(Pt 3), 343–357.
- Hashtroudi, S., Johnson, M.K., & Chrosniak, L.D. (1989). Aging and source monitoring. *Psychology and Aging, 4*, 106-112
- Holland, C. a, Ridout, N., Walford, E., & Geraghty, J. (2012). Executive function and emotional focus in autobiographical memory specificity in older adults. *Memory (Hove, England), 20*(8), 779–93.

- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE/DECP/Serviço de Estudos sobre a População
- Kennedy, Q., Mather, M., & Carstensen, L. (2004). The role of motivation in the age-related positivity effect in autobiographical memory. *Psychological Science, 15*(3), 208–214.
- Levine, B., Svoboda, E., & Hay, J. (2002). Aging and autobiographical memory: dissociating episodic from semantic retrieval. ... *and Aging, 17*(4), 677–689.
- Maki, Y., Janssen, S. J., Uemiya, A., & Naka, M. (2013). The phenomenology and temporal distributions of autobiographical memories elicited with emotional and neutral cue words. *Memory, 21*(3), 286-300.
- May, C. P., Rahhal, T., Berry, E. M., & Leighton, E. (2005). Aging, source memory, and emotion. *Psychology and Aging, 20*(4), 571–8.
- Mccarthy, G., & Davies, S. (2003). Some Implications of Attachment Theory for Understanding Psychological Functioning in Old Age : An Illustration from the Long-term Psychological Effects of World War Two. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 144–155.
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: the accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(5), 917–25.
- Mikulincer, M., Shaver, P., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*(2), 77–102.
- Piolino, P., Desgranges, B., Benali, K., & Eustache, F. (2002). Episodic and semantic remote autobiographical memory in ageing. *Memory (Hove, England), 10*(4), 239–257.
- Piolino, P. (2003). Autobiographical memory in aging. *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement, 1*, 25–35.
- Piolino, P., Coste, C., Martinelli, P., & Macé, A. (2010). Reduced specificity of autobiographical memory and aging: Do the executive and feature binding functions of working memory have a role? *Neuropsychologia, 48*(2), 429–440.
- Prebble, S. C., Addis, D. R., & Tippett, L. J. (2013). Autobiographical memory and sense of self. *Psychological Bulletin, 139*(4), 815–40.
- Reed, A. E., Chan, L., & Mikels, J. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: Age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and Aging, 29*(1), 1–15.
- Ricarte, J. J., Latorre, J. M., Ros, L., Navarro, B., Aguilar, M. J., & Serrano, J. P. (2011). Overgeneral autobiographical memory effect in older depressed adults. *Aging & Mental Health, 15*(8), 1028–37.

- Ros, L., & Latorre, J. M. (2010). Gender and age differences in the recall of affective autobiographical memories using the autobiographical memory test. *Personality and Individual Differences, 49*(8), 950–954.
- Rubin, D. (2014). Schema-driven construction of future autobiographical traumatic events: The future is much more troubling than the past. *Journal of Experimental Psychology: General, 143*(2), 612–30.
- Rubin, D. C. (2005). A Basic-Systems Approach to Autobiographical Memory. *Current Directions in Psychological Science, 14*(2), 79–84.
- Rubin, D. C. (2006). The Basic-Systems Model of Episodic Memory. *Perspectives on Psychological Science, 1*(4), 277–311.
- Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2009). The frequency of voluntary and involuntary autobiographical memories across the life span. *Memory & Cognition, 37*(5), 679–688.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging, 19*(2), 270–277.
- Schroots, J., & Birren, J., (1980). "A psychological point of view toward human aging and adaptability", in *Adaptability and aging*, Proceedings of 9th International conference of social Gerontology , Quebec, Canada, 43-54.
- Spaniol, J., Voss, A., & Grady, C. L. (2008). Aging and emotional memory: cognitive mechanisms underlying the positivity effect. *Psychology and Aging, 23*(4), 859–872.
- Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi.
- St Jacques, P. L., & Levine, B. (2007). Ageing and autobiographical memory for emotional and neutral events. *Memory (Hove, England), 15*(2), 129–144.
- St Jacques, P. L., Rubin, D. C., & Cabeza, R. (2012). Age-related effects on the neural correlates of autobiographical memory retrieval. *Neurobiology of Aging, 33*(7), 1298–310.
- St-Laurent, M., Abdi, H., Burianová, H., & Grady, C. L. (2011). Influence of aging on the neural correlates of autobiographical, episodic, and semantic memory retrieval. *Journal of Cognitive Neuroscience, 23*(12), 4150–63.
- Stopa, L., & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: short form. *Psychology and Psychotherapy, 78*(Pt 1), 45–57.
- Tomaszczyk, J. C., & Fernandes, M. A. (2012). A positivity effect in autobiographical memory, but not phonemic fluency, in older adults. *Neuropsychology, Development, and Cognition. Section B, Aging, Neuropsychology and Cognition, 19*, 699-722.

- Tulving, E. (1993). What is episodic memory? *Current Directions in Psychological Science*, 2(3), 67–70.
- Waters, T., Bauer, P., & Fivush, R. (2014). Autobiographical Memory Functions Served by Multiple Event Types. *Applied Cognitive Psychology*, 28, 185–195.
- Williams J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In Rubin D. C. (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244–267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Herman, 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.

ANEXOS

Anexo A: 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 Cecília Morais Lopes se encontra a realizar no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica 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:

Cecília Morais Lopes através do 962418787 ou cecilia.morais@gmail.com;

Michele Balola através do 967555239 ou michelebalola@gmail.com.

Participante _____ Data _____

Investigador: _____ Data _____

Anexo B: Questionário de Caracterização da Amostra

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: Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

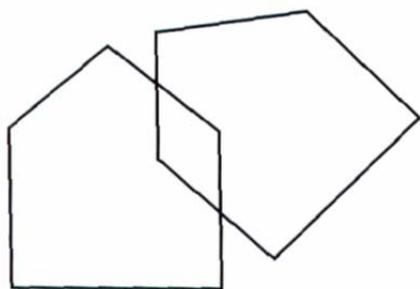
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: _____

Anexo D: 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. <u>Não</u> 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 <u>desconfortável</u> 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 E: Inventário de Ansiedade Estado e Traço-Forma Y (STAI-Y)

DATA: ____/____/____

Nº _____

Inventário de Ansiedade Estado

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	MODERADAMENTE	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 F: Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações.

Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione 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 irrita 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.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 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 G: Inventário de Sintomas Psicopatológicos

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"/>				

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
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 (encortçamento 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. Tenho 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 ____