



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

A CENTRALIDADE DOS EVENTOS  
TRAUMÁTICOS EM EX-COMBATENTES DE  
GUERRA

SANDRA CRISTINA MONTEIRO RIBEIRO

Orientador de Dissertação:

VICTOR CLÁUDIO

Coordenador de Seminário de Dissertação:

VICTOR CLÁUDIO

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

MESTRE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

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

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Victor Cláudio expresso a minha gratidão, por todo apoio, orientação, compreensão, investimento e principalmente por ter-me feito sentir parte integrante da sua equipa de investigação.

À Mestre Michele Balola agradeço a constante disponibilidade, por ter acreditado em mim e assim ter-me tranquilizado quanto à concretização da presente dissertação de mestrado. Obrigada por todos os materiais cedidos, sugestões e correções.

Sem a ajuda do Professor Doutor Victor Cláudio e Mestre Michele Balola a presente investigação teria perdido riqueza. Agradeço a ambos todo o trabalho que desenvolveram comigo, foi para mim uma honra e agradável experiência trabalhar convosco.

Ao Mestre Pedro Agria manifesto a minha gratidão, pela disponibilidade, paciência e orientação estatística que me deu.

À Liga dos combatentes e Associação dos Deficientes das Forças Armadas agradeço a contribuição neste projeto de investigação. Sem a vossa cooperação não teria sido possível a concretização deste estudo. Agradeço a forma hospitaleira com que me receberam nas vossas instalações e não posso deixar de salientar o quão gratificante foi conhecer o vosso trabalho e a vossa gente.

Agradeço aos 36 combatentes na guerra das ex-colónias que participaram neste projeto de investigação. Sinto-me grata por ter tido a oportunidade de ouvir em 1ª mão as experiências positivas e negativas associadas a esse evento, foi para mim uma experiência rica viver a guerra das ex-colónias através dos vossos relatos. Obrigado.

Agradeço aos meus amigos e família pelo apoio ao longo deste percurso. Foi importante poder contar com o vosso amor e companheirismo nesta fase da minha vida que exigiu completo empenho e perseverança.

Estou grata a todos que investiram na minha vida, quer em cuidados, quer em exortações, em formação académica e científica, em sabedoria e orações.

Obrigado a todos vocês!

## RESUMO

Estudos recentes sugerem que a memória de eventos traumáticos tem um impacto significativo na organização dos eventos de vida. Posto isto, investigámos a centralidade dos eventos traumáticos em ex-combatentes de guerra e procurámos analisar a influência dos esquemas precoces na vivência desses eventos. A amostra é constituída por 36 ex-combatentes de guerra com idades entre os 60 e 82 anos. Administrou-se uma bateria de instrumentos clínicos, questionário sócio-demográfico, inventário de depressão de Beck (BDI-I), posttraumatic stress disorder (PCL-M), questionário de esquemas e a centrality of events scale (CES). À exceção da CES, todos os instrumentos estão adaptados e validados para a população Portuguesa. Aplicámos a versão Portuguesa dos instrumentos e adaptamos a CES. Os resultados indicam esquemas precoces desadaptativos são preditores da integração central do evento de guerra na memória autobiográfica, destacando-se o esquema “medo de perder o controlo”. Os esquemas desadaptativos são preditores de depressão e stress pós-traumático, havendo comorbilidade de sintomas na amostra. Assim, a CES têm impacto na história de vida, identidade e expectativas futuras mas devido ao efeito dos esquemas do *self*.

**Palavras-Chave:** Centralidade de eventos traumáticos, Esquemas precoces desadaptativos, Stress pós-traumático, Depressão, Ex-combatentes de guerra

## ABSTRACT

Recent studies suggest that memory for traumatic events have a significant impact on the organization of life events. That said, we investigated the centrality of traumatic events on ex war combatants and tried to analyze the influence of the schemes in the early experiences of these events. The sample consists of 36 former war combatants, aged between 60 and 82 years. Were administered a battery of clinical instruments, socio-demographic questionnaire, Beck Depression Inventory (BDI), posttraumatic stress disorder (PCL-M) questionnaire schemes and centrality of events scale (CES). Except for the CES, all instruments are adapted and validated for the Portuguese population. The results indicate early maladaptive schemas are predictors of central integration event of war in autobiographical memory, highlighting the scheme "fear of losing control". The maladaptive schemas are predictors of depression and PTSD, with symptoms of comorbidity in the sample. Thus, the CES have an impact on life history, identity and future expectations but due to the effect of the schemes of the self.

**Key-Words:** Centrality of traumatic events, early maladaptive schemas, PTSD, Depression, former war combatants.

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Memória	3
2.1.1. Memória Autobiográfica	4
2.2. Emoção e memória	7
2.3. Centralidade das memórias	9
2.3.1. Impacto de eventos traumáticos na História de Vida	10
2.3.2. Impacto do trauma na Identidade	10
2.3.3. Impacto do trauma nas expectativas futuras	11
2.4. Teoria de Esquema	11
2.4.1. Desconexão e Rejeição	12
2.4.2. Autonomia e Desempenho Prejudicados	13
2.4.3. Enfraquecimento dos Limites	14
2.4.4. Orientação Para o Outro	14
2.4.5. Supervigilância e Inibição	15
2.5. Stress pós-traumático e depressão	16
2.5.1. Stress pós-traumático	17
2.5.1.1. Stress pós-traumático e memória	18
2.5.1.2. Stress pós-traumático em ex-combatentes	18
2.5.2. Depressão	19
2.5.2.1. Depressão e Memória	20
2.6. Objetivos de estudo e hipóteses de investigação	20
3. MÉTODO	22
3.1. Delineamento	22
3.2. Participantes	22
3.3. Instrumentos	25
3.3.1. Questionário Sócio-Demográfico	25
3.3.2. Inventário de Depressão de Beck	25
3.3.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Militar Version (PCL-M)	25
3.3.4. Questionário de Esquemas de Young	26
3.3.5. Escala da Centralidade de eventos (CES)	26

3.4. Procedimento	26
4. RESULTADOS	28
5. DISCUSSÃO	40
6. CONCLUSÃO	50
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
8. ANEXOS	60

#### LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Descrição das variáveis de caracterização da amostra.	24
Tabela 2. Diferenças na média e desvio padrão no BDI, PCL-M, T-Esquemas e T-CES entre indivíduos que tomam e não tomam atualmente medicação psicofarmacológica.	30
Tabela 3. Correlação de Spearman dos 15 esquemas do questionário de Young com BDI, PCL-M e T-CES.	32
Tabela 4. Modelo de Regressão Linear dos 15 esquemas precoces Desadaptativos com o BDI e PCL-M.	38

#### LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diferença de médias no BDI, PCL-M, CES e Total de Esquemas entre os grupos que responderam afirmativamente ou negativamente à questão do acompanhamento psicológico/psicoterapêutico.	28
Figura 2. Diferença de médias no BDI, PCL-M, CES e Total de Esquemas entre os grupos que responderam afirmativamente ou negativamente à questão do Tratamento Psiquiátrico.	29
Figura 3. Diferença de médias entre o grupo sem e com sintomas de depressão.	34
Figura 4. Diferença de médias entre o grupo sem e com sintomas de stress pós-traumático.	35

## 1. INTRODUÇÃO

A presente investigação, “*Centralidade de Eventos Traumáticos em Ex-Combatentes de Guerra*”, insere-se no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica.

A nível internacional, diversos autores têm desenvolvido linhas de investigação na área das memórias autobiográficas, centralidade de eventos traumáticos e esquemas desadaptativos precoces. No presente estudo iremos investigar estas questões numa amostra de ex-combatentes da guerra colonial, uma vez que o cenário de guerra é favorável à ocorrência de eventos traumáticos repetidos e prolongados no tempo (Albuquerque & colaboradores, 2003; Serra, 2003).

Os eventos que formam pontos de referência na história de vida do indivíduo são armazenados na memória a longo prazo, nomeadamente na memória autobiográfica. Esta estrutura é extremamente complexa (Conway & Pleydell-Pearce, 2000) e organizada (Mathews, 2006; Reisberg & Heuer, 2004) em congruência com os objetivos do *self* (Conway, 2005). Contudo, os eventos traumáticos são propensos a estabelecer conexões com memórias que se encontram na base do conhecimento autobiográfico (Berntsen, 2001). Neste seguimento, o evento traumático tem impacto na identidade e regula as expectativas futuras (Berntsen & Rubin, 2006), na medida em que exerce um papel central na atribuição de significado de outras experiências pessoais (Berntsen, 2001), sendo isto congruente com Berntsen, Willert e Rubin (2003).

Por norma, os indivíduos conseguem integrar as experiências traumáticas na sua história de vida (Marcelino & Gonçalves, 2012), no entanto, quando não são capazes de o fazer devido a incongruências com os esquemas do *self* (Berntsen, Willert & Rubin, 2003) ou devido a esquemas precoces desadaptativos que enviesam o processamento da informação (Young, 2003), tornam-se propensos a desenvolver sintomatologia de stress pós-traumático (Berntsen, Willert & Rubin, 2003), havendo por vezes comorbilidade com sintomatologia depressiva (Serra, 2003).

Considerando estes aspetos, colocaram-se os seguintes problemas de investigação: *será que os eventos traumáticos assumem um papel central na memória autobiográfica funcionando como um ponto de referência na história de vida e influenciando a identidade? Será que os esquemas precoces são os responsáveis pela forma como o indivíduo integra o trauma na memória autobiográfica, influenciando consequentemente a identidade?*

Com o intuito de responder às questões acima colocadas, a presente investigação pretende compreender o impacto da centralidade dos eventos traumáticos na história de vida, identidade e expectativas futuras de ex-combatentes de guerra. Assim como pretende analisar a influência dos esquemas precoces na vivência do trauma e explorar, quer a relação da centralidade de eventos, quer dos esquemas precoces desadaptativos com sintomas de stress pós-traumático e de depressão.

Espera-se que as implicações clínicas do estudo contribuam para o aumento da eficácia das intervenções terapêuticas junto dos indivíduos que vivenciaram eventos traumáticos, nomeadamente ex-combatentes de guerra.

## 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1. Memória

*“O que é o presente?”*

*É uma coisa relativa ao passado e ao futuro.*

*É uma coisa que existe em virtude de outras coisas existirem.”*

Alberto Caeiro

Sem memória não existiria passado, nem futuro, apenas existiria o presente (Gleitman, 2002). Presente que nem sequer identificaríamos como nosso. Deste modo, todas as vivências resultariam em constantes e infinitas aprendizagens (Cláudio & Aurélio, 2009) porque não haveria a hipótese de utilizar capacidades adquiridas, de recordar e de reconhecer algo como sendo nosso (Gleitman, 2002). De acordo com Cláudio e Aurélio (2009), sem memória perderíamos o conceito de identidade pessoal, não haveria um *self*.

Berntsen e Rubin (2006) defendem que as memórias pessoais acessíveis ajudam o indivíduo a aprofundar e estabilizar as concepções acerca de si mesmo, ou seja, a memória, ao estabelecer pontes/relações entre o passado e o presente (Gleitman, 2002), confere um sentido do eu.

A capacidade de recordar deve-se ao sucesso dos processos de *codificação, armazenamento e recuperação da informação* (Cláudio & Aurélio, 2009). À semelhança de um computador, o ser humano necessita receber a informação para posteriormente poder codificá-la. Assim, os dados rececionados são traduzidos num código acústico, visual ou semântico. Esse código é armazenado e processado na memória de forma a ser posteriormente utilizado (Sprinthall & Sprinthall, 1993).

Não é possível recordar algo que não tenha sido primeiramente aprendido (Gleitman, 2002). Deste modo, a nível psicológico, o processo de codificação consiste na construção de traços mnésicos que têm por base os aspetos essenciais e proeminentes da informação rececionada (Sprinthall & Sprinthall, 1993). De acordo com Gleitman (2002), para a informação codificada ser armazenada, é necessário um registo mental mais ou menos

permanente ao longo do tempo. Por fim, o processo de recuperação da informação é, nada mais, nada menos, do que selecionar dentre os vários traços mnésicos, aquele que interessa.

A memória semântica refere-se ao conhecimento de factos gerais do mundo (por exemplo, regras gramaticais, significado das palavras) (Tulving, 1983). Este tipo de memória não tem um sentido de continuidade ao longo do tempo como a memória episódica, ou seja, com base na memória semântica o indivíduo não consegue estabelecer a relação entre o passado e o futuro, deste modo, não é capaz de identificar eventos autobiográficos como sendo seus (Prebble, Adis & Tippett, 2012).

A memória autobiográfica refere-se a eventos passados identificados no tempo e no espaço (Nelson & Fivush, 2004), sendo a recolha subjetiva desses eventos fundamental no dia-a-dia (Gardner, Vogel, Mainetti & Ascoli, 2012).

Tulving (1983) refere que a memória autobiográfica é um subsistema da memória episódica, contudo diferente, na medida em que a informação rececionada só é retida na memória a longo prazo quando relacionada com os conhecimentos armazenados na memória autobiográfica; caso essa relação não se verifique é esquecida rapidamente. Os autores Nelson e Fivush (2004) defendem que a memória autobiográfica é um sistema funcional autónomo que se desenvolve com a maturação neurológica e social continuada do sujeito, enquanto a memória episódica abarca não só a memória autobiográfica como outras aprendizagens. A nível neurológico Tulving (1983) afirma que as zonas do cérebro ativadas são diferentes para a memória episódica e autobiográfica.

A memória episódica, semântica e autobiográfica estão interligadas e são indissociáveis (Tulving, 2001). É através da memória semântica que a informação é percebida e passa a ser armazenada na memória episódica por um pequeno período de tempo, e, é através da relação entre a experiência presente e o conhecimento passado armazenado na memória autobiográfica, que esse episódio/evento é armazenado a longo prazo em coerência com o *self*, o que é congruente com Prebble, Adis e Tippett (2012) que propuseram um modelo de relação entre o *self* e os diversos tipos de memória descritos. Segundo estes autores, a memória semântica, episódica e autobiográfica nas suas diferenças são fundamentais para o processo de construção, organização e manutenção de um *self* coerente.

### 2.1.1. Memória autobiográfica

As vivências que acumulamos e armazenamos ao longo do ciclo de vida tornam-nos diferentes de todos os outros seres humanos porque são nossas. O facto de serem nossas

torna-as fundamentais para o desenvolvimento e manutenção da identidade (Robinson, 1986). Rubin (1993) afirma que a memória autobiográfica é o resultado do conhecimento que cada indivíduo tem acerca de si mesmo, sendo este aspeto consistente com Hollande e Kensiger (2010). No entanto, existem outros fatores que influenciam essa memória, nomeadamente a experiência, emoções, significados e objetivos pessoais (Conway & Rubin, 1993).

Hollande e Kensiger (2010) afirmam que a memória autobiográfica desempenha funções na vida quotidiana, nomeadamente no *self*, a nível social e diretivo.

No que se refere ao *self*, a memória autobiográfica contribui para o desenvolvimento da identidade (Robinson, 1986) e mantém a coerência do *self* ao longo do ciclo de vida (Conway, 2005). Seguindo o princípio da coerência e consistência do *self*, as memórias organizam-se, de modo a reduzir as disparidades entre as imagens, crenças do *self* e as experiências reais (Conway, 2005). Ainda que existam exigências contraditórias, a memória autobiográfica adapta de forma eficaz as experiências reais, os significados e as crenças, utilizando memórias de experiências específicas que sejam confirmatórias e resultem num maior equilíbrio e consistência interna.

A nível social a memória autobiográfica permite que o indivíduo tenha consistência para manter uma conversa coerente, sendo isso essencial para estabelecer vínculos sociais (Hollande & Kensiger, 2010). Walker, Skowronski, Gibbons, Vogl e Ritchie (2012) nas suas pesquisas com estudantes universitários, constataram que “*as pessoas ensaiam eventos por diferentes razões e com diferentes frequências, sendo os ensaios com propósito de comunicação social os mais frequentes*” (p. 769), ou seja, os eventos recordados com o intuito de serem partilhados com outros, são os mais frequentes entre os participantes. Estas conclusões reforçam a importância do fator social na memória autobiográfica e vice-versa.

A nível diretivo, a memória autobiográfica desempenha um papel fundamental na resolução de problemas, utilizando experiências do passado para orientar as emoções, pensamentos e comportamentos futuros (Hollande & Kensiger, 2010; Philippe, Koestner, Beaulieu-Pelletier & Bois, 2011).

A memória autobiográfica é extremamente organizada (Mathews, 2006; Reisberg & Heuer, 2004) e complexa (Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Assegura os aspetos gerais e essenciais dos eventos, mas não reserva os detalhes (Rubin, 1986; Cláudio, 2004; Cláudio, Aurélio & Machado, 2011). De acordo com Dalglish e colaboradores (2007), os participantes

de um estudo realizado sobre memórias autobiográficas específicas de eventos com duração inferior a um dia, produziram respostas excessivamente gerais (por exemplo, responderam genericamente: “*eu gostei das minhas férias*”, ao invés de responderem especificamente: “*eu gostei muito do dia que fomos ao zoomarine*”).

De acordo com Conway e Pleydell-Pearce (2000) as memórias autobiográficas organizam-se hierarquicamente em três níveis de especificidade. Deste modo, o primeiro nível corresponde às memórias de fases gerais do ciclo de vida; no segundo nível encontramos memórias gerais de eventos repetidos e prolongados no tempo e por fim encontramos memórias de eventos específicos. Estes três níveis de memórias estão arraigados uns nos outros, na medida em que um evento específico é contextualizado num evento geral que por sua vez é localizado no tempo e no espaço.

A evocação das memórias autobiográficas começa por eventos gerais repetidos e prolongados no tempo e só depois são evocados os eventos específicos (Conway e Pleydell-Pearce, 2000). Estes resultados podem ser justificados pela investigação de Dalgleish e colaboradores (2007), na qual a maioria dos participantes deu respostas pouco específicas quando solicitados a fazê-lo.

Conway (2005) propôs que o processo de evocação da memória autobiográfica tem por base o sistema de memórias do *self*. Este resulta da dinâmica entre o *working self* e a base de conhecimentos das memórias autobiográficas. Conway e Pleydell-Pearce (2000) referem que o *working self* trata-se de uma estrutura hierárquica de objetivos ativos que controla a construção das memórias autobiográficas. A função desta estrutura é modular as memórias específicas, evitando que entrem em conflito com o *self* e os seus objetivos (Conway, 2005).

O processo de evocação da informação exige uma procura e tomada de decisão (Almeida, 2012). Rubin (1986), nas suas pesquisas, identificou que os indivíduos têm maior facilidade em evocar acontecimentos recentes. Quanto mais antigas as memórias são, menos acessíveis estão e mais suscetíveis se tornam à influência do *self* e das emoções (Peterson, 1979; Watson & Dyck, 1984). De acordo com Conway (2005), o *working self* afeta a acessibilidade dos eventos no processo de evocação, ou seja, esta estrutura aumenta a acessibilidade das memórias que são consistentes com os objetivos do *self* e diminui a acessibilidade das memórias incongruentes com o *self*. Já Anderson (2000) nos seus estudos salienta que a frequência e intensidade afetam a acessibilidade das memórias no processo de

evocação. A emoção afeta também a memória, podendo aumentar ou inibir a sua acessibilidade (Sprinthall & Sprinthall, 1993; Holland & Kensiger, 2010).

## 2.2. Emoção e Memória

De acordo com Pinto (1998) a relação entre a memória e emoção é complexa, na medida em que, a intensidade emocional contribui para uma recordação detalhada e vívida dos eventos autobiográficos (Kensiger, 2007). Contudo, experiências emocionais extremas (por exemplo, abuso sexual, guerra) podem resultar em “*amnésias funcionais, repressões ou dissociações dos eventos*” (Pinto, 1998, p.16).

A emoção desempenha um papel fundamental na estrutura das memórias autobiográficas (Aurélio & Cláudio, 2009), tendo em conta que os eventos são recordados com maior detalhe e especificidade (Kensiger, 2007). Por outro lado, as memórias também desempenham um papel fundamental na forma como o indivíduo vive a experiência emocional, na medida em que a memória autobiográfica tem uma função diretiva que orienta as emoções presentes e futuras com base em experiências passadas (Philippe, Koestner, Beulieu-Pelletier & Bois, 2011).

Existem eventos de vida que despoletam respostas emocionais semelhantes às produzidas quando o evento ocorreu pela primeira vez (Ritchie, Skowronski, Hartnett, Wells, & Walker, 2009; Walker, Skowronski, Gibbons, Vogl & Ritchie, 2009). Sprinthall e Sprinthall (1993) designam esse fenómeno por *Memória Relâmpago*. O indivíduo recorda o evento como se estivesse a vivê-lo naquele preciso momento (Ritchie, Skowronski, Hartnett, Wells, & Walker, 2009; Walker, Skowronski, Gibbons, Vogl, Rictie, 2009), isto acontece porque a carga emocional, aquando da ocorrência, foi tão forte e cheia de significado que o indivíduo a recorda vividamente (Holland & Kensiger, 2010). De acordo com Ritchie e colaboradores (2009), as emoções de valência positiva são mais intensas, mais frequentes e mais acessíveis do que as de valência negativa, devido ao efeito do viés de desvanecimento das emoções negativas.

Ford, Addis e Giovanello (2012), referem que a excitação emocional e valência emocional, ainda que de formas diferentes, influenciam a recuperação de eventos da memória autobiográfica.

A excitação emocional despoleta uma série de reacções neurológicas em cadeia que aumentam a capacidade de retenção, assim como facilitam a recordação viva e detalhada desses eventos (Holland & Kensiger, 2010).

A valência emocional influencia a acessibilidade à memória autobiográfica (Holland & Kensiger, 2010). De acordo com Berntsen, Siegler e Rubin (2011), os indivíduos têm maior facilidade em recordar eventos de valência emocional positiva do que negativa, sendo este facto corroborado pelos estudos de Berntsen e Rubin (2002). Todavia, no caso de indivíduos com perturbações emocionais (por exemplo, depressão, ansiedade, stress pós-traumático) isso não se verifica, dado que têm mais facilidade em processar e recuperar a informação negativa, acabando por reforçar emoções negativas, tais como a tristeza (Cláudio, 2004; Cláudio, Aurélio e Machado, 2011).

A valência positiva ou negativa atribuída a determinada experiência pode ser benéfica ou prejudicial para o indivíduo (Berntsen, Siegler & Rubin, 2011).

Os indivíduos com perturbações emocionais, nomeadamente sujeitos com quadros depressivos, recorrem a memórias gerais dos eventos, reduzindo o nível de especificidade das memórias. Essa redução evita a recordação de eventos penosos, associadas a emoções de valência negativa. Desta forma, segundo Hermans e colaboradores (2008), o sujeito acaba por desenvolver um funcionamento mnésico que privilegia a informação geral relevante para o *self*, subvalorizando e enviesando a procura mnésica de episódios específicos. Deste modo, no que se refere à evocação de eventos gerais positivos e negativos, não houve diferenças significativas; contudo, em relação à evocação de memórias específicas positivas e negativas, verificaram-se valores significativamente superiores para a evocação de memórias de valência negativa (Aurélio & Cláudio, 2009).

A nível neurológico, a experiência emocional e neutra ativam zonas cerebrais distintas (Kensiger, 2007), podendo estar relacionado com o facto de o indivíduo recordar experiências emocionais com maior especificidade e vivacidade. De acordo com Holland e Kensiger (2010), a amígdala está envolvida no processo de experiência emocional, não se verificando esse facto para experiências neutras. Kensinger e Schacter (2005) referem que a amígdala contribui efetivamente para a retenção de alguns detalhes relacionados com a experiência emocional, mas não contribui para a retenção de todos os detalhes.

### 2.3. Centralidade das memórias

A memória desempenha um papel fundamental na identidade e na história de vida do indivíduo (Berntsen & Rubin, 2006), dado que sem ela viveríamos constantemente no tempo presente (Cláudio & Aurélio, 2009).

As memórias podem ter uma valência emocional positiva ou negativa. Deste modo, a centralidade que assumem na identidade e história de vida, afeta o indivíduo diferentemente (Berntsen, Siegler & Rubin, 2011).

Ao longo do ciclo de vida ocorrem eventos dramáticos (por exemplo, ferimento grave, abusos sexuais, morte de um ente querido) e/ou ameaçadores (por exemplo, doença grave) que colocam em causa a integridade (física e psicológica) do indivíduo e/ou do outro (Guerreiro, Brito, Baptista & Galvão 2007). A Associação Americana de Psicologia (2002) define essas experiências de vida como sendo eventos traumáticos.

De acordo com Albuquerque e colaboradores (2003), 75.7% da população portuguesa já viveu um evento traumático. No entanto, nem todas as pessoas que experimentam esses eventos desenvolvem psicopatologia (Serra, 2003), sendo isto congruente com estudo de Albuquerque e colaboradores (2003), tendo em conta que apenas 5.3% da população portuguesa desenvolveu perturbação de stress pós-traumático fase a esses eventos.

Berntsen, Siegler e Rubin (2011) realizaram um estudo com 2000 adultos na faixa etária dos sessenta anos e, os valores obtidos demonstraram que a centralidade dos eventos autobiográficos positivos aparece associada a *scripts* de vida (por exemplo, graduação, casamento, filhos) e são significativamente superiores à centralidade de eventos negativos (Berntsen, Siegler & Rubin, 2011). Contudo, apesar dos valores obtidos sugerirem que os indivíduos evocam mais eventos positivos do que negativos (Berntsen, Siegler & Rubin, 2011), é importante ter em consideração que os eventos negativos, quando são integrados de modo disfuncional, constituem-se como pontos de referência na memória autobiográfica, sendo preditores de psicopatologia (Berntsen, Willert & Rubin, 2003) - daí explorarmos o impacto dos eventos traumáticos na história de vida, identidade e expectativas futuras.

### 2.3.1. Impacto de eventos traumáticos na História de Vida

De acordo com Berntsen e Rubin (2006) a memória de eventos traumáticos tem um impacto significativo na organização dos eventos de vida, na medida em que tornam-se pontos de referência.

Nas suas pesquisas com vítimas de abuso sexual, Robinaugh e McNally (2011) perceberam que o evento traumático se tornou num ponto de referência na vida dessas mulheres, sendo estabelecida uma correlação positiva entre a centralidade do evento traumático, stress pós-traumático, depressão e baixa auto-estima. Em congruência com este estudo, encontramos os resultados obtidos por Berntsen, Siegler e Rubin (2011) em que os eventos de valência negativa aparecem correlacionados com psicopatologia de stress pós-traumático.

Os eventos positivos e negativos relacionam-se de formas diferentes com a história de vida do indivíduo, na medida em que os primeiros formam pontos de referência porque aparecem associados a *scripts* culturais de vida (por exemplo, casamento, filhos) e os segundos porque aparecem associados a psicopatologia (Berntsen, Siegler & Rubin, 2011). Estes resultados encontram-se em acordo com o estudo já realizado por Berntsen, Willert e Rubin (2003), na medida em que o evento traumático pode efetivamente prejudicar a saúde mental quando não é integrado na história de vida do indivíduo, como já foi referido.

### 2.3.2. Impacto do trauma na Identidade

Berntsen e Rubin (2006) referem que o trauma tem um impacto significativo na identidade do indivíduo. Contudo, os eventos de valência negativa desvanecem-se mais rapidamente da memória do que os positivos (Berntsen, Siegler & Rubin, 2011), sendo isto congruente com Walker e colaboradores (2009). Segundo Berntsen, Siegler e Rubin (2011), isto acontece com o intuito de diminuir o impacto negativo da centralidade de eventos traumáticos.

Schuettler e Boals (2011), nas suas pesquisas com estudantes universitários (N = 2436), constataram que os indivíduos que consideram o evento traumático central nas suas vidas veem o *self* modificado por essas experiências negativas. Isto acontece porque o *self* procura estar em congruência com a memória autobiográfica (Conway, 2005). Consequentemente, quando o evento traumático não é coerentemente integrado na identidade do indivíduo, este fica vulnerável a desenvolver psicopatologia (Berntsen, Willert & Rubin,

2003). Este facto é congruente com o estudo Robinaugh e McNally (2011) em que a centralidade do trauma na construção da identidade do indivíduo aparece positivamente correlacionado com sintomas de stress pós traumático.

### 2.3.3. Impacto do trauma nas expectativas futuras

Berntsen e Rubin (2006) sugerem que as expectativas futuras são afetadas pela centralidade de eventos traumáticos, sendo isto corroborado nos estudos de Robinaugh e McNally (2011). Estes autores realizaram um estudo com 102 mulheres vítimas de abuso sexual na infância e constataram que os sujeitos que consideraram esse evento central nas suas vidas viram as suas expectativas futuras afetadas, na medida em que essa experiência negativa do passado condiciona o futuro. Neste seguimento, os sujeitos denotam uma predisposição maior ao sofrimento psicológico, nomeadamente sintomas de stress pós-traumático como já foi referido (Robinaugh & McNally, 2011).

## 2.4. Teoria de esquema

Até meados dos anos 70 a teoria psicanalítica dominava a psicologia clínica e a psiquiatria. Deste modo, as perturbações mentais, nomeadamente a depressão, eram abordadas de acordo com o modelo psicodinâmica, em que a depressão era resultado da raiva introjetada do objeto perdido (Rangé & Colaboradores, 2011). Contudo Beck (1967), num estudo com pacientes deprimidos constatou a propensão destes sujeitos para fazerem julgamentos negativos acerca de si mesmo, do mundo e do futuro. Portanto, para o autor não é o evento/facto em si mesmo que causa determinadas emoções e comportamentos, mas sim a forma negativa como o indivíduo interpreta o evento que influencia esses aspetos (Knapp & Colaboradores, 2007; Rangé et al. 2011).

A interpretação que o indivíduo faz dos diversos eventos de vida é feita com base em esquemas cognitivos (Young, 2003). Esses esquemas são elaborados na infância e desenvolvidos ao longo do ciclo de vida (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Trata-se de padrões cognitivos estáveis e duradouros que organizam as experiências de vida (Young, 2003), de forma a não entrarem em dissonância com o *self* (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Esses padrões têm por base crenças nucleares (Knapp & Colaboradores, 2007) que afetam e modulam a perceção e interpretação do indivíduo em relação ao mundo e a si

mesmo, assim como orientam o pensamento e comportamento (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Segundo Beck (1967), os esquemas são as estruturas cognitivas responsáveis por filtrar, codificar e avaliar os estímulos ambientais. Os esquemas podem ser *Adaptativos* ou *Desadaptativos* (Young, Klosko & Weishaar, 2003). *Adaptativos*, na medida em que contribuem para o funcionamento normal do indivíduo e *Desadaptativos*, na medida em que têm por base crenças nucleares desadaptativas que resultam direta ou indiretamente em sofrimento psicológico (Young, 2003).

Os indivíduos com perturbações emocionais, frequentemente têm crenças disfuncionais/ desadaptativas que são tidas como verossímeis e inquestionáveis (Young, 2003; Knapp & Colaboradores, 2007). Os Esquemas Precoces Desadaptativos têm por base essas crenças que influenciam o pensamento e constituem o núcleo do autoconceito (Young, 2003), distorcendo a percepção de si mesmo e do mundo (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Este facto é congruente com o estudo de Cláudio (2009), na medida em que alteram a interpretação que os indivíduos fazem dos eventos.

Young (2003) considera a existência de 18 esquemas precoces desadaptativos organizados em 5 grupos.

#### 2.4.1. Desconexão e Rejeição

Os esquemas incluídos neste grupo relacionam-se com indivíduos que têm crenças e expectativas negativas em relação ao outro. Sentem-se desconectados e creem que não irão encontrar no outro o conforto, segurança e o afeto que necessitam (Cláudio, 2009).

Young (2003), refere que os indivíduos que desenvolvem estes esquemas proveem de famílias “*desligadas, rejeitadoras, refreadoras, solitárias, explosivas, imprevisíveis ou abusivas*” (p. 18).

Neste grupo estão englobados os seguintes esquemas (Young, 2003):

- *Abandono/ Instabilidade*: o indivíduo acredita que as pessoas significativas da sua vida, não conseguirão suprir as suas necessidades emocionais (suporte, respeito, carinho, empatia) por serem pouco fiáveis e instáveis ou por poderem vir a falecer.

- *Abuso/ Desconfiança*: o indivíduo não confia no outro, crê que será vítima de abuso e/ou negligência por parte deste e tem receio de vir a ser maltratado, magoado e manipulado.
- *Privação Emocional*: o indivíduo acredita que os outros não lhe darão o suporte emocional que necessita, sentindo-se privado do afeto, empatia e proteção desejados.
- *Defetividade/ Vergonha*: o sujeito acredita que não merece o amor do outro; acredita ser inferior.
- *Isolamento Social/ Alienação*: ao nível das relações interpessoais, o indivíduo acredita ser diferente das outras pessoas, sente-se isolado e desintegrado.

#### 2.4.2. Autonomia e Desempenho Prejudicados

Os indivíduos com esquemas precoces desadaptativos têm dificuldades ao nível da autonomia, têm expectativas negativas em relação à independência, separação e desempenho (Cláudio, 2009; Young, 2003).

Frequentemente, estes indivíduos proveem de famílias complicadas e/ou excessivamente protetoras que levam o indivíduo na infância a duvidar de si mesmo e a colocar em causa as suas competências (Young, 2003).

Neste grupo existem os seguintes esquemas (Young, 2003):

- *Dependência/ incompetência*: o indivíduo desenvolve a crença de incompetência, crê ser incapaz de realizar as tarefas quotidianas sem a ajuda das outras pessoas.
- *Vulnerabilidade/incompetência*: o indivíduo desenvolve a crença de poder ocorrer uma catástrofe (por exemplo, uma doença grave) a qualquer momento, sentindo-se amedrontado e vulnerável.
- *Emaranhamento/ Self subdesenvolvido*: o indivíduo não desenvolve suficientemente as suas competências sociais, por estar excessivamente dependente de outras pessoas a nível emocional.
- *Fracasso*: o sujeito acredita que é e sempre será um fracassado.

### 2.4.3. Enfraquecimento dos Limites.

Neste grupo encontram-se esquemas relacionados com ausência de limites internos e externos (Young, 2003). A nível interno, na medida em que o sujeito não tem limites que permitam controlar as emoções e estabelecer relações interpessoais saudáveis, a nível externo, porque o sujeito não respeita os direitos do outro (Cláudio, 2009).

Segundo Young (2003), estes sujeitos proveem de famílias permissivas, em que prevalece a ausência de limites.

Neste grupo existem os seguintes esquemas (Young, 2003):

- *Merecimento/Grandiosidade*: estes sujeitos têm crenças de superioridade/grandiosidade, desconsiderando e ignorando os direitos dos outros.
- *Défice de autocontrolo*: o indivíduo acredita que não precisa de controlar os impulsos, nem foi ensinado a tolerar contrariedades.

### 2.4.4. Orientação Para o Outro

Neste grupo o indivíduo está excessivamente voltado para o outro, ou seja, os desejos, a satisfação e o bem-estar do outro assumem uma importância excessiva, na medida em que vive em função de agradar ao outro. Os EID aqui incluídos envolvem a crença de que se o sujeito não fizer tudo para suprir as necessidades do outro, não será digno de aprovação e amor (Young, 2003).

Os sujeitos que desenvolvem estes EID cresceram em famílias em que o amor é adquirido condicionalmente, ou seja, para o indivíduo ser amado precisava anular aspetos da sua personalidade (Young, 2003).

Neste grupo existem os seguintes esquemas (Young, 2003):

- *Subjugação*: o indivíduo crê que ao submeter os seus desejos, decisões, sentimentos à vontade das outras pessoas, está a evitar consequências como a rejeição e retaliação.
- *Auto-sacrifício*: em detrimento de si mesmo, o indivíduo procura, exacerbadamente, suprir as necessidades do outro.
- *Procura de aprovação/reconhecimento*: o sujeito procura exacerbadamente a atenção, aprovação e reconhecimento do outro em detrimento da construção de um *self* seguro.

#### 2.4.5. Supervigilância e Inibição

Os sujeitos que desenvolvem os EID aqui incluídos são pessoas que abdicam da sua felicidade, saúde, bem-estar em prol do dever. O indivíduo coloca-se em segundo plano (Young, 2003; Cláudio, 2009).

De acordo com Young (2003) é frequente estes indivíduos terem crescido numa família autoritária, rigorosa, perfeccionista e com um sentimento de dever excessivamente apurado.

Neste grupo existem os seguintes esquemas (Young, 2003):

- *Negativismo/Pessimismo*: o indivíduo interpreta os eventos de vida de forma excessivamente negativa, acabando por negligenciar os aspetos positivos.
- *Inibição emocional*: com o intuito de adquirir a aprovação dos outros, o sujeito inibe exacerbadamente as suas emoções, sentimentos e espontaneidade.
- *Padrões inflexíveis/Críticas exagerada*: o indivíduo estabelece padrões exageradamente elevados e crê que tem estar à altura deles.
- *Carácter Punitivo*: o indivíduo é severo consigo mesmo e com os outros, na medida em que acredita que não deve ser perdoado dos seus erros, assim como não deve perdoar os erros dos outros.

Os esquemas precoces desadaptativos são ativados/desencadeados em situações específicas relevantes para o esquema. Deste modo, o indivíduo revive os sentimentos negativos (por exemplo, medo, vergonha, raiva) associados ao esquema (Young, 2003 & Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Os esquemas precoces desadaptativos são estruturas familiares e confortáveis, dado que desde a infância e/ou adolescência orientam o comportamento do indivíduo (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Os esquemas são perpetuados através de processos de manutenção, evitação e compensação, sendo por isso extremamente resistentes à mudança (Rangé e Colaboradores, 2011; Young 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

De acordo com Salkovskis (2005), entende-se por manutenção do esquema os comportamentos disfuncionais que perpetuam o esquema (por exemplo, indivíduo com esquema de defetividade que se sujeita a críticas porque acredita que não merece o amor do

outro). Young (2003) afirma que a manutenção do esquema é feita através de distorções cognitivas que reforçam o esquema e minimizam experiências que o contestam. Os indivíduos frequentemente utilizam estratégias comportamentais (por exemplo, adotam comportamentos que os distraem de pensamentos ou acontecimentos perturbadores que ativem o esquema), cognitivas (por exemplo, tentam bloquear pensamentos automáticos e imagens que despoletem o esquema) e emocionais (por exemplo, procuram bloquear sentimentos derivados do esquema) que evitam a ativação de determinados esquemas (Salkovskis, 2005; Young, 2003). No que se refere à compensação do esquema, os indivíduos adotam comportamentos e cognições contrários ao esquema precoce desadaptativo (por exemplo, um indivíduo com esquema de fracasso, não aceita a crítica alheia), acabando por reforçar esse esquema (Young, 2003).

## **2.5. Stress pós-traumático e depressão**

O Inquérito Nacional de Saúde referente ao ano 2005/2006 revelou que 27.2% da população residente em Portugal apresenta sintomas de sofrimento psicológico (INE & INSA Ricardo Jorge, 2009). De acordo com o estudo realizado por Apóstolo e colaboradores (2011) com 441 utentes (centro de saúde de uma cidade do centro de Portugal) as perturbações afetivo-emocionais, tais como ansiedade, stress e depressão, são as mais frequentes. Este facto é congruente com o artigo publicado no Diário de Notícias, 3 de Março de 2010, em que 16.5% da população Portuguesa revelou perturbações ansiosas e 7.9% depressivas.

Quando o indivíduo vivencia um evento traumático, pode desenvolver diversos quadros clínicos, nomeadamente reação aguda de stress (por exemplo, perante uma catástrofe natural o indivíduo desenvolve sintomas de stress que se desvanecem à medida que as horas e dias vão passando), perturbação de stress pós-traumático (por exemplo, quando o indivíduo desenvolve sintomas de stress face a um evento traumático por mais de 3 meses), depressão breve (por exemplo, o indivíduo manifesta sintomas depressivos leves e transitórios), reação depressiva prolongada (por exemplo, o indivíduo têm sintomas depressivos até dois anos), ansiedade e depressão (por exemplo, o indivíduo tem comorbilidade com sintomas depressivos e ansiosos) (Serra, 2003).

Os quadros clínicos supracitados, dos quais destacamos o stress pós-traumático e depressão, desenvolvem-se devido à dificuldade de adaptação ao evento traumático

(Marcelino & Gonçalves, 2012), à centralidade que este assume na memória autobiográfica (Berntsen & Rubin, 2006, Berntsen, Siegler & Rubin, 2011), mas também devido à falta de equilíbrio entre os aspetos da personalidade autónoma e sociotrópica (Knapp & colaboradores, 2007).

A psicopatologia manifestada pelo indivíduo, de acordo com Young (2003), deve-se a crenças nucleares disfuncionais/desadaptativas que se encontram na base dos esquemas cognitivos. Essas crenças são precocemente edificadas em congruência com as experiências precoces e com a personalidade, que pode ser autónoma ou sociotrópica (Clark, 1999; Knapp & colaboradores, 2007; Knapp & Beck, 2008). No que se refere à personalidade autónoma, o indivíduo preocupa-se com questões relacionadas com a independência e realização pessoal, enquanto os indivíduos com personalidades sociotrópicas se preocupam com as relações interpessoais (Knapp & Colaboradores, 2007).

Os indivíduos com personalidades autónomas são vulneráveis a desenvolver psicopatologia quando sentem que estão em perigo de perder a sua autonomia (por exemplo, indivíduo que é ferido em combate e perde a independência) (Knapp & Beck, 2008). Já os indivíduos com personalidades sociotrópicas desenvolvem quadros clínicos quando perdem um outro significativo (por exemplo, morte de um amigo, fim de um namoro) (Knapp & Colaboradores, 2007).

#### 2.5.1. Stress pós-traumático

O stress pós-traumático é uma perturbação ansiosa (Rangé & colaboradores, 2011) relacionada com um evento ameaçador (por exemplo, ferimento grave) ou trágico (por exemplo, morte) relativamente ao qual o indivíduo tem dificuldade e/ou não consegue adaptar-se (Pinto, Gonçalves & Lima, 2012).

Ao longo do ciclo da vida acontecem eventos traumáticos (Pinto, Gonçalves & Lima, 2012). Contudo, de acordo com Albuquerque e colaboradores (2003) apenas 5.3% da população portuguesa desenvolve perturbação de stress pós-traumático face a um evento traumático. Isto acontece porque a maioria dos indivíduos dispõe de mecanismos de adaptação ao trauma que procuram readquirir estabilidade emocional, de modo a que o indivíduo volte a adaptar-se à sua vida quotidiana (Marcelino & Gonçalves, 2012). Porém, quando os processos de avaliação cognitiva e de *coping* são desadaptativos (Pinto, Gonçalves

& Lima, 2012) isso não acontece, havendo uma probabilidade significativa do indivíduo desenvolver stress pós-traumático (Marcelino & Gonçalves, 2012).

A psicopatologia de stress pós-traumático segundo Berntsen, Willert e Rubin (2003), resulta da perturbação da memória autobiográfica, na medida em que o evento traumático entra em incongruência com os esquemas precoces, não se integrando na história de vida do indivíduo. Assim sendo, o trauma acaba por não ser coerentemente processado, acaba por sofrer dissociações e ser fragmentado (Clark, 1999), assumindo um aspeto central em relação às outras memórias pessoais (Berntsen, Willert & Rubin, 2003).

#### 2.5.1.1. Stress pós-traumático e memória

As memórias de eventos traumáticos de acordo com Brewin e Holmes (2003) organizam-se segundo o sistema de memória acessível verbalmente (MAV) e o sistema de memória acessível situacionalmente (MAS).

As MAV dizem respeito a traumas orais, narrativos e escritos que são processados em coerência com as memórias autobiográficas, sendo armazenados na memória a longo prazo. Estas retêm a avaliação consciente que o indivíduo faz do evento traumático, antes, durante e depois, ou seja, as emoções vividas nos diversos tempos assinalados são inseridas nesta instância (Brewin & Holmes, 2003; Rangé et al. 2011). Contudo, no momento em que ocorre o evento traumático são processadas informações perceptivas (imagens, sons, cheiros) que ficam registadas no sistema MAS. As respostas físicas (por exemplo, aumento do ritmo cardíaco) dadas na ocorrência do evento são também retidas neste sistema e por isso dificilmente controláveis, na medida em que um estímulo semelhante ao do trauma (por exemplo, som de um foguete) pode desencadear uma resposta involuntária (por exemplo, som de um foguete associado ao som de uma bomba leva o indivíduo a atirar-se para o chão afim de evitar ser atingido) ou *flashbacks* (Brewin & Holmes, 2003).

#### 2.5.1.2. Stress pós-traumático em ex-combatentes

Albuquerque e colaboradores (2003), identificaram nos seus estudos que 0.8% da amostra representativa da população portuguesa tinha perturbação de stress pós-traumático associada ao teatro de guerra. Este resultado é consistente com o estudo realizado por Pereira, Pedras, Lopes, Pereira e Machado (2010) com ex-combatentes na guerra colonial, constatando que 39,5 % dos participantes apresentavam um quadro de stress pós-traumático associado à guerra. Estes resultados são ainda congruentes com Morais (2009), na medida em que os

militares que prestaram serviço no Afeganistão revelaram uma maior incidência de sintomas de stress pós-traumático do que a população em geral. Este autor, verificou que a robustez psicológica e o apoio social (por exemplo, amigos, família) são fatores protetores de stress pós-traumático, enquanto o humor negativo e estratégias de *coping* desadaptativas (por exemplo, negação, evitamento, centradas na emoção) aparecem associadas a esta perturbação.

De acordo com os estudos de Pereira, Pedras, Lopes, Pereira e Machado (2010), os combatentes na guerra das ex-colónias denotaram dificuldade na gestão do stress, assim como revelara níveis elevados de psicopatologia. Morais (2009) nos seus estudos identificou que os indivíduos que referiram estados de humor negativos denotaram um impacto mais acentuado da sintomatologia de stress pós-traumático e que recorriam a estratégias de *coping* desadaptativas.

### 2.5.2. Depressão

A depressão é um problema de saúde pública que tem graves prejuízos para o indivíduo e família, na medida em que todos sofrem, ainda que de formas diferentes (Rangé et. al 2011). De acordo com Gusmão e colaboradores (2005) uma em cada cinco pessoas irá sofrer desta patologia ao longo do ciclo de vida, sendo estes dados preocupantes.

A patologia depressiva tem por base esquemas precoces desadaptativos e negativos (Cláudio, 2009). Consequentemente, estes esquemas influenciam os pensamentos automáticos (Rangé et. al 2011), a atribuição de significado e a interpretação que o indivíduo faz dos eventos de vida (Cláudio, 2004).

Beck (1967) afirma que os esquemas dos indivíduos deprimidos são rígidos/inflexíveis, irrevogáveis, idiossincráticos, estabelecem objetivos impossíveis de concretizar e têm por base crenças negativas acerca de si mesmo (por exemplo, “sou um fraco”) e do mundo (por exemplo, “o mundo é perigoso”). Desta forma, os esquemas do *self* nos indivíduos deprimidos favorecem a informação negativa (Cláudio, Aurélio & Machado, 2011). Este facto é congruente com Cláudio (2004), na medida em que a avaliação negativa de si mesmo, dos seus feitos, das suas conquistas, assim como a falta de esperança e pessimismo em relação ao futuro, predispõem o indivíduo à depressão.

### 2.5.2.1. Depressão e Memória

Segundo a teoria da rede associativa semântica, os indivíduos deprimidos processam e evocam a informação com base na valência negativa, *“preconiza esta teoria que os constructos e memórias reativados no decurso do processo de depressão teriam sido previamente associados a humor deprimido nas experiências individuais de vida do sujeito”* (Cláudio, 2004, p.105).

O estudo realizado por Aurélio e Cláudio (2009) com 15 sujeitos deprimidos (grupo 1) e 15 sujeitos sem psicopatologia (grupo 2), revelou que os participantes do grupo 1 evocaram mais memórias de valência negativa na infância do que os indivíduos do grupo 2. Em consistência com estes resultados encontramos para a memória involuntária o estudo de Walker e colaboradores (2009) em que os eventos de valência negativa são mais frequentes que os de valência positiva. Seguindo a mesma linha de investigação dos estudos acima referidos, Wisco e Nolen-Hoeksema (2010) constataram que a depressão é preditora da evocação de mais memórias de valência negativa. Cláudio, Aurélio e Machado (2011) corroboram os estudos supracitados, dado que informação de valência negativa é predominantemente processada, armazenada e evocada pelos indivíduos com sintomatologia depressiva, quando comparada com a informação de valência positiva.

## 2.6. Objetivos de estudo e hipóteses de investigação

Recentemente tem vindo a ser estudada a centralidade dos eventos na memória autobiográfica e o impacto dessas experiências na história de vida, identidade e expectativas futuras.

Estudos realizados demonstraram que memórias de eventos traumáticos ou outros eventos de vida negativos formam pontos de referência para a organização dos eventos autobiográficos (Robinaugh & McNally, 2011). De acordo com Cláudio, Aurélio e Machado (2011), os esquemas do *self* têm influência na forma como os indivíduos processam, codificam e evocam esses eventos. Ora, se os esquemas são disfuncionais, contaminam a interpretação que os indivíduos fazem. Deste modo, quando ocorre um evento traumático devido aos esquemas do *self* o indivíduo vai ou não ser capaz de integrar esse evento (Berntsen, Willert & Rubin, 2003). Estes autores sugerem que os eventos traumáticos podem afetar a saúde mental dos indivíduos. Em tais casos, um evento negativo e/ou imprevisível vai

influenciar a atribuição de significados (Berntsen, 2001), bem como o desenvolvimento de expectativas dos eventos futuros (Berntsen e Rubin, 2006).

Neste seguimento, o objetivo geral da presente investigação foi analisar a centralidade do evento traumático na história de vida, identidade, expectativas futuras e perceber a influência dos esquemas precoces.

Considerando a literatura e o objetivo geral desta investigação, elaborámos as seguintes hipóteses:

H1 – Se os ex-combatentes integram o evento traumático de modo central, então espera-se que a CES seja um forte preditor de sintomatologia depressiva.

H2 – Se o evento traumático é integrado de forma central pelos ex-combatentes de guerra, prevê-se que a CES seja um forte preditor de sintomas de stress pós-traumático.

H3 – Se a memória do evento traumático assume um papel central na história de vida, identidade e expectativas futuras dos ex-combatentes, prevê-se que as subescalas da CES sejam preditores significativos de sintomatologia depressiva e de stress pós-traumático.

H4 – Se os esquemas precoces desempenham um papel fundamental no processamento, codificação, armazenamento e evocação da informação, então influenciam a integração central dos eventos traumáticos.

H5 – Se os esquemas precoces são desadaptativos, então prevê-se que sejam preditores significativos de depressão.

H6 – Se os esquemas precoces são desadaptativos, espera-se que sejam preditores significativos de stress pós-traumático.

H7 – Se os ex-combatentes apresentam sintomas de depressão e stress pós-traumático, em simultâneo, então existe comorbilidade sintomatológica.

### **3. MÉTODO**

Com vista a dar resposta às questões de investigação levantadas no capítulo anterior é necessário apresentar o desenho e método de investigação do estudo. Deste modo, neste capítulo será possível recolher a informação necessária em relação ao delineamento, amostra, instrumentos e procedimentos utilizados.

#### **3.1. Delineamento**

O presente projeto não sofreu intervenção por parte da investigadora, sendo por isso observacional. Desta forma, é analisada a relação entre as variáveis em estudo (centralidade de eventos traumáticos, esquemas precoces desadaptativos, psicopatologia de stress pós-traumático e depressão) e as suas consequências na amostra de combatentes na guerra das ex-colónias.

O estudo é observacional-descritivo, de carácter transversal. Tendo em conta que a amostra foi recolhida, por conveniência, num único momento e os resultados obtidos foram utilizados para descrever e fazer predições sobre a amostra específica de ex-combatentes.

#### **3.2. Participantes**

A amostra é constituída por 36 combatentes na guerra das ex-colónias. A amostra foi recolhida na Associação Portuguesa dos Deficientes das Forças Armadas e na Liga dos Combatentes (Núcleo de Queluz, Almada, Lisboa e Vila Franca de Xira).

Os participantes tinham idades entre os 60 e 82 anos, sendo a média 69.3 anos e o desvio padrão 5.76, como podemos verificar na tabela 1. Os participantes residiam no concelho de Lisboa (25%), Vila Franca de Xira (22.2%), Sintra (11.1%), Almada (11.1%), Odivelas (8.3%), Queluz (5.6%), Seixal (5.6%), Palmela (2.8%), Alenquer (2.8%) Amadora (2.8%) e Loures (2.8%). Em relação ao estado civil, nenhum dos participantes era solteiro, sendo a maioria casados (86.1%), 2 participantes encontravam-se divorciados (5.6%), 2 viúvos (5.6%) e apenas 1 em união de facto (2.8%).

Quanto às habilitações literárias dos participantes (ver tabela 1), 38.9% tinham ensino primário, 16.7% ensino básico, 30.6% ensino secundário, 8.3% ensino superior e 5.6%

frequência universitária. No que se refere à profissão, 10 participantes não responderam à questão (27.8%). No entanto, seguindo a Classificação Nacional de Profissões (IEFP), 22.2% dos participantes eram técnicos e profissionais de nível intermédio (categoria 3), 16.7% pertenciam à categoria 5 - pessoal dos serviços e vendedores, 13.9% pertenciam à categoria 4 - pessoal administrativo e similares, 5.6% eram especialistas das profissões intelectuais e científicas (categoria 2), repetindo-se a mesma percentagem para a categoria 8 - operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem, assim como 5.6% eram trabalhadores não qualificados (categoria 9) e, por fim, 2.8% pertenciam à categoria profissional 7 - operários, artífices e trabalhadores similares (ver tabela 1).

Em relação ao apoio psicológico/psicoterapêutico, 80.6% dos participantes não se encontravam em acompanhamento. No que se refere ao tratamento psiquiátrico, 77.8% não estavam em tratamento. Há a salientar que dos 36 ex-combatentes apenas 27.8% se encontravam, atualmente, a tomar medicação psicofarmacológica, como podemos verificar na tabela que se segue.

Tabela 1: *Descrição das variáveis de caracterização da amostra.*

		Ex-combatentes (N=36)
Idade		M= 69,3 DP= 5,76
Concelho de Residência	Alenquer	2.8%
	Almada	11.1%
	Amadora	2.8%
	Lisboa	25%
	Loures	2.8%
	Odivelas	8.3%
	Palmela	2.8%
	Queluz	5.6%
	Seixal	5.6%
	Sintra	11.1%
	V.F. Xira	22.2%
Género	Masculino	100%
Estado Civil	Casado	86.1%
	União de facto	2.8%
	Divorciado	5.6%
	Viúvo	5.6%
Habilitações	Ensino Primário	38.9%
	Ensino Básico	16.7%
	Ensino Secundário	30.6%
	Frequência Universitária	5.6%
	Ensino Superior	8.3%
Profissões*	2	5.6%
	3	22.2%
	4	13.9%
	5	16.7%
	6	-
	7	2.8%
	8	5.6%
	9	5.6%
	10	27.8%
	Apoio psicológico/psicoterapêutico	Sim
Não		80.6%
Tratamento Psiquiátrico	Sim	22.2%
	Não	77.8%
Medicação	Sim	27.8%
	Não	69.4%
	Não Responde	2.8%

*Nota.* \*1 – Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa; 2 – Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas; 3 – Técnicos e profissionais de Nível Intermédio; 4 – Pessoal Administrativo e Similares; 5 – Pessoal dos Serviços e Vendedores; 6 – Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pescas; 7 – Operários, Artífices e Trabalhadores Similares; 8 – Operadores de Instalações e Máquinas e Trabalhadores da Montagem; 9 – Trabalhadores Não Qualificados; 10 – Não respondeu.

### **3.3. Instrumentos**

Com o intuito de proceder à investigação foi organizado um protocolo com os seguintes instrumentos:

#### *3.3.1. Questionário Sócio-Demográfico*

Este questionário de auto-resposta foi construído com o objetivo específico de descrever, detalhadamente, as variáveis demográficas da amostra. Nomeadamente, o género, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, assim como questões clínicas relacionadas com o foro psicológico (por exemplo, se estavam em acompanhamento psicológico, psicoterapêutico, psiquiátrico e/ou se tomavam medicação psicofarmacológica). (ver anexo C).

#### *3.3.2. Inventário de Depressão de Beck (BDI-I)*

O inventário de auto-resposta desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serra e Abreu (1973). Constituído por 21 itens, o BDI-I (ver anexo D) permite avaliar a intensidade dos sintomas depressivos, através de manifestações cognitivas, comportamentais, afetivas e somáticas.

Cada item do BDI-I apresenta quatro possibilidades de resposta, podendo o indivíduo escolher mais do que uma opção, tendo em consideração que deve optar pela/s resposta/s que melhor descreve/m o que sentiu na última semana. A cotação dos itens varia entre 0 (ausência de sintoma) e 3 (presença mais acentuada do sintoma), sendo o score máximo 63 pontos. De acordo com Beck e Beamesderfer (1974, citados por Cláudio, 2004), quando o indivíduo obtém um score inferior a 13 pontos, tem uma depressão ligeira; quando o score varia entre 14 e 20 pontos, tem depressão média; quando o score corresponde a um valor igual ou superior a 21 pontos, tem depressão severa.

#### *3.3.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Militar Version (PCL-M)*

Questionário de auto-preenchimento (ver anexo E) que avalia a severidade da sintomatologia de stress pós-traumático na população militar. Este questionário foi elaborado por Weathers, Litz, Herman, Huska e Keane (1993), traduzido e adaptado por Pinto e Esteves (2005) para a população portuguesa. É constituído por 17 itens, sendo a cotação de cada item dada numa escala tipo Likert de 5 pontos, sendo o resultado máximo 85 pontos.

### 3.3.4. *Questionário de Esquemas de Young*

Utilizámos a versão Portuguesa do questionário de auto-preenchimento desenvolvido por Young e Brown (1990 e revisto em 1991); traduzido e adaptado à nossa população por Pinto-Gouveia e Margarida Robalo em 1994. É constituído por 123 itens, que permitem avaliar Esquemas Precoces Desadaptativos (ver anexo F). A cotação dos itens é feita de 1 a 6, sendo o score mínimo 123 e o máximo 738 pontos. É de salientar que os itens se organizam em seis domínios (instabilidade e separação, indesejabilidade, enfraquecimento da autonomia, enfraquecimento dos limites, redução da auto-expressão, redução da gratificação) que englobam quinze esquemas.

### 3.3.5. *Escala da Centralidade de eventos (CES)*

Questionário de auto-preenchimento foi elaborado por Berntsen e Rubin (2006). Utilizámos uma tradução de Balola e Cláudio realizada em 2012, não publicada. Este questionário é constituído por 20 itens que se organizam em “subescalas” que avaliam a centralidade do evento stressante ou traumático na história de vida de um indivíduo (itens 10,14, 15, 16 e 18), na identidade (itens 3, 5, 6, 7, 8, e 19) e nas expectativas futuras (itens 1, 2, 4, 9, 12, 13, 17 e 20). A cotação dos itens é dada numa escala de cinco pontos, tipo Likert, sendo o score máximo 100 pontos (ver anexo G).

## **3.4. Procedimento**

Organizámos o protocolo com os cinco instrumentos acima referidos e contactámos a *Associação de Deficientes das Forças Armadas (ADFA)* e *Liga dos Combatentes*. Apresentámos às instituições o presente projeto de investigação (ver anexo A), esclarecemos que os critérios de inclusão na amostra consistiam em participantes que tivessem sido combatentes na guerra das ex-colónias e que soubessem ler e escrever. Neste seguimento, obtivemos autorização para recolher os dados.

No que se refere à recolha da amostra, explicou-se aos participantes a pertinência do estudo, na medida em que procurou contribuir para o aumento da eficácia das intervenções terapêuticas com sujeitos que experimentaram eventos traumáticos. A participação dos sujeitos foi voluntária e consentida por meio de carta escrita, tendo sido requerida a assinatura de cada participante (ver anexo B). A recolha da amostra decorreu entre Novembro de 2012 e Março de 2013, sendo salvaguardados os critérios de confidencialidade (código de

participante a cada indivíduo). Relativamente ao preenchimento do protocolo, os participantes demoraram entre 60 a 90 minutos a realizá-lo.

Quanto à *ADFA*, a recolha dos dados foi realizada, por conveniência, com os ex-combatentes que se disponibilizaram a realizar o protocolo. Em relação à *Liga dos Combatentes* foi elaborado um cronograma para recolha da amostra (ver anexo F). No núcleo de Lisboa e Almada os participantes preencheram o protocolo individualmente, no núcleo de Queluz e Vila Franca de Xira, alguns combatentes preencheram o protocolo em grupo, ou seja, foram reunidos na mesma sala e a investigadora retirou dúvidas pontuais individualmente.

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

#### 4. RESULTADOS

Ao longo deste estudo foram utilizados unicamente testes não paramétricos, dado que não se verificou distribuição normal ( $\alpha = 0.05$ ) e homogeneidade de variâncias em nenhum dos casos analisados.

Os resultados (ver Anexo I) demonstraram que os 7 ex-combatentes em acompanhamento psicológico/psicoterapêutico (grupo 1) apresentaram médias mais elevadas no BDI- I (M = 31.9; DP = 9.73 vs. M = 9.31; DP = 7.55), PCL-M (M = 56.7; DP = 8.01 vs. M = 34.6; DP = 16.3), CES (M = 88.57; DP = 11.73 vs. M = 69.34; DP = 19.26) e Total de Esquemas (M = 360; DP = 149.9 vs. M = 219.1; DP = 59.1), quando comparados aos 29 ex-combatentes que não usufruem atualmente desse apoio (grupo 2), tal como podemos verificar na figura 1.

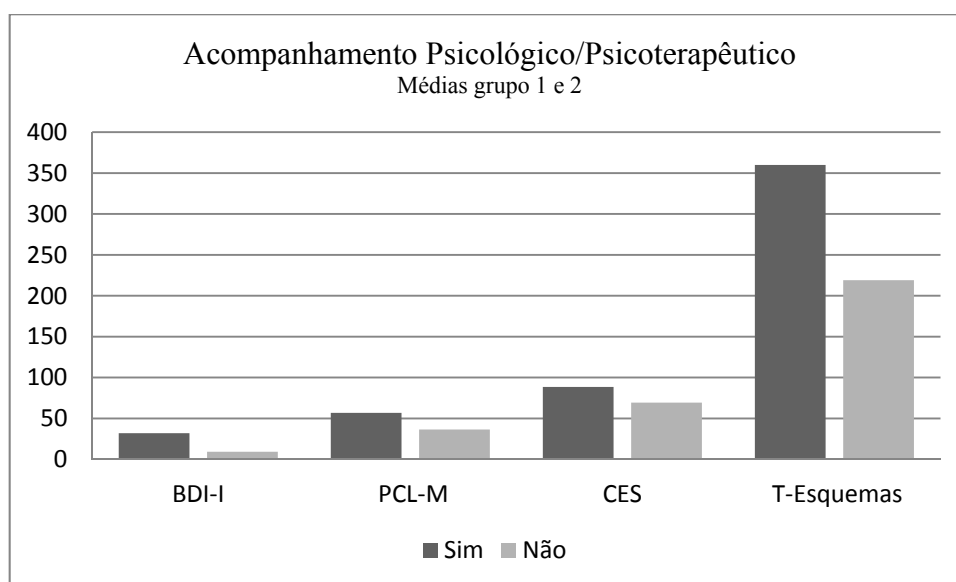


Figura 1: *Diferença de médias no BDI, PCL-M, CES e Total de Esquemas entre os grupos que responderam afirmativamente ou negativamente à questão do acompanhamento psicológico/psicoterapêutico.*

Com o intuito de verificarmos se a diferença de médias entre os grupos acima referidos (com e sem apoio psicológico/psicoterapêutico) foram significativas fizemos um Kruskal-Wallis. Os resultados mostraram que no BDI ( $H(1) = 14.46$ ,  $p \leq 0.001$ ), PCL-M ( $H(2) = 8.89$ ,  $p \leq 0.01$ ), Total de Esquemas ( $H(3) = 7.94$ ,  $p \leq 0.01$ ) e CES ( $H(4) = 6.14$ ,  $p \leq 0.05$ ) as diferenças foram significativas (ver anexo I).

No que se refere ao tratamento psiquiátrico, foram identificados 8 ex-combatentes em tratamento e 28 sem tratamento. Como podemos observar na figura 2, os ex-combatentes em tratamento psiquiátrico revelaram médias superiores aos que não se encontram em tratamento no BDI (M = 31.8; DP = 9 vs. M = 8.5; DP = 6.4), PCL-M (M = 60; DP = 8.3 vs. M = 32.8; DP = 14.2), Total de Esquemas (M = 359.3; DP = 139.4 vs. M = 214.3; DP = 53.1) e CES (M = 87.5; DP = 11.4 vs. M = 68.96; DP = 19.4) (ver anexo I).

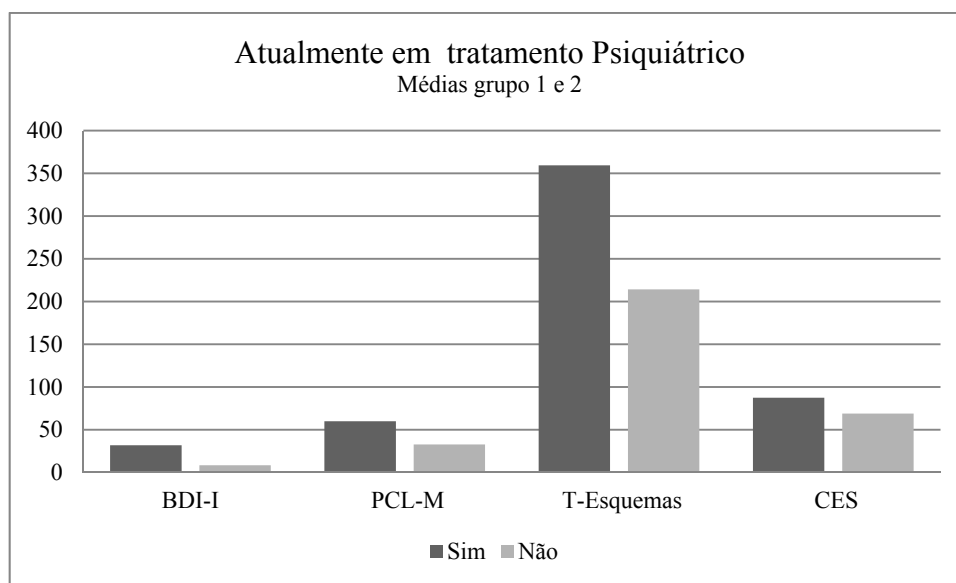


Figura 2: Diferença de médias no BDI, PCL-M, CES e Total de Esquemas entre os grupos que responderam afirmativamente ou negativamente à questão do Tratamento Psiquiátrico.

Neste seguimento, fizemos um Kruskal-Wallis (ver anexo I) e constatámos que as diferenças encontradas nas médias dos dois grupos foram significativas tanto no BDI-I ( $H(1) = 16.6, p \leq 0.001$ ), como no PCL-M ( $H(2) = 14.4, p \leq 0.001$ ), Total de Esquemas ( $H(3) = 9.97, p \leq 0.01$ ) e CES ( $H(4) = 6.1, p \leq 0.05$ ).

Em relação à toma atual de medicação psicofarmacológica, identificámos que 26 ex-combatentes não tomam medicação psicofarmacológica, encontrando-se os restantes 10 medicados. De acordo com a tabela que se segue (ver tabela 2), os indivíduos que tomam medicação psicofarmacológica têm médias superiores aos indivíduos que não tomam medicação no BDI-I ( $M_{sim} = 29.3$  vs.  $M_{n\grave{a}o} = 7.69$ ), PCL-M ( $M_{sim} = 59.8$  vs.  $M_{n\grave{a}o} = 30.8$ ), Total de Esquemas ( $M_{sim} = 340$  vs.  $M_{n\grave{a}o} = 210$ ) e T-Ces ( $M_{sim} = 88$  vs.  $M_{n\grave{a}o} = 67$ ).

Tabela 2: Diferenças na média e desvio padrão no BDI, PCL-M, T-Esquemas e T-CES entre indivíduos que tomam e não tomam atualmente medicação psicofarmacológica

Toma atualmente medicação psicofarmacológica												
	BDI		H	PCL-M		H	T-Esquemas		H	T-CES		H
	M.	DP.		M.	DP.		M.	DP.		M.	DP.	
<b>Sim</b>	29	10.3		59.8	8		340	129.7		88	10.7	
<b>Não</b>	7.69	5.27	17.8***	30.8	12.4	18.3***	210	53.2	10.8***	67	18.8	9.7*

\*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$

Tendo em conta que não se verificaram os critérios de normalidade (ver anexo I), fizemos um Kruskal-Wallis para identificar se as diferenças de médias encontradas nos dois grupos eram significativas. Assim sendo, através da análise da tabela 2, podemos constatar que no BDI ( $H(1) = 17.8$ ,  $p \leq 0.001$ ), PCL-M ( $H(2) = 18,3$   $p \leq 0.001$ ), total esquemas ( $H(3) = 10.8$ ,  $p \leq 0.001$ ) e CES ( $H(4) = 9.7$ ,  $p \leq 0.05$ ) as diferenças foram significativas.

No que se refere à toma atual de medicação psicofarmacológica, verificámos que 28 participantes não identificaram nenhum tipo de psicofármaco. É importante ter em conta que desses 28 participantes, 3 não recordavam o tipo de medicação que estavam a tomar e 26 tinham respondido negativamente à questão anterior. Quanto aos restantes 8 ex-combatentes, 3 estavam medicados com psicofármacos antidepressivos, 1 com ansiolíticos e 3 com antidepressivos e ansiolíticos.

De acordo com os nossos resultados verificámos que o grupo de ex-combatentes medicados com antidepressivos e ansiolíticos foi o que revelou médias mais elevadas no BDI ( $M = 38.6$ ;  $DP = 4.9$ ), PCL-M ( $M = 61.7$ ;  $DP = 11$ ), Total de esquemas ( $M = 423$ ;  $DP = 226$ ) e CES ( $M = 95.3$ ;  $DP = 4.5$ ). De seguida, identificámos as médias do grupo medicado com antidepressivos no BDI ( $M = 29$ ;  $DP = 2.64$ ), PCL-M ( $M = 62.3$ ;  $DP = 8.32$ ), Total de esquemas ( $M = 343$ ;  $DP = 72$ ) e CES ( $M = 80.6$ ;  $DP = 8.6$ ). Constatámos que as médias dos indivíduos que não “responderam/não sabiam” foram as mais baixas nas escalas clínicas, nomeadamente no BDI ( $M = 9.63$ ;  $DP = 9.63$ ), PCL-M ( $M = 33.1$ ;  $DP = 13.63$ ), Total de esquemas ( $M = 218.1$ ;  $DP = 55.2$ ) e CES ( $M = 69.1$ ;  $DP = 19.2$ ) (ver anexo I).

Em nenhum dos casos estudados há distribuição normal ( $\alpha = 0.05$ ), deste modo para analisarmos a relação entre duas variáveis, fizemos a correlação de Spearman. Os resultados revelaram uma correlação forte e significativa entre o PCL-M com o T-Esquemas ( $r = 0.710$ ,  $p \leq 0.001$ ), assim como, entre o BDI e PCL-M ( $r = 0.72$ ,  $p \leq 0.001$ ), o que leva a considerar a veracidade da hipótese (H7) de comorbilidade entre sintomas depressivos e stress pós-traumático. Os valores obtidos demonstraram também uma correlação moderada e significativa entre o BDI e T-Esquemas ( $r = 0.65$ ,  $p \leq 0.001$ ), entre T-Esquemas e T-CES ( $r = 0.51$ ,  $p \leq 0.001$ ), entre o BDI e T-CES ( $r = 0.42$ ,  $p \leq 0.05$ ), e, entre PCL-M e T-CES ( $r = 0.44$ ,  $p \leq 0.05$ ). Deste modo, observámos uma relação significativa entre as variáveis, na medida em que o crescimento de uma, influencia o crescimento de outra.

Tornou-se importante estudar a correlação, esquema a esquema, com BDI, PCL-M e CES, com o intuito de conseguirmos identificar aqueles que se correlacionam significativamente com as escalas clínicas referidas (ver tabela 3).

Tabela 3: *Correlação de Spearman dos 15 esquemas do questionário de Young com BDI, PCL-M e T-CES.*

<b>Correlação de Spearman</b>			
	<b>BDI</b>	<b>PCL-M</b>	<b>CES</b>
<b>E. Dependência</b>	0.46**	0.59***	0.29
<b>E. Auto-Sacrifício</b>	0.63***	0.7***	0.46**
<b>E. Vulnerabilidade</b>	0.51***	0.6***	0.33*
<b>E. Medo de Perder o controle</b>	0.66***	0.81***	0.43**
<b>E. Perda Emocional</b>	0.17	0.37**	0.19
<b>E. Abandono</b>	0.43**	0.38**	0.2
<b>E. Desconfiança</b>	0.53***	0.58***	0.48**
<b>E. Isolamento Social</b>	0.37*	0.44**	0.42**
<b>E. Deficiência</b>	0.32*	0.4*	0.26
<b>E. Auto-Imagem</b>	0.27	0.36*	-0.03
<b>E. Inferioridade</b>	0.51***	0.43*	0.31
<b>E. Culpa</b>	0.67***	0.613***	0.42**
<b>E. Inibição</b>	0.33*	0.46**	0.28
<b>E. Padrão Rígido</b>	0.39*	0.56***	0.63***
<b>Défice de Auto-Controlo</b>	0.48**	0.52***	0.51***

\*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$

Os resultados mostraram que o esquema “*Medo de Perder o Controlo*” é significativo ( $p \leq 0.001$ ), tendo sido aquele que mais se destacou no BDI ( $r = 0.66$ ) e PCL-M ( $r = 0.81$ ). Na primeira escala clínica referida a correlação foi moderada enquanto com o PCL-M foi forte.

Há a salientar que o esquema “*Auto-Sacrifício*” destaca-se imediatamente a seguir ao esquema “*Medo de Perder o Controlo*”, quer no BDI, quer no PCL-M. Em ambos os casos são significativos ( $p \leq 0.001$ ), sendo a correlação moderada com BDI ( $r = 0.63$ ) e forte com PCL-M ( $r = 0.7$ ).

Os esquemas “*Vulnerabilidade*” e “*Culpa*” são relevantes no PCL- M, dado que têm uma correlação moderada e significativa ( $r = 0.6$ ,  $p \leq 0.001$ ;  $r = 0.61$ ,  $p \leq 0.001$ ).

É de notar que os esquemas “*Perda Emocional*” e “*Auto-Imagem*” não têm uma correlação significativa com o BDI e CES ( $\alpha = 0.05$ ).

Os esquemas de “*Dependência*”, “*Abandono*”, “*Deficiência*” e “*Inibição*” não tiveram uma correlação significativa com o CES ( $\alpha = 0.05$ ). Os restantes esquemas tiveram correlações moderadas ou ligeiras com esta escala, destacando-se a correlação com o esquema “*Padrão Rígido*”, uma vez que é moderadamente elevada e significativa ( $r = 0.63$ ,  $p \leq 0.001$ ).

Considerando os dados das correlações, achámos que seria interessante explorar a relação da psicopatologia com as escalas clínicas. Deste modo, dividimos as variáveis contínuas BDI e PCL-M em dois grupos (com psicopatologia vs. sem psicopatologia) e fizemos um Kruskal-Wallis.

No que se refere à sintomatologia depressiva, verificámos que existem diferenças significativas entre o grupo 1 (ausência de depressão) e 2 (depressão) de ex-combatentes na CES ( $H(1) = 3.96$ ,  $p \leq 0.05$ ), no PCL-M ( $H(2) = 8.32$ ,  $p \leq 0.01$ ), no total de esquemas ( $H(3) = 8.39$ ,  $p \leq 0.01$ ), nomeadamente no esquema de auto-sacrifício ( $H(3.2) = 8.69$ ,  $p \leq 0.01$ ), de vulnerabilidade ( $H(3.3) = 6.66$ ,  $p \leq 0.01$ ), medo de perder o controlo ( $H(3.4) = 10.92$ ,  $p \leq 0.001$ ), de desconfiança ( $H(3.7) = 6.45$ ,  $p \leq 0.01$ ), inferioridade ( $H(3.11) = 6.25$ ,  $p \leq 0.01$ ), Culpa ( $H(3.12) = 7.99$ ,  $p \leq 0.01$ ) e défice de auto-controlo ( $H(3.15) = 7.75$ ,  $p \leq 0.01$ ) (ver anexo I).

Na figura 3, podemos observar que os indivíduos do grupo 2 tiveram médias superiores ao grupo 1 no score total da CES ( $M_2 = 79.81$ ;  $DP_2 = 16.94$  vs.  $M_1 = 67.7$ ;  $DP_1 = 20.11$ ), no PCL-M ( $M_2 = 47.87$ ;  $DP_2 = 17$  vs.  $M_1 = 31.65$ ;  $DP_1 = 14.2$ ), total de esquemas ( $M_2$

= 296.1; DP<sub>2</sub> = 120.7 vs. M<sub>1</sub> = 206.9; DP<sub>1</sub> = 53.13), nomeadamente no esquema de auto-sacrifício (M<sub>2</sub> = 39.87; DP<sub>2</sub> = 13.45 vs. M<sub>1</sub> = 27.25; DP<sub>1</sub> = 10.4), de vulnerabilidade (M<sub>2</sub> = 36.43; DP<sub>2</sub> = 11.84 vs. M<sub>1</sub> = 27.20; DP<sub>1</sub> = 10), medo de perder o controlo (M<sub>2</sub> = 20.56; DP<sub>2</sub> = 10.9 vs. M<sub>1</sub> = 10.10; DP<sub>1</sub> = 1.94), de desconfiança (M<sub>2</sub> = 22.81; DP<sub>2</sub> = 9.9 vs. M<sub>1</sub> = 15.9; DP<sub>1</sub> = 6.65), inferioridade (M<sub>2</sub> = 16.25; DP<sub>2</sub> = 11.87 vs. M<sub>1</sub> = 9.8; DP<sub>1</sub> = 1.64), Culpa (M<sub>2</sub> = 28.25; DP<sub>2</sub> = 13.74 vs. M<sub>1</sub> = 19.2; DP<sub>1</sub> = 5.4) e défice de auto-controlo (M<sub>2</sub> = 6.62; DP<sub>2</sub> = 3.82 vs. M<sub>1</sub> = 4.05; DP<sub>1</sub> = 2.41) (ver anexo I).

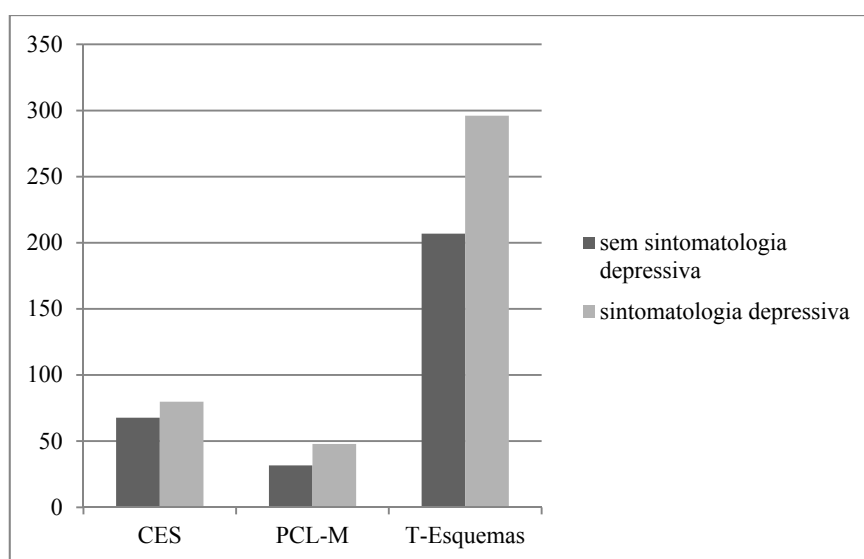


Figura 3: *Diferença de médias entre o grupo sem e com sintomas de depressão.*

Neste seguimento, em relação aos sintomas de stress pós-traumático, dividimos novamente a amostra em dois grupos, encontrando-se no 1º grupo os participantes sem sintomatologia e no 2º grupo os participantes que acusaram sintomas de stress pós-traumático. Como podemos observar na figura 4, à semelhança dos resultados anteriores houve diferenças entre o grupo 1 e 2, na medida em que os participantes com mais sintomatologia revelaram scores significativamente superiores na CES ( $H(1) = 7.93, p \leq 0.01, M_1 = 64.6; DP_1 = 17.9$  vs.  $M_2 = 81.5; DP_2 = 17.57$ ), no BDI ( $H(2) = 15.93, p \leq 0.001, M_1 = 6.3; DP_1 = 5.7$  vs.  $M_2 = 21.11; DP_2 = 12.17$ ), no total de esquemas ( $H(3) = 14.89, p \leq 0.001, M_1 = 192.3; DP_1 = 37.65$  vs.  $M_2 = 300.1; DP_2 = 112$ ), e nos esquemas todos à exceção do esquema de abandono, isolamento social, deficiência, auto-imagem e inferioridade ( $\alpha = 0.05$ ) (ver anexo I).

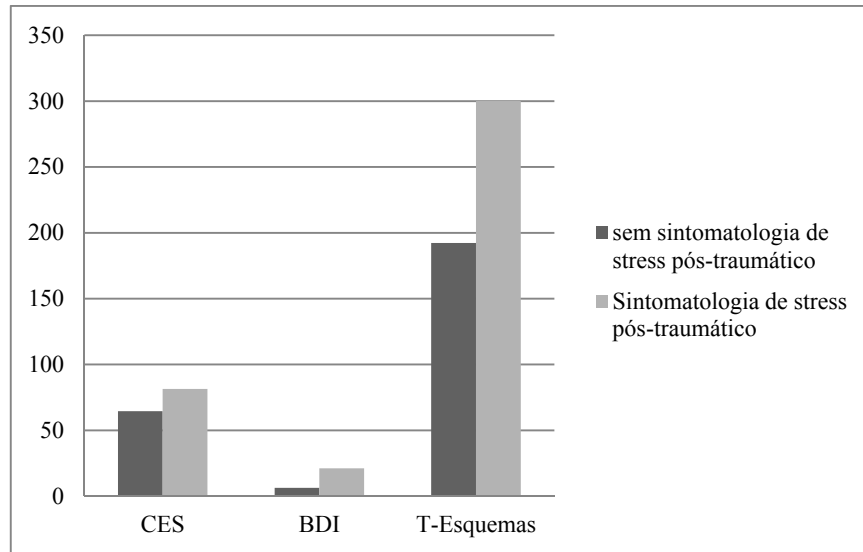


Figura 4: Diferença de médias entre o grupo sem e com sintomas de stress pós-traumático.

A CES está organizada em itens que avaliam se o evento traumático é um ponto de referência na história de vida, na identidade e se influencia as expectativas futuras. Inicialmente, pretendíamos analisar os resultados utilizando não só o score total do CES, mas também o total dos itens de cada uma destas três subescalas “*História de Vida*”, “*Identidade*” e “*Expectativas Futuras*”.

Começamos por fazer uma correlação de Spearman entre as subescalas (ver anexo I) e verificamos que há correlações fortes ( $r > 0.7$ ) e significativas entre elas ( $p \leq 0.001$ ). Estes resultados sugerem que os itens não podem ser divididos em subescalas independentes. Neste sentido, fizemos um modelo de regressão linear múltipla com as subescalas da CES como variáveis independentemente e o BDI como variável dependentemente. O modelo foi significativo ( $F = 3.04$ ,  $p \leq 0.05$ ) prevendo 14.9% de variação do score do BDI ( $R^2_a = 0.149$ ). No entanto, verificamos que as subescalas da CES não são preditores significativos do BDI ( $\alpha = 0.05$ ). Fizemos também a relação entre as variáveis da CES e o PCL-M, sendo novamente o modelo de regressão linear múltipla estatisticamente significativo ( $F = 3.01$ ,  $p \leq 0.05$ ) e prevendo 14.7% da variação do score do PCL-M ( $R^2_a = 0.147$ ). Contudo, os resultados mostraram que as subescalas da CES não são preditores significativos do PCL-M ( $\alpha = 0.05$ ). A fraca significância parece dever-se a uma grande colineariedade entre as subescalas ( $VIF > 3.5$ ). Deste modo, a hipótese H3 não foi passível ser confirmada. Contudo, é de salientar que individualmente, qualquer uma das subescalas é um preditor estatisticamente significativo do

BDI e PCL-M numa regressão linear simples. Assim, na análise dos resultados foi utilizado apenas o score total da CES.

Deste modo, analisámos a relação causa-efeito entre o score total da CES (variável independente) e o BDI, para isso utilizámos o modelo de regressão linear simples. Verificámos que este foi estatisticamente significativo ( $F = 9.01, p \leq 0.01$ ) e previu 18.8% da variação do score do BDI ( $R^2_a = 0.186$ ), sendo a CES um preditor significativo do BDI ( $B = 0.458, p \leq 0.01$ ). Deste modo, verificou-se um efeito de congruência entre a centralidade de eventos traumáticos e sintomatologia depressiva, o que nos leva a ponderar que a hipótese 1 do nosso estudo pode ser verdadeira.

Contudo, para analisar o impacto da centralidade de eventos traumáticos na sintomatologia depressiva, importa controlar as variáveis PCL-M (controlo) e Total de Esquemas. Deste modo, recorreremos à análise de regressão linear múltipla e constatámos que o modelo é estatisticamente significativo ( $F = 17.62, p \leq 0.001$ ) e previu 58.8% da variação do score do BDI ( $R^2_a = 0.588$ ). Identificámos que o PCL-M ( $B = 0.41, p \leq 0.05$ ) e o score total de esquemas ( $B = 0.387, p \leq 0.05$ ) são preditores significativos do BDI. Todavia, o score total da CES não é preditor significativo do BDI ( $\alpha = 0.05$ ). Estes resultados sugerem que a primeira hipótese (H1) desta investigação não é passível de ser confirmada, na medida em que a centralidade de um evento traumático não é preditor de sintomatologia depressiva.

Examinámos, também, o impacto do score total da variável independente CES no PCL-M e verificámos que o modelo de regressão linear foi estatisticamente significativo ( $F = 8.57, p \leq 0.01$ ) e previu 17.8% da variação do score do PCL-M ( $R^2_a = 0.178$ ). A CES é um preditor significativo do PCL-M ( $B = 0.449, p \leq 0.01$ ), ou seja, quanto maior for score da CES, maior será a tendência para o individuo manifestar sintomas de stress pós-traumático, o que nos leva a pensar que a hipótese 2 está correta.

Fomos estudar o impacto da centralidade de eventos na sintomatologia de stress-pós-traumático (H2), controlando as variáveis BDI e Total de Esquemas. O modelo de regressão linear múltipla mostrou-se significativo ( $F = 16.23, p \leq 0.001$ ) e previu 56.6% do score total do PCL-M ( $R^2_a = 0.566$ ). Neste seguimento, o BDI ( $B = 0.432, p \leq 0.05$ ) e Total de Esquemas ( $B = 0.352, p \leq 0.05$ ) são preditores significativos. Porém, o score total da CES não é preditor significativo no PCL-M ( $\alpha = 0.05$ ). Deste modo, parece não se confirmar a hipótese 2 deste estudo.

Como intuito de responder à hipótese 4 desta investigação, fizemos uma regressão linear simples para analisar a relação causa-efeito entre o score total de Esquemas (variável independente) e o score total da CES. Verificámos que o modelo é estatisticamente significativo ( $F = 8.75$ ,  $p \leq 0.01$ ) e previu 18.1% da variação do score da CES ( $R^2_a = 0.181$ ). Os resultados indicaram que os esquemas disfuncionais são preditores significativos do CES ( $B = 0.452$ ,  $p \leq 0.01$ ), isto é, quanto maior for score do total de esquemas, mais evidente é a centralidade dos eventos traumáticos. Neste seguimento, confirmou-se a hipótese (H4) dos esquemas precoces influenciarem a centralidade dos eventos traumáticos

Através de uma regressão linear simples analisámos a relação causa-efeito entre o score total de Esquemas (variável independente) e o score do BDI. Verificámos que o modelo é estatisticamente significativo ( $F = 36.89$ ,  $p \leq 0.001$ ) e previu 50.6% da variação do score do BDI ( $R^2_a = 0.506$ ). Os resultados indicaram que os esquemas desadaptativos precoces são preditores significativos do BDI ( $B = 0.449$ ,  $p \leq 0.01$ ), isto é, quanto maior for score do total de esquemas, maior será a tendência para o individuo manifestar sintomas depressivos, o que nos leva a considerar que a hipótese 5 está certa. Contudo, para que essa hipótese seja devidamente confirmada tivemos de controlar as variáveis PCL-M (controlo) e CES. Desta forma, recorremos ao modelo de regressão linear múltipla acima referido e constatámos que o modelo é estatisticamente significativo ( $F = 17.62$ ,  $p \leq 0.001$ ), prevendo 58.8% da variação do score do BDI ( $R^2_a = 0.588$ ). Neste seguimento, constatou-se que o total de esquemas precoces é preditor significativo do BDI ( $B = 0.387$ ,  $p \leq 0.05$ ), sendo a hipótese 5 verdadeira.

Utilizámos a regressão linear simples para explorar a relação entre o score total de Esquemas (variável independente) e o score do PCL-M. Verificámos que o modelo é estatisticamente significativo ( $F = 33.57$ ,  $p \leq 0.001$ ) e previu 48.2% da variação do score do PCL-M ( $R^2_a = 0.482$ ). Os resultados indicaram que os esquemas desadaptativos precoces são preditores significativo do PCL-M ( $B = 0.705$ ,  $p \leq 0.001$ ), isto é, quanto maior for score do total de esquemas, maior é a tendência para o individuo manifestar sintomatologia de stress pós-traumático, o que nos leva a considerar a hipótese 6 do nosso estudo. Nesse seguimento, recorremos ao modelo de regressão linear múltipla acima assinalado, a fim de controlar as variáveis BDI (controlo) e CES (independente), e constatámos que o modelo é significativo ( $F = 16.23$ ,  $p \leq 0.001$ ) e previu 56.6% do score total do PCL-M ( $R^2_a = 0.566$ ). Sendo confirmada a hipótese (H6) do Total de Esquemas ( $B = 0.352$ ,  $p \leq 0.05$ ) ser preditor significativo de stress pós-traumático.

Tornou-se relevante explorar individualmente, a influência que cada um dos quinze esquemas exerce sobre o BDI e PCL-M, para isso fizemos uma regressão linear. Podemos analisar os resultados na tabela que se segue:

Tabela 4: *Modelo de Regressão Linear dos 15 esquemas precoces Desadaptativos com o BDI e PCL-M.*

Regressão Linear Simples						
	BDI			PCL-M		
	F	R <sup>2</sup> <sub>a</sub>	B	F	R <sup>2</sup> <sub>a</sub>	B
<b>E. Dependência</b>	45.7	0.561***	0.757***	21.1	0.365***	0.619***
<b>E. Auto-Sacrifício</b>	33.7	0.483***	0.706***	46.62	0.56***	0.757***
<b>E. Vulnerabilidade</b>	11.04	0.223**	0.49**	20.73	0.361***	0.616***
<b>E. Medo de Perder o controle</b>	88.09	0.713***	0.849***	41.66	0.537***	0.742***
<b>E. Perda Emocional</b>	6.308	0.132**	0.396**	5.5	0.115*	0.375*
<b>E. Abandono</b>	14.232	0.274***	0.543***	6.6	0.139**	0.405**
<b>E. Desconfiança</b>	17.96	0.326***	0.588***	14.8	0.283***	0.551***
<b>E. Isolamento Social</b>	26.6	0.423***	0.663***	13.64	0.265***	0.535***
<b>E. Deficiência</b>	18.564	0.334***	0.594***	9.159	0.189**	0.461**
<b>E. Auto-Imagem</b>	8.337	0.173**	0.444**	8.755	0.181**	0.453**
<b>E. Inferioridade</b>	31.85	0.469***	0.69***	11.29	0.227**	0.499**
<b>E. Culpa</b>	39.74	0.525***	0.734***	20.44	0.357***	0.613***
<b>E. Inibição</b>	2.72	0.047	0.272	12.31	0.244***	0.516***
<b>Padrão Rígido</b>	7.86	0.164**	0.434**	15.028	0.286***	0.554***
<b>Défice de Auto-Controlo</b>	19.77	0.349***	0.606***	10.987	0.222**	0.494**

\*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$

De acordo com os resultados, percebemos que os modelos são todos estatisticamente significativos ( $p \leq 0.05$ ), à exceção do esquema de inibição ( $\alpha = 0.05$ ). Todos os esquemas precoces desadaptativos são preditores do score do BDI e PCL-M (ver tabela 4), à exceção do esquema de inibição, reforçando estes resultados a confirmação das hipóteses H5 e H6.

Fizemos uma regressão linear múltipla em que procuramos analisar o impacto individual de cada esquema precoce na sintomatologia depressiva (ver Anexo I). Contudo, devido à colineariedade ser bastante elevada ( $VIF > 3.7$ ), com exceção do esquema “*Medo de Perder o Controlo*” ( $B = 0.839$ ,  $p \leq 0.05$ ), todas as variáveis foram estatisticamente não significativas ( $\alpha = 0.05$ ).

Utilizámos o modelo de regressão linear múltipla para analisar a influência de cada um dos esquemas precoces nos sintomas de stress pós-traumático (ver Anexo I). Chegámos à conclusão que à semelhança dos resultados anteriores, o esquema “*Medo de Perder o Controlo*” ( $B = 1$ ,  $p \leq 0.05$ ) voltou a destacar-se, tendo em conta que do ponto de vista estatístico é o único significativo. Devido ao elevado efeito de colineariedade ( $VIF > 3.7$ ) as restantes 14 variáveis não foram significativas ( $\alpha = 0.05$ ).

## 5. DISCUSSÃO

A centralidade dos eventos positivos e negativos têm sido objeto de investigações recentes, assim como as memórias autobiográficas e esquemas desadaptativos precoces. Berntsen e Rubin (2006) construíram uma escala clínica (CES) que compreendia o impacto da centralidade de eventos traumáticos na história de vida, identidade e expectativas futuras do indivíduo. Seguindo esta linha de investigação, o presente projeto procurou dar resposta às questões de investigação levantadas na introdução, utilizando diversas escalas clínicas (BDI-I, PCL-M e QEY), nomeadamente a CES que permite avaliar o impacto do evento traumático quando o indivíduo não consegue adaptar esse evento ameaçador à sua história de vida e *self*.

Com o intuito de responder à 1ª questão de investigação “*Será que os eventos traumáticos assumem um papel central na memória autobiográfica, funcionando como um ponto de referência na história de vida e influenciando a identidade*”, decidimos começar por explorar se a centralidade de eventos traumáticos era um forte preditor de sintomatologia depressiva e de stress pós-traumático através das subescalas “História de vida”, “Identidade” e “Expectativas futuras” (H3).

Os resultados mostraram correlações fortes e significativas entre as subescalas. Este facto sugere que os itens da CES não devem ser divididos em subescalas independentes porque avaliam os mesmos aspetos, consequentemente, se não podemos dividir os itens da escala em subescalas, naturalmente também não podemos avaliar o impacto de cada subescala na psicopatologia depressiva e de stress pós-traumático. Todavia, explorámos esse facto e constatámos que os resultados da regressão linear múltipla foram consistentes com os resultados das correlações, na medida em que a elevada colineariedade entre as subescalas parece ter contribuído para que não fossem preditores significativos de psicopatologia depressiva e de stress pós-traumático. Assim sendo, a hipótese 3 não foi passível de ser confirmada. Tal como Schuettler e Boals (2011) e Robinaugh e McNally (2011) fizeram na análise dos resultados das suas investigações, utilizámos o valor total da CES para perceber se a integração central do trauma é preditor significativo de psicopatologia depressiva (H1) e de stress pós-traumático (H2).

Os resultados da nossa investigação mostraram que os participantes com sintomatologia depressiva e de stress pós-traumático têm valores significativamente superiores aos dos participantes sem sintomatologia no que se refere à integração central do

trauma na memória autobiográfica. Deste modo, parece que, quanto mais integrado está o trauma, maior a tendência para a manifestação de psicopatologia.

Considerando os resultados, fomos instigados a explorar a relação entre as variáveis (BDI-I e CES, PCL-M e CES) e constatámos que centralidade de eventos traumáticos correlacionasse moderada e significativamente com sintomatologia depressiva e com stress pós-traumático. Este facto é congruente com Robinaugh e McNally (2011), tendo em conta que nos seus estudos identificaram também correlações positivas entre a centralidade de eventos traumáticos, stress pós-traumático e depressão. Assim como, Berntsen, Siegler e Rubin (2011) identificaram correlações entre a centralidade de eventos de valência negativa e stress pós-traumático. Contudo, estes resultados não nos permitem afirmar que a centralidade de eventos traumáticos é a causa de depressão e stress pós-traumático. Apenas permitem perceber que, em indivíduos em que os sintomas depressivos e de stress pós-traumático são mais severos, também se observa uma maior integração central do trauma na história de vida e identidade e vice-versa. Portanto, percebemos que estas variáveis crescem e decrescem mutuamente, na medida em que quanto mais psicopatologia, mais pensamentos disfuncionais ocorrem, contribuindo para a integração central do trauma que por sua vez agrava os sintomas de depressão e stress pós-traumático.

Todavia, embora haja correlação entre as variáveis acima citadas, entendemos a relação de causalidade entre elas através da regressão linear simples. Os resultados sugeriram que a centralidade de eventos traumáticos era preditora significativa de sintomas de depressão e stress pós-traumático. Contudo, as hipóteses 1 e 2 só são passíveis de ser confirmadas depois de controlarmos o efeito de todas as variáveis em estudo, afim de não incorreremos no erro de atribuir o efeito preditor de psicopatologia depressiva ou de stress pós-traumático à variável errada.

Neste seguimento, fizemos uma regressão linear múltipla. Controlámos o efeito dos sintomas de stress pós-traumático (PCL-M) e esquemas precoces desadaptativos. Assim sendo, devido ao controlo dessas variáveis estudámos exclusivamente a relação linear entre a centralidade de eventos traumáticos e sintomas depressivos. Os resultados mostraram que, em condições de controlo, a hipótese 1 foi infirmada, ou seja, não podemos afirmar com segurança que a centralidade de eventos traumáticos é preditora de sintomas depressivos. No que se refere ao estudo da hipótese 2, a regressão linear múltipla controlou o efeito das

variáveis depressão (BDI-I) e esquemas precoces desadaptativos e, à semelhança do caso anterior, a centralidade de eventos traumáticos não foi preditora de stress pós-traumático.

Quanto às hipóteses 1 e 2 os resultados obtidos na regressão linear simples parecem contraditórios com os resultados obtidos na regressão linear múltipla. Assim sendo, após uma breve reflexão, concluímos que, segundo o modelo de regressão linear simples, a centralidade de eventos traumáticos foi preditora significativa de sintomas depressivos e stress pós-traumático porque não foi controlada a influência dos esquemas precoces desadaptativos na integração central do trauma. Quando esta variável foi controlada através regressão linear múltipla, as hipóteses 1 e 2 foram infirmadas. Uma possível justificação para estes resultados reside no facto dos esquemas do *self* precederem a centralidade do evento traumático. Portanto, os esquemas, ao serem as estruturas responsáveis pela forma adaptativa ou desadaptativa que o indivíduo processa, codifica e armazena os eventos, influencia a integração do trauma na memória autobiográfica, que, por sua vez, influencia a atribuição de significado a outros eventos. Deste modo, a centralidade de eventos negativos parece afetar a saúde mental, contudo devido à ação dos esquemas precoces desadaptativos. Este facto é concordante com os estudos de Cláudio, Aurélio e Machado (2011), Walker e colaboradores (2009), Berntsen, Willert e Rubin (2003).

Com intuito de dar resposta à 2ª questão de investigação do nosso estudo: “*Será que os esquemas precoces desadaptativos são responsáveis pela forma como o indivíduo integra o trauma na memória autobiográfica, influenciando consequentemente a identidade?*”, começamos por explorar se os esquemas precoces influenciam a centralidade dos eventos traumáticos (H4).

É essencial ter em consideração que os combatentes na guerra das ex-colónias vivenciaram eventos aterradores no teatro de guerra (por exemplo, situações de combate nos pântanos da Guiné). Ora, se a integração desses eventos de vida são processados, codificados e armazenados com base em esquemas precoces desadaptativos, podemos colocar a hipótese de ocorrer um enviesamento cognitivo nos ex-combatentes que contribui para a integração central do trauma na memória autobiográfica. Tal como Cláudio (2009) e Cláudio, Aurélio e Machado (2011) identificaram nos seus estudos com indivíduos deprimidos.

O nosso estudo revelou que existe correlação significativa entre o resultado total de esquemas e a centralidade de eventos traumáticos. Revelou também que, esquema a esquema, as correlações foram significativas entre a centralidade do evento traumático e os esquemas de

“auto-sacrifício”, “vulnerabilidade”, “medo de perder o controlo”, “desconfiança”, “isolamento social”, “culpa”, “défice de autocontrolo” e “padrão rígido”.

No que se refere aos nove esquemas acima citados, é importante ter em conta que a experiência real de guerra pode ter contribuído para o desenvolvimento e manutenção dos esquemas precoces desadaptativos já incrustados no *self* dos ex-combatentes, assim como podem ter contribuído para a integração central do trauma e vice-versa.

Um indivíduo com o esquema de “vulnerabilidade” tem a crença de que a qualquer momento pode acontecer uma catástrofe, ao viver uma guerra pode ter verificado situações em que essa crença foi confirmada (por exemplo, explosão de uma mina), reforçando o esquema e influenciando a integração dessa experiência na memória. O mesmo pode ter acontecido com o esquema de “desconfiança” e “culpa”. Os ex-combatentes ao viverem situações de ameaça à sua integridade, à dos camaradas e ao ameaçarem a integridade dos seus inimigos no teatro de guerra, podem ter fortalecido crenças disfuncionais na base desses esquemas (por exemplo, “o outro vai magoar-me”, “não posso confiar nele”; “não mereço ser perdoado pelos erros que cometi”). Tal como o esquema “padrão rígido”, em que os ex-combatentes, ao constatarem que não estiveram à altura dos elevados padrões que estabeleceram, acabam por integrar a memória desse acontecimento de forma central. Entendemos também que um indivíduo com um esquema de “isolamento social” e “auto-sacrifício”, ao viver uma guerra, evento que a população portuguesa em geral não vivenciou, se sinta ainda mais isolado e incompreendido pelas outras pessoas e por esse motivo e outros, procure suprir a necessidade das outras pessoas acima das suas. A guerra pode ter reforçado o esquema “défice de autocontrolo” que tem por base crenças desajustadas de impulsividade exacerbada, assim como pode ter reforçado o esquema “medo de perder o controlo” resultando num zelo excessivo no controlo dos impulsos. As correlações encontradas apenas permitiram inferir que quanto mais elevados forem os resultados dos esquemas, mais efetiva é a integração central do evento traumático e vice-versa.

Considerando estes resultados, explorámos o tipo de relação entre as variáveis. Fizemos uma regressão linear simples e constatámos que os esquemas precoces desadaptativos foram preditores da centralidade de eventos traumáticos. Deste modo, percebemos que os esquemas desadaptativos de facto influenciam o processamento e codificação da experiência de guerra. De acordo com esses esquemas precoces desadaptativos, os ex-combatentes, ainda que inconscientemente, privilegiaram as memórias

que estavam em congruência com o *self* e seus esquemas, influenciando conseqüentemente a acessibilidade dessas memórias, tornando-as centrais na história de vida, identidade e expectativas futuras. Estes resultados confirmaram a hipótese 4 e foram congruentes com estudos de Cláudio, Aurélio e Machado (2011) e Berntsen, Willert e Rubin (2003).

Importa também salientar, que a confirmação da hipótese 4 reforça a justificação dada quando as hipóteses 1 e 2 foram infirmadas. Considerando a precedência dos esquemas sobre a integração central do trauma, a CES deixa de ser preditora significativa de psicopatologia depressiva ou de stress pós-traumático quando é controlado o efeito dos esquemas.

No que se refere à 2ª questão de investigação, embora tenhamos obtido resposta no que se refere à influência dos esquemas precoces no processo de integração do trauma, importa compreender o impacto que essas estruturas cognitivas têm na identidade e história de vida. Deste modo, explorámos se os esquemas foram preditores significativos de sintomas depressivos (H5) e de stress pós-traumático (H6).

No que se refere à psicopatologia depressiva, identificámos que os participantes com psicopatologia apresentaram resultados superiores aos dos participantes sem psicopatologia depressiva no total de esquemas. Este facto leva-nos a considerar que os esquemas do *self* influenciaram, não só a integração central do evento traumático, como podem ser os responsáveis pelo aparecimento e manutenção da psicopatologia depressiva.

Ao explorarmos a relação entre os esquemas precoces desadaptativos e depressão, verificámos que existe correlação significativa entre as duas variáveis, sendo isto congruente com os estudos de Cláudio (2009) sobre a influência dos esquemas precoces na depressão. Quando analisámos cada esquema, percebemos que todos, à exceção do esquema de “perda emocional”, revelaram correlações significativas com a psicopatologia depressiva. Este facto leva-nos a considerar que a crença de falta de suporte e proteção não se relacionou com a depressão porque possivelmente a experiência vivida na guerra foi contraditória a essa crença. Este facto difere dos resultados obtidos por Cláudio (2009), na medida em que os esquemas “grandiosidade” e “défice de autocontrolo” foram os únicos que não apresentaram relação com depressão. As diferenças encontradas entre os estudos podem ser justificadas pelo facto de Cláudio (2009) ter utilizado uma amostra clínica de indivíduos com depressão major, enquanto o critério de inclusão da nossa amostra foram ex-combatentes na guerra das ex-colónias. Assim sendo, tendo em conta que no contexto de guerra a sobrevivência de cada indivíduo dependia da sobrevivência dos seus camaradas, podemos colocar a hipótese que os

pressupostos de proteção e apoio mútuo foram desenvolvidos, sendo isso incongruente com o esquema de “perda emocional”.

Embora tenhamos identificado correlações significativas entre o total de esquemas e a depressão, foi através da regressão linear múltipla que verificámos que os esquemas precoces desadaptativos são uma causa do indivíduo desenvolver psicopatologia depressiva, confirmando assim a nossa hipótese 5. Estes resultados são consistentes com o facto da hipótese 1 ter sido infirmada e são congruentes com Cláudio, Aurélio e Machado (2011) em que o aparecimento e manutenção da depressão estão relacionados com os esquemas do *self*.

No enquadramento da guerra colonial portuguesa, os ex-combatentes viveram situações limite, em que tiveram de ter comportamentos ou tomar decisões que iam contra as suas crenças, princípios morais e religiosos. Na nossa amostra, identificámos que alguns ex-combatentes não conseguiram adaptar essas vivências na sua história de vida e identidade, resultando este facto na perturbação da saúde mental (nomeadamente no stress pós-traumático). Com base nos resultados anteriormente referidos, constatámos que não é a integração central do trauma a preditora direta desta perturbação mental, deste modo parece que a hipótese 6 é susceptível de ser verdadeira, uma vez que os esquemas do *self* são as estruturas cognitivas responsáveis por filtrar, codificar e avaliar os estímulos ambientais (Beck, 1967) podendo predispor o indivíduo a memórias involuntárias que potenciam o desenvolvimento do stress pós-traumático.

Do nosso estudo constatámos que os ex-combatentes com sintomas de stress pós-traumático revelaram valores superiores aos que não tinham sintomatologia no total de esquemas. Este facto instiga-nos a explorar se os esquemas do *self* foram a causa do aparecimento e manutenção desta patologia, tal como verificámos ser a causa de depressão.

Os resultados revelaram que o stress pós-traumático se correlaciona significativamente com o resultado total de esquemas. Deste modo, percebemos a existência de uma relação entre as variáveis e percebemos, através do modelo de regressão linear simples, que os esquemas precoces desadaptativos são preditores de stress pós-traumático. Contudo, para termos a certeza que o resultado obtido não se deveu à ação de outras variáveis (por exemplo, centralidade de e ventos traumáticos), fizemos o modelo de regressão linear múltipla e a hipótese 6 foi corroborada.

Com base nos resultados podemos verificar que o evento traumático de guerra é processado, codificado e armazenado na memória autobiográfica em congruência com os esquemas do *self*. Ora se estes são disfuncionais vão predispor o indivíduo a stress pós-traumático, na medida em que privilegiam a memória de eventos consonantes com as crenças do esquema. Desta forma, a memória involuntária de eventos de valência negativa, tais como imagens (por exemplo, mortes), pensamentos, percepções (por exemplo, sons, cheiros), levam o indivíduo a reviver os eventos vividamente, como se estivessem no teatro de guerra. A acessibilidade desses eventos e a dificuldade em controlar essas memórias intrusivas (por exemplo, *flashbacks*, pesadelos) resultam em sofrimento psicológico de stress pós-traumático. Este facto é concordante com os estudos de Brewin e Holmes (2003) e Berntsen, Willert e Rubin (2003).

Tendo em conta a confirmação da hipótese 5 e 6, procurámos explorar quais os esquemas precoces desadaptativos responsáveis pelo aparecimento do stress pós-traumático e depressão. Constatámos que todos os esquemas precoces desadaptativos se correlacionaram significativamente com as variáveis supracitadas, destacando-se a forte correlação destas com o esquema “medo de perder o controlo”.

No cenário de guerra, os participantes foram expostos a situações de violência. Inclusivamente, muitos revelaram a crença “*Atacar primeiro é a melhor defesa*” (sic) e com base nesta desenvolveram respostas automáticas de ataque em situação ameaçadora no contexto de guerra. Ora, se o indivíduo tem essa consciência, é compreensível que tenha medo de perder o controlo sobre os seus atos perante uma situação que ative o esquema (por exemplo, som) e desencadeie uma resposta involuntária perigosa/ameaçadora, que magoe o outro. Deste modo, o esquema “medo de perder o controlo” acaba por ser mantido e perpetuado.

Contudo, a correlação significativa dos esquemas, nomeadamente do esquema “medo de perder o controlo” não permite inferir uma relação de causalidade com as psicopatologias de stress pós-traumático e depressão, apenas permite inferir a existência de relação. Por esse motivo, recorreremos ao modelo de regressão linear simples e chegámos à conclusão que todos os esquemas parecem ser preditores significativos de depressão e stress pós-traumático, à exceção do esquema de “Inibição Emocional” na depressão. Este facto é incongruente com os resultados obtidos por Cláudio (2009), na medida em que o esquema de “Inibição Emocional” é nos seus estudos preditor significativo de depressão. Uma possível justificação para os

resultados obtidos relaciona-se com o facto do medo de perder o controlo aparecer associado à dificuldade de supressão dos impulsos, daí esse esquema não ser preditor de depressão na nossa amostra.

Para analisar o impacto individual de cada esquema precoce na sintomatologia depressiva e stress pós-traumático, tivemos de controlar a influência dos restantes 14 esquemas através do modelo de regressão linear múltipla. Os resultados revelaram que, à exceção do esquema “Medo de Perder o Controlo”, todas as variáveis foram não estatisticamente significativas. Este facto pode ser dever-se-á à elevada colineariedade entre esquemas. Contudo, importa salientar que o facto do esquema “medo de perder o controlo” ter sido o único significativo de psicopatologia (depressão e stress pós-traumático), indica que, de todos os esquemas precoces desadaptativos, este é, efetivamente, aquele que se destaca como preditor de psicopatologia na amostra de ex-combatentes de guerra.

Considerando que os esquemas do *self* tem impacto na história de vida e identidade, uma vez que são preditores de sintomatologia depressiva e de stress pós-traumático, considerámos relevante perceber se existe comorbilidade entre estas psicopatologias nos ex-combatentes.

Os resultados mostraram que a correlação entre a sintomatologia depressiva e stress pós-traumático é forte e significativa, deste modo as variáveis psicopatológicas influenciam-se mutuamente. Assim, os participantes que revelaram scores elevados no BDI-I, também demonstraram scores elevados no PCL-M, o que nos permite confirmar a hipótese de comorbilidade entre sintomas depressivos e stress pós-traumático. Estes resultados são congruentes com os estudos de Robinaugh e McNally (2011), uma vez que também identificaram correlação forte e significativa entre depressão e stress pós-traumático.

Considerando os resultados discutidos até aqui em resposta à 2ª questão de investigação, concluímos que os esquemas precoces desadaptativos, nomeadamente o esquema “medo de perder o controlo” são as estruturas responsáveis pela integração central da experiência de guerra na memória autobiográfica. Este facto influencia a manifestação de sintomatologia depressiva e de stress pós-traumático, havendo comorbilidade sintomatológica. Assim sendo, a identidade dos ex-combatentes aparece em relação direta com os esquemas disfuncionais do *self*.

Embora tenhamos obtido resposta para as questões de investigação colocadas, encontrámos resultados relevantes de serem discutidos, nomeadamente em relação ao acompanhamento psicológico/psicoterapêutico, tratamento psiquiátrico, toma atual de medicação e tipo de medicação psicofarmacológica.

No que se refere ao acompanhamento psicológico/psicoterapêutico, verificámos que os participantes em acompanhamento (grupo 1) apresentaram médias mais elevadas em todas escalas clínicas (BDI-I, PCL-M, CES, QEY) do que os participantes que não usufruíam desse apoio (grupo 2). Constatámos, com base no Kruskal-Wallis que as diferenças encontradas entre os grupos foram significativas. Estes resultados são coerentes, porque se o indivíduo procura acompanhamento psicológico, indica que do ponto de vista da saúde mental encontra-se em sofrimento, daí o grupo 1 apresentar valores mais elevados nas escalas clínicas BDI-I e PCL-M. Contudo, tendo em conta que os esquemas do *self* precedem a centralidade dos eventos traumáticos e são preditores de depressão e stress pós-traumático, compreende-se que o grupo 1 tenha obtido valores mais elevados no total de esquemas e CES do que aqueles que não estão em acompanhamento (grupo 2).

Salientamos que os ex-combatentes com uma saúde mental fragilizada, ou seja, aqueles que revelaram maiores índices de psicopatologia, integraram o grupo em acompanhamento psicológico/psicoterapêutico. Este facto é positivo, adequado e protetor porque se o indivíduo está frágil do ponto de vista psicológico e não consegue readquirir a estabilidade emocional, o passo mais adequado é efetivamente a procura de ajuda técnica e especializada. Os ex-combatentes, ao apresentarem *insight* suficiente para procurarem acompanhamento psicológico/psicoterapêutico, potenciam a saúde mental, crenças adaptativas, a estabilidade emocional, funcionando como factor protetor (por exemplo, pode evitar que um indivíduo com défice de auto-controlo passe ao ato).

Relativamente ao tratamento psiquiátrico, verificámos que os participantes em tratamento tiveram médias superiores aos que não estavam em tratamento nas escalas clínicas. À semelhança do caso anterior, verificámos que as diferenças entre grupos foram significativas. Desta forma, parece que os participantes tiveram alguma capacidade *insight*, tendo em conta que procuraram ajuda psiquiátrica e estavam efetivamente perturbados ao nível da saúde mental, sendo isso comprovado pelos valores superiores do grupo 1 nas escalas clínicas.

Em relação a toma atual de medicação psicofarmacológica, identificámos que os ex-combatentes medicados revelaram médias significativamente superiores nas escalas clínicas, à dos ex-combatentes que não tomavam medicação. Este facto permite inferir que os participantes medicados são aqueles que têm psicopatologia, este facto favorece o indivíduo em sofrimento a readquirir a estabilidade mental necessária para poder pensar sobre si mesmo.

Quanto ao tipo de medicação psicofarmacológica, a amostra de participantes medicada é pequena ( $N = 8$ ), logo, estes resultados não podem ser generalizados para a população de ex-combatentes na guerra das ex-colónias. Contudo, é interessante notar que os participantes medicados com antidepressivos e ansiolíticos foram aqueles que revelaram valores mais elevados em todas as escalas clínicas. No entanto, considerando que os esquemas do *self* têm influência na centralidade do trauma, sendo consequentemente preditores significativos de depressão e stress pós-traumático, entendemos que esse facto justifica os resultados elevados no total de esquemas e CES, obtidos pelos participantes medicados com antidepressivos e ansiolíticos.

## 6. CONCLUSÃO

O presente projeto de investigação procurou estudar o impacto da integração central do evento traumático de guerra na história de vida, identidade e expectativas futuras numa amostra de combatentes na guerra das ex-colónias.

Os participantes deste estudo foram solicitados a prestar serviço militar na guerra colonial no início da idade adulta, independentemente de concordarem ou não com os motivos político-sociais que conduziram à guerra. Deixaram as suas famílias, amigos, aldeias, cidades para arriscarem as suas vidas na defesa do território colonial, considerado naquele período território nacional.

O Governo de Salazar enviou para Angola, Moçambique e Guiné combatentes, mas sobretudo enviou pessoas com crenças, padrões cognitivos e estratégias de *coping* diferentes. Com base nesses aspetos, identidade e história de vida, cada combatente viveu, interpretou e integrou o evento de guerra de modo particular e singular.

De um modo geral, os ex-combatentes conseguiram integrar o evento de guerra na sua história vida e prosseguiram saudáveis do ponto de vista mental. Contudo, para outros a guerra assumiu um papel central na memória autobiográfica, gerando isso instabilidade e sofrimento psicológico.

De acordo com a literatura, esperávamos que a integração central do evento traumático fosse preditor significativo de sintomatologia depressiva e de stress pós-traumático. Contudo, os resultados do estudo surpreenderam-nos e mostraram-nos que a integração central do evento de guerra só é preditor significativo de sintomatologia por influência dos esquemas precoces desadaptativos.

Os esquemas dos combatentes foram elaborados na infância, ou seja quando estes foram enviados para África levaram consigo padrões cognitivos e comportamentais que orientaram o seu pensamento e comportamento nos diversos contextos de guerra. Importa referir, que alguns combatentes viveram episódios chocantes “*Entrámos numa aldeia que tinha sofrido um ataque da força aérea e vimos uma mulher morta com os miolos espalhados pelo chão e o filho vivo preso nas suas costas*” (sic) e tomaram decisões incongruentes com as suas crenças e identidade “... *ainda hoje sinto-me culpado por ter decidido abandonar aquela criança, provavelmente para ser comida por um leopardo, mas não a podia levar comigo*” (sic). Deste modo, o evento de guerra pode ter reforçado crenças disfuncionais

acerca de si mesmo e do mundo, reforçando esquemas precoces desadaptativos, que por sua vez contribuíram para a integração central do evento traumático, sendo isto corroborado pelo nosso estudo, na medida em que os esquemas do *self* foram identificados com preditores significativos da integração central do evento de guerra.

Neste seguimento, entendemos que não é a integração central do trauma na memória autobiográfica que modifica a história de vida, identidade e expectativas futuras do indivíduo, mas sim os esquemas distorcidos que o indivíduo utilizou para processar, codificar e armazenar os diversos episódios vividos na guerra que contribuíram para que esse evento ficasse acessível e assumisse um papel central na história de vida, identidade “*fui para a guerra uma pessoa e voltei outra*” (sic) e expectativas futuras.

Percebemos que o impacto negativo do evento de guerra na saúde mental se deveu à ação dos esquemas precoces desadaptativos. Os resultados indicaram a existência de comorbidade sintomatológica entre depressão e stress pós-traumático, ou seja, se por um lado os combatentes revelaram sintomas de stress pós-traumático porque a sua mente é assaltada por memórias traumáticas de guerra (por exemplo, combatentes que foram alinhados para serem fuzilados e que sobreviveram devido a ordens superiores), pesadelos e *flashbacks*, por outro lado, revelaram também sintomas depressivos (por exemplo, irritabilidade, tristeza, culpa). Não conseguimos identificar se a depressão é primária e o stress pós-traumático é secundário ou vice-versa, mas identificámos que existe comorbidade sintomatológica e que o aparecimento e manutenção dessas psicopatologias deveu-se à influência dos esquemas precoces desadaptativos.

O esquema “medo de perder o controlo” foi o esquema precoce desadaptativo que mais se destacou na amostra. Quando efetuamos o tratamento dos resultados consideramos este facto muito interessante porque os combatentes no momento de recolha partilharam que facilmente se irritavam. Deste modo, o facto de já terem perdido o controlo sobre os seus impulsos, nomeadamente em contexto de guerra, leva-os à inibição e controlo excessivo. Salientamos, ainda que as memórias intrusivas (por exemplo, pessoas que mataram no contexto de guerra) podem alimentar o medo de ceder aos impulsos, resultando isso na manutenção do esquema. Esse controlo pode também ser consequência da capacidade de *insight* dos combatentes, na medida em que viveram situações extremas e conhecem os seus limites, sabem as escolhas que fizeram e comportamentos que tiveram, temendo repeti-los. Contudo, esta é uma justificação que necessita ser comprovada em futuras investigações.

Os nossos resultados mostraram ainda que a escala clínica CES permite, de facto, estudar o impacto da integração central do trauma mas, para isso, é necessário utilizar o resultado total da escala. Este resultado surpreendeu-nos porque esperávamos que as subescalas avaliassem isoladamente o impacto na história de vida, identidade e expectativas futuras, mas percebemos que não era aconselhável fazê-lo porque os itens das subescalas avaliavam estes três aspectos em simultâneo.

A nível metodológico, a nossa investigação apresenta algumas limitações, nomeadamente no que se refere à amostra. O nosso estudo teve um foco muito específico, ex-combatentes de guerra, deste modo considerámos que a experiência de guerra, por si só, constituía um evento traumático na história de vida dos participantes. Contudo, alguns ex-combatentes referiram que a experiência de guerra não foi a experiência mais traumática que viveram (por exemplo, nunca estiveram em combate, estavam destacados nos quartéis ou chegaram à guerra quando esta já estava no término). Deste modo, teria sido relevante salvaguardar este aspeto, através de uma entrevista clínica.

O facto de a amostra ser constituída unicamente por ex-combatentes de guerra pode ter limitado o nosso estudo, na medida em que o evento traumático pode ter sido processado e ativado por esquemas diferentes, conforme o evento vivido. Desta forma, teria sido relevante e enriquecedor comparar e analisar as diferenças encontradas entre o grupo de ex-combatentes de guerra e outro grupo que vivenciou um evento traumático, por exemplo, vítimas de violência doméstica. Assim poderiam ser analisadas as semelhanças e diferenças no que se refere aos esquemas precoces desadaptativos, à integração central do trauma e impacto na história de vida, identidade e expectativas futuras.

No que se refere ao número de participantes, acautelamos contra uma generalização exacerbada dos resultados obtidos para a população de ex-combatentes na guerra das ex-colónias, até porque, em determinadas variáveis, houve um número muito reduzido de respostas, nomeadamente “tipo de medicação psicofarmacológica”. Deste modo, seria interessante reproduzir este estudo com uma amostra mais alargada de ex-combatentes de guerra.

A amostra do nosso estudo encontrava-se bastante envelhecida, com idades entre os 60 e 82 anos. Este facto é importante salientar porque os esquemas do *self* e consequentemente a integração dos eventos na memória autobiográfica são suscetíveis à influência social e cultural. Assim, ao considerarmos os resultados do nosso estudo para populações mais jovens

devemos ter cuidado, porque podem ter estratégias de *coping* e esquemas diferentes da amostra em estudo. Deste modo, seria relevante replicar este estudo mas com uma amostra mais heterogénea ao nível das idades e do género, uma vez que atualmente existem combatentes do sexo feminino (por exemplo, Afeganistão).

No que se refere aos instrumentos clínicos utilizados, compreendemos que o facto de a CES ser um instrumento ainda não validado para a população portuguesa pode constituir uma limitação, embora os itens da escala tivessem sido testados. Deste modo, seria importante proceder à validação da escala para a população portuguesa e replicar o estudo com uma amostra maior e mais heterogénea.

Apesar de todas as limitações mencionadas, identificamos que os esquemas precoces desadaptativos ao precederem a integração central do evento traumático, são os responsáveis pelo enviesamento cognitivo que contribui para a elevada acessibilidade de memórias perturbadoras repetitivas, que, por sua vez, se tornam centrais e resultam no aparecimento e manutenção de sintomatologia depressiva e stress pós-traumático nos ex-combatentes de guerra. Do nosso ponto de vista, esta foi a descoberta mais relevante da presente investigação porque tem impacto a nível terapêutico. Assim, os técnicos que se identificam com a teoria cognitivo-comportamental, com base nestas descobertas podem intervir de forma mais eficaz. O foco na relação terapêutica não é tanto a integração central do trauma, mas sim a substituição das crenças desadaptativas na base dos esquemas precoces do *self*, por crenças adaptativas e funcionais.

O facto de termos verificado que o esquema precoce desadaptativo “Medo de perder o controlo” é o maior preditor de psicopatologia na amostra de ex-combatentes, permite-nos criar estratégias de intervenção mais adequadas que consideram as crenças nucleares e pensamento automáticos específicos desse esquema, sendo isso uma mais-valia para a ciência e intervenção terapêutica com os ex-combatentes na guerra das ex-colónias em sofrimento psicológico.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., M. & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática do Stress (PTSD) Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- Almeida, P. (2012). *Memórias autobiográficas voluntárias e involuntárias e a sua associação com vinculação, depressão e esquemas precoces desadaptativos*. Lisboa: ISPA.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM - IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores
- Anderson, J. R. (2000). *Cognitive psychology and its implications* (5th ed.). New York: Worth Publishers.
- Apóstolo, J., Mendes, A. & Antunes, M. (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto dos cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (III), 67-74.
- Aurélio, J., G. & Cláudio, V. (2009). Congruência de humor em memórias autobiográficas de infância em indivíduos com depressão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 159-173.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Berntsen, D. (2001). Involuntary memories of emotional events. Do memories of traumas and extremely happy events differ. *Applied Cognitive Psychology*, 15, 135-15.
- 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, 636-652.
- Berntsen, D., Willert, M. & Rubin, D., C. (2003). Splintered Memories or Vivid Landmarks? Qualities and Organization of Traumatic Memories with and Without PTSD. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 675-693.

- Berntsen, D. & Rubin, D., C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219–231.
- Berntsen, D. & Rubin, D., C. (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.
- Brewin, C. R. & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S5-S27.
- Cláudio, V. (2004). *Da trama das minhas memórias o fio que tece a depressão: Esquecimento dirigido e memória autobiográfica na depressão major*. Lisboa: ISPA
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 143-157.
- Cláudio, V., Aurélio, J., G. & Machado, P. (2011). Autobiographical Memories in Major Depressive Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Cole, M. & Cole, S. (2003). *Desenvolvimento da Criança e do Adolescente* (4.<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Conway, M. A., & Rubin, D. C. (1993). The structure of autobiographical memory. In A. F. Collins, S. E. Gathercole, M. A. Conway, & P. E. Morris (Eds), *Theories of memory* (pp.103-137). Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conway, M., A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory & Language*, 53, 597-628.
- Conway, M., A. & Pleydell-Pearce, W., C. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.
- Dagleish, T., Golden, A., Barret, L., Yeung, C., Murphy, V., Tchanturia, K., Williams, J., Perkins, N., Barnard, P., Elward, R. & watkins, E. (2007). Reduced Specificity of Autobiographical Memory and Depression: The Role of Executive Control. *Journal of Experimental Psychology: General*. 136 (1), 23-42.

- Ford, J. H., Addis, D. R. & Giovanello, K. S. (2012). Differential effects of arousal in positive and negative autobiographical memories. *Memory*. 20 (7), 771-778.
- Gardner, R., Vogel, A., Mainetti, M. & Ascoli, G (2012). Quantitative Measurements of Autobiographical Memory Content. *Plos one* 7 (9). 1-14.
- Gleitman, H. (2002). *Psicologia* (5.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guerreiro, D., Brito, B., Baptista, JL. & Galvão, F. (2007). Stress Pós-Traumático: os mecanismos do trauma. *Acta Médica Portuguesa*. 20, 347-354.
- Gusmão, R. (2005). *Depressão: deteção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Universidade Nova Lisboa.
- Hermans, D., Decker, A., Peuter, S., Raes, F., Eelen, P. & Williams, J. (2008). Autobiographical Memory Specificity and affect regulation: coping with a negative life event. *Depression and Anxiety*. 25, 787-792.
- Holland, A. C. & Kensinger, E. A (2010). Emotion and Autobiographical Memory. *Phys Life Rev*. 7(1), 88-131.
- Kensinger, E. A. & Schacter, D. L. (2005). Emotional content and reality-monitoring ability: fMRI evidence for the influences of encoding processes. *Neuropsychologia*. 43 (10), 1429-1443.
- Kensinger, E. A. (2007). Negative Emotion Enhances Memory Accuracy Behavioral and Neuroimaging Evidence. *Current Directions in Psychological Science*. 16 (4), 213-218.
- Knapp, P. & Colaboradores (2007). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceptuais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 30 (II), S54-64.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. London: Free Association Books.

- Marcelino, D. & Gonçalves, S., P. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 30 (1), 71-75.
- Mathews, A. (2006). Anxiety and the encoding of emotional information. In B. Uttl, A. Siegenthaler & N. Ohta (Eds.), *Memory and emotion: interdisciplinary Perspectives* (pp. 191-210). Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- Morais, T. (2009). Risco e Resiliência na idade adulta: estudo comparativo entre militares portugueses no Afeganistão e uma amostra da população geral. *Revista de Psicologia Militar*, 18, 67-96.
- Nelson, K. & Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychological Review*. 111, 486-511.
- Oliveira, R., M. (2007). O Conceito de Executivo Central e Suas Origens. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (4), 399- 406.
- Peterson, C. (1979). Uncontrollability and self-blame in depression: Investigation of the paradox in a college population. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 620-624.
- Pereira, M. G., Pedras, G., Lopes, C., Pereira, M. & Machado, J. (2010). PTSD, Psicopatologia e tipos de família em veteranos de guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.
- Pinto, A. C. (1998). O impacto das emoções na memória: Alguns temas em análise. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (2), 215-240.
- Pinto, M. A., Gonçalves, S. P. & Lima, M. L. (2012). Stress e trauma, continuidades e descontinuidades: para uma reflexão sobre PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 13(1), 49-65.
- Philippe, F., Koestner, R., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G. & Bois, K. (2011). The Role of Autobiographical Memory Networks in the Experience of Negative Emotions: How Our Remembered Past Elicits Our Current Feelings. *Emotion*. 11 (6), 1279-1290.
- PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística; Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2009) - Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Lisboa: INE; INSA.

- Prebble, S. C, Addis, D. R. & Tippet, L. J. (2012). Autobiographical Memory and Sense of Self. *Psychological Bulletin*.
- Rangé, B. & Colaboradores (2011). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. 2ª edição, Porto Alegre: Artmed.
- Reisberg, D., & Heuer, F. (2004). Remembering emotional events. In D. Reisberg & P. Hertel (Eds.), *Memory and emotion* (pp. 3-41). New York: Oxford University Press.
- Ritchie, T., Skowronski, J. J., Hartnett, J., Wells, B. & Walker, W. R. (2009). The fading affect bias in the context of emotion activation level, mood, and personal theories of emotion change. *Memory*. 17 (4), 428-444.
- Robinaugh, D., J. & McNally, R., J. (2011). Trauma Centrality and PTSD Symptom Severity in Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 24 (4), 483-486.
- Robinson, J. A. (1986). Autobiographical memory: A historical prologue. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp.19-24). New York: Cambridge University Press.
- Rubin, D. C. (Org.). (1986). *Autobiographical memory*. New York: Cambridge University Press.
- Vaz Serra, A. & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos: ensaio de aplicação do inventário depressivo de Beck a uma amostra de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Salkovskis, P. (2005). *Fronteiras da Terapia Cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e editora Ltda.
- Serra, A. V. (2003). O Distúrbio de Stress Pós-Traumático. Coimbra: Vale & Vale Editores.
- Schimdt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19 (5), 295-321.
- Schuettler, D. & Boals, A. (2011). The Path to Posttraumatic Growth Versus Posttraumatic Stress Disorder: Contributions of Event Centrality and Coping. *Journal of Loss and Trauma*, 16, 180-194.

- Sprinthall, N. A. & Sprinthall, R. C. (1993). *Psicologia Educacional – Uma Abordagem Desenvolvimentista*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Tulving, E. (1983). *Elements of episodic memory*. Oxford: Clarendon Press.
- Tulving, E. (2001). Episodic memory and common sense: how far apart. *Phil. Trans. R. Soc. Lond.* 356, 1505-1515.
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From Mind to Brain. *Annual Reviews Psychology*, 53, 1-25.
- Walker, W. R., Skowronski, J. J., Gibbons, J. A., Vogl, R. J. & Richthie, T. D. (2009). Why people rehearse their memories: Frequency of use and relations to intensity of emotions associated with autobiographical memories. *Memory*. 17 (7), 760-773.
- Watson, G. M. W., & Dyck, D.G. (1984). Depressive attributional style in psychiatric inpatients: Effect of reinforcement and assessment procedures. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 312-320.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Wisco, B., E. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Interpretation bias and depressive symptoms: The role of self-relevance. *Behaviour Research and Therapy*. 48 (11), 1113-1122.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: Uma abordagem focada em esquemas*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy*. New York: The Guilford Press.

## **ANEXOS**

## **ANEXO A: Planificação do estudo entregue às instituições**

### **Tema**

*“A centralidade dos eventos traumáticos em ex-combatentes de guerra.”*

### **Sumário**

O presente projeto insere-se no âmbito de uma dissertação de mestrado em psicologia, área psicologia clínica, a ser realizada pela aluna Sandra Ribeiro no Instituto Superior de Psicologia Aplicada – ISPA-IU, sob a orientação do Prof. Doutor Victor Cláudio.

A presente investigação procura compreender qual o impacto de um evento traumático na identidade de um indivíduo. Procura também analisar qual a influência dos esquemas precoces na vivência do evento traumático.

Estudos realizados demonstram que memórias de eventos traumáticos ou outros eventos de vida negativos formam pontos de referência para a organização das experiências de vida de um indivíduo. Um estudo de Berntsen e colaboradores sugere que os eventos traumáticos poderão ter resultados prejudiciais para a saúde mental do indivíduo que experienciou esse evento (Berntsen, Willert, & Rubin, 2003). Em tais casos, um evento negativo e imprevisível vai influenciar a atribuição de significados de outros eventos, bem como o desenvolvimento de expectativas dos eventos futuros. Os esquemas por sua vez, são estruturas que filtram, codificam e avaliam os estímulos aos quais o organismo é submetido, contaminam as interpretações que os sujeitos fazem dos acontecimentos, podendo resultar em concepções errôneas, atitudes distorcidas e premissas inválidas (Beck, 1967, citado por Young, 2003).

Deste modo, propomos desenvolver uma investigação que permita analisar a centralidade de um evento traumático na vida de um indivíduo e qual a influência que os esquemas precoces desempenham na sua vivência. Espera-se que as implicações clínicas do estudo contribuam para o aumento da eficácia das intervenções terapêuticas junto dos sujeitos que vivenciaram eventos traumáticos (vítimas de violência e doméstica e ex-combatentes de guerra).

### **Objetivos**

O objetivo geral do estudo é compreender qual o impacto de um evento traumático na identidade do indivíduo.

Os objetivos específicos são:

- Analisar se um evento central traumático é um forte preditor de sintomatologia depressiva e de stress pós-traumático.
- Analisar se a sintomatologia depressiva e de stress pós-traumático está associada aos seguintes fatores:
  - (a) *Centralidade e integração do trauma;*
  - (b) *se o evento é considerado como um ponto de viragem na história de vida;*
  - (c) *se o evento é um ponto de referência para as expectativas sobre o futuro.*
- Analisar a influência dos esquemas precoces na vivência de um evento traumático.

### **População – Alvo**

A amostra será constituída por ex-combatentes na guerra do Ultramar (idealmente 50 participantes).

#### Critérios de inclusão na amostra:

- Idade igual ou superior a 18 anos;
- Género masculino;
- Ex-combatente de guerra;
- Saber ler e escrever.

### **Descrição detalhada do Estudo**

#### 1ª Fase: Contactos com as instituições

A investigação iniciará com a realização de contactos às instituições e apresentação do projeto de investigação com o objetivo de obter autorização para a recolha de dados.

Todos os aspetos gerais de ética serão assegurados, existindo uma constante articulação com o orientador e com as instituições. Os procedimentos da investigação decorrerão de acordo com as normas da instituição e indicações do responsável ou seu substituto.

#### 2ª Fase: Avaliação e recolha de dados

As autorizações para a utilização dos instrumentos que fazem parte do protocolo de avaliação foram solicitadas aquando da elaboração do presente projeto. Desta forma, todas as autorizações e instrumentos estão reunidos para iniciar a avaliação.

No primeiro contato com os participantes, será solicitada a participação através do consentimento informado visando esclarecer a natureza da investigação, bem como os objetivos da mesma e garantir a confidencialidade dos dados obtidos.

A avaliação decorrerá com a aplicação dos seguintes instrumentos:

- **Questionário Sócio-Demográfico** – Questionário de auto-resposta construído com o objetivo específico de descrever, detalhadamente, as variáveis demográficas da amostra, como o género, idade, estatuto socioeconómico, habilitações literárias, assim como questões clínicas gerais.

- **Inventário de Depressão de Beck (BDI)** – Inventário de auto-resposta desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), foi traduzido e adaptado por Vaz Serra e Pio de Abreu, 1973. Constituído por 21 itens, permitindo uma avaliação da intensidade da depressão, através de manifestações cognitivas, comportamentais, afectivas e somáticas. Cada item apresenta quatro possibilidades de resposta, sendo que a sua cotação varia entre 0 (ausência de sintoma) a 3 (presença mais acentuada do sintoma).

- **Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Militar Version (PCL-M)** - Questionário de auto-preenchimento elaborado por Weathers e colaboradores em 1993, foi traduzido e adaptado por Pinto e Esteves (2005) para a população portuguesa. O questionário é constituído por 17 itens que permitem avaliar a severidade dos sintomas da perturbação de stress pós-traumático. As respostas são dadas numa escala tipo Likert de cinco pontos.

- **Escala da Centralidade de eventos (CES)** – Questionário de auto-preenchimento elaborado por Berntsen e Rubin em 2006, é constituída por 20 itens. Procuram avaliar a centralidade de um evento stressante ou traumático na identidade e história de vida de um indivíduo. As respostas são dadas numa escala de cinco pontos, tipo Likert. Será utilizada uma versão traduzida por profissionais portugueses com o domínio da língua inglesa.

- **Questionário de Esquemas** – Questionário de auto-preenchimento desenvolvido por Young e Brown (1990 e revisto em 1991), traduzido e adaptado à população portuguesa por Pinto Gouveia e Margarida Robalo em 1994. É constituído por 123 itens, que permite avaliar os Esquemas Precoces Desadaptativos. Os itens abrangem seis domínios (instabilidade e separação, indesejabilidade, enfraquecimento da autonomia, enfraquecimento dos limites, redução da auto-expressão, redução da gratificação) que englobam os dezasseis esquemas.

## **ANEXO B: Carta de Consentimento informado**

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

Declaro para os devidos fins e efeitos que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que Sandra Cristina Monteiro Ribeiro se encontra a realizar no âmbito do Mestrado Integrado 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:

Sandra Ribeiro através do 962576704 ou sandra.ri\_beiro@hotmail.com

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

Investigador: \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

## ANEXO C: Questionário Sócio-Demográfico

Nº do questionário: \_\_\_\_\_

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

### 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

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

Sim  Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

Não

**Atualmente está em tratamento psiquiátrico?**

Sim  Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

Não

**Já tomou medicação psicofarmacológica?**

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

Não

**Atualmente toma medicação psicofarmacológica?**

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

Não

## ANEXO D: Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações.

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

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

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).  
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.  
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.  
3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6. 0 Não sinto que esteja a ser punido(a).  
1 Sinto que posso ser punido(a).  
2 Sinto que mereço ser punido(a).  
3 Sinto que estou a ser punido(a).
7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).  
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).  
2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).  
3 Eu odeio-me.
8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.  
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.  
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.  
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
9. 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.  
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.  
2 Gostaria de me matar.  
3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.

- 10.** 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.  
1 Choro mais agora do que costumava fazer.  
2 Actualmente, choro o tempo todo.  
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
- 11.** 0 Não me irrito mais do que costumava.  
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.  
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).  
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
- 12.** 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.  
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  
2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.  
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.
- 13.** 0 Tomo decisões tão bem como antes.  
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.  
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.  
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
- 14.** 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.  
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.  
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente  
3 Considero-me feio(a).

- 15.** 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.  
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.  
2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.  
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 16.** 0 Durmo tão bem como habitualmente.  
1 Não durmo tão bem como costumava.  
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.  
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
- 17.** 0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual.  
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.  
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.  
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
- 18.** 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.  
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.  
2 O meu apetite, agora, está muito pior.  
3 Perdi completamente o apetite.
- 19.** 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
1 Perdi mais de 2,5 Kg.  
2 Perdi mais de 5 Kg.  
3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos. Sim\_\_\_ Não\_\_\_

- 20.** 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- 1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão de ventre.
- 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, atualmente , muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

## **ANEXO E: Questionário de Avaliação da Perturbação Pós-Stress Traumático (PCL-M).**

### **Versão Portuguesa da *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Militar Version***

Em baixo é apresentada uma lista de problemas e queixas que por vezes os veteranos de guerra apresentam em resposta à sua experiência militar. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente e assinale com uma cruz a afirmação que representa o incómodo causado por estes problemas

1. Repetidas memórias perturbadoras, pensamento, ou imagens da sua experiência militar?	1	2	3	4	5
2. Repetidos sonhos perturbadores da sua experiência militar?	1	2	3	4	5
3. Tem sentido ou age como se a sua experiência militar estivesse acontecer novamente (como se o estivesse a reviver)?	1	2	3	4	5
4. Tem-se sentido muito aborrecido quando se lembra da sua experiência militar?	1	2	3	4	5
5. Tem tido reações físicas (ex.: coração acelerado, dificuldades respiratórias, transpiração) quando algo o faz lembrar a sua experiência militar?	1	2	3	4	5
6. Tem evitado pensar ou falar sobre a sua experiência militar, ou, ainda, ter sentimentos relacionados com ela?	1	2	3	4	5
7. Tem Evitado atividades ou situações porque elas lhe relembram a sua experiência militar?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldades em lembrar partes importantes da sua experiência militar?	1	2	3	4	5
9. Perdeu o interesse em atividades de que antes costumava apreciar?	1	2	3	4	5
10. Tem-se sentido distante ou cortou relações com outras pessoas?	1	2	3	4	5
11. Sentir-se emocionalmente entorpecido ou incapaz de sentir carinho por aqueles que lhe são próximas?	1	2	3	4	5
12. Tem-se sentido como que não tenha nada a esperar do futuro?	1	2	3	4	5
13. Ter dificuldade em adormecer ou em manter-se o sono?	1	2	3	4	5
14. Sentir-se irritável ou ter fora de si?	1	2	3	4	5
15. Ter dificuldade em concentrar-se?	1	2	3	4	5
16. Estar “super-vigilante” ou alerta?	1	2	3	4	5
17. Sentir-se sobressaltado ou facilmente assustado?	1	2	3	4	5

## ANEXO F: Questionário de Esquemas de Young.

### 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 interiro 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 \_\_\_\_

#### 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.

112. Sinto sobre mim uma pressão constante para realizar coisas e alcançar objectivos \_\_\_\_

113. O meu relacionamento com as pessoas ressent-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 \_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_

### ANEXO G: Escala da Centralidade de eventos (CES)

14. Se tecesse um tapete da minha vida, este evento estaria no centro, de onde sairiam fios para muitas outras experiências.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
15. A minha história de vida pode ser dividida em dois capítulos centrais: um antes e outro depois deste evento.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
16. Este evento alterou a minha vida de acontecimentos da minha vida actual.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
3. Sinto que este evento se tornou parte da minha identidade.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
4. Este evento pode ser visto como um símbolo ou um marco de temas importantes da minha vida.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
5. Este evento está a fazer a minha vida diferente da vida da maior parte das outras pessoas.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
*6. Este evento tornou-se um ponto de referência para a forma como me interpreto a mim próprio(a) e ao mundo.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
7. Acredito que as pessoas que não passaram por este evento pensam de forma diferente da minha.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
8. Este evento diz muito sobre quem sou.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
9. Frequentemente vejo conexões e semelhanças entre este evento e as relações que atualmente estabeleço com as outras pessoas.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
*10. Sinto que este evento se tornou uma parte central da minha história de vida.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
11. Acredito que as pessoas que não passaram por este tipo de evento, têm uma forma de olhar para elas próprias diferente da minha.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
*12. Este evento influenciou a forma como penso e sinto outras experiências.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
13. Este evento tornou-se um ponto de referência para a forma como olho para o meu futuro.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

**Instruções:** Por favor, pense no evento mais stressante ou traumático da sua vida. Leia cada uma das afirmações que se seguem e assinale de 1 a 5 o número que melhor descreve cada questão.

forma permanente.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
*17. Penso frequentemente nos efeitos que este evento terá no meu futuro.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
*18. Este evento constitui um ponto de viragem na minha vida.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
19. Se este evento não tivesse acontecido, atualmente eu seria uma pessoa diferente.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente
20. Quando reflito sobre o meu futuro, recorrentemente penso neste evento.	Discordo totalmente 1 2 3 4 5 Concordo totalmente

\*Os itens assinalados com asterisco fazem parte da versão com sete itens.

## ANEXO H: Cronograma Liga dos Combatentes



### LIGA DOS COMBATENTES

#### Centro de Estudos e Apoio Médico, Psicológico e Social

**Entidade/Instituição:** ISPA

**Aluno/investigador:** Sandra Ribeiro

**Tipologia do estudo:** Mestrado

**Área do Conhecimento:** Psicologia Clínica

**Título do estudo/investigação:** “A centralidade dos eventos em ex-combatentes de guerra”

**Objetivos:** Compreender qual o impacto de um evento traumático na identidade de um indivíduo, e o desenho da investigação prevê que a amostra seja constituída por 50 ex-combatentes da guerra do Ultramar

**Amostra:** 25 a 30 combatentes

#### Cronograma/planeamento para a realização do estudo:

Dia	Hora	Núcleo	Contacto	Nº Combatentes	Obs
18Mar13	10-13 e 14 às 18	VFXira	----	8	Confirmado
20Mar13	10-13 e 14 às 18	Almada	----	6	Não confirmado
21Mar13	10-13 e 14 às 17	Queluz	----	6	Confirmado
22Mar13	10-13 e 14 às 17	Lisboa	----	7	Confirmado

Dr.<sup>a</sup> Sandra Ribeiro (ISPA)

Contacto: 962576704

## ANEXO I: Dados estatísticos

### Estadística descritiva

#### Amostra

		Género	Hab_literárias	Profissão	Estado_civil	Conc_residência
N	Valid	36	36	36	36	36
	Missing	0	0	0	0	0

#### Idade

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Idade	36	60,00	82,00	69,2778	5,76002
Valid N (listwise)	36				

#### Género

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	36	36	36	36

#### Concelho de Residência

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Alenquer	1	2,8	2,8	2,8
	Almada	4	11,1	11,1	13,9
	Amadora	1	2,8	2,8	16,7
	Lisboa	9	25,0	25,0	41,7
	Loures	1	2,8	2,8	44,4
	Odivelas	3	8,3	8,3	52,8
	Palmela	1	2,8	2,8	55,6
	Queluz	2	5,6	5,6	61,1
	Seixal	2	5,6	5,6	66,7
	Sintra	4	11,1	11,1	77,8
	V.F.Xira	8	22,2	22,2	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

#### Estado Civil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Casado/a	31	86,1	86,1	86,1
	União de Facto	1	2,8	2,8	88,9
	Divorciado/a	2	5,6	5,6	94,4
	Viúvo/a	2	5,6	5,6	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

### Habilitações Literárias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino Primário	14	38,9	38,9	38,9
	Ensino Básico	6	16,7	16,7	55,6
	Ensino Secundário	11	30,6	30,6	86,1
	Frequência universitária	2	5,6	5,6	91,7
	Ensino Superior	3	8,3	8,3	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

### Profissão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Especialistas das profissões intelectuais e científicas	2	5,6	5,6	5,6
	Técnicos e profissionais de nível intermédio.	8	22,2	22,2	27,8
	Pessoal administrativo e similares	5	13,9	13,9	41,7
	Pessoal dos serviços e vendedores.	6	16,7	16,7	58,3
	Operários, artífices e trabalhadores similares.	1	2,8	2,8	61,1
	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem.	2	5,6	5,6	66,7
	Trabalhadores não qualificados.	2	5,6	5,6	72,2
	não respondeu	10	27,8	27,8	100,0
	Total	36	100,0	100,0	

### Atualmente em Acompanhamento psicológico/psicoterapêutico

		A_Psicologico_psicoterapeutico		Cases		Total	
		Valid	Missing	Valid	Missing	Total	Total
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI	Sim	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Não	29	100,0%	0	0,0%	29	100,0%
PCL_M	Sim	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Não	29	100,0%	0	0,0%	29	100,0%
Total_esquemas	Sim	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Não	29	100,0%	0	0,0%	29	100,0%
Total_CES	Sim	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%
	Não	29	100,0%	0	0,0%	29	100,0%

Diferenças entre grupo 1 e 2

	BDI		PCL-M		T-Esquemas		T-CES	
	M.	DP.	M.	DP.	M.	DP.	M.	DP.
<b>Sim</b>	31.9	9.73	56.7	8.01	360	149.1	88.57	11.73
<b>Não</b>	79.3	7.55	34.5	16.25	219.1	59.1	69.34	19.26

Teste de Normalidade

		Kolmorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	Df	p	Estatística	df	p
<b>BDI</b>	Sim	0.2	7	0.2	0.9	7	0.38 ←
	Não	0.15	29	0.07	0.89	29	0.007
<b>PCL-M</b>	Sim	0.25	7	0.2	0.77	7	0.02
	Não	0.17	29	0.02	0.87	29	0.003
<b>CES</b>	Sim	0.22	7	0.2	0.84	7	0.120 ←
	Não	0.1	29	0.2	0.96	29	0.431 ←
<b>T- Esquemas</b>	Sim	0.23	7	0.2	0.87	7	0.218 ←
	Não	0.18	29	0.01	0.93	29	0.08

Kruskal-Wallis

Ranks			
	A_Psicologico_psicoterapeutico	N	Mean Rank
BDI	Sim	7	32,07
	Não	29	15,22
	Total	36	
PCL_M	Sim	7	29,14
	Não	29	15,93
	Total	36	
Total_CES	Sim	7	27,36
	Não	29	16,36
	Total	36	
Total_esquemas	Sim	7	28,57
	Não	29	16,07
	Total	36	

Test Statistics <sup>a,b</sup>				
	BDI	PCL_M	Total_CES	Total_esquemas
Chi-Square	14,460	8,893	6,147	7,941
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,003	,013	,005

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: A\_Psicologico\_psicoterapeutico

### Atualmente em Tratamento Psiquiátrico

	Atualmente Tratamento Psiquiátrico	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI	Sim	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Não	28	100,0%	0	0,0%	28	100,0%
PCL_M	Sim	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Não	28	100,0%	0	0,0%	28	100,0%
Total_esquemas	Sim	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Não	28	100,0%	0	0,0%	28	100,0%
Total_CES	Sim	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Não	28	100,0%	0	0,0%	28	100,0%

### Diferenças entre grupo 1 e 2

	BDI		PCL-M		T-Esquemas		T-CES	
	M.	DP.	M.	DP.	M.	DP.	M.	DP.
<b>Sim</b>	31.9	9	60	8.3	359.3	139.4	87.5	11.4
<b>Não</b>	8.5	6.4	32.8	14.2	214.3	53.1	68.96	19.4

### Teste de Normalidade

		Kolmorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Estatística	df	p	Estatística	df	p
<b>BDI</b>	Sim	0.17	8	0.2	0.92	8	0.46 ←
	Não	0.11	28	0.2	0.92	28	0.04
<b>PCL-M</b>	Sim	0.18	8	0.2	0.91	8	0.38 ←
	Não	0.18	28	0.01	0.88	28	0.006
<b>CES</b>	Sim	0.21	8	0.2	0.88	8	0.199 ←
	Não	0.1	28	0.2	0.96	28	0.475 ←
<b>T- Esquemas</b>	Sim	0.2	8	0.2	0.89	8	0.252 ←
	Não	0.18	28	0.01	0.93	28	0.082 ←

## Kruskal-Wallis

Ranks			
	A_Trat_Psiquiatrico	N	Mean Rank
BDI	Sim	8	31,88
	Não	28	14,68
	Total	36	
PCL_M	Sim	8	30,94
	Não	28	14,95
	Total	36	
Total_CES	Sim	8	26,63
	Não	28	16,18
	Total	36	
Total_esquemas	Sim	8	28,88
	Não	28	15,54
	Total	36	

Test Statistics <sup>a,b</sup>				
	BDI	PCL_M	Total_CES	Total_esquemas
Chi-Square	16,624	14,375	6,123	9,974
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,013	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: A\_Trat\_Psiquiatrico

## Toma atual de medicação psicofarmacológica

		Teste de Normalidade					
		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI	Sim	,210	10	,200*	,915	10	,314
	Não	,098	26	,200*	,950	26	,235
PCL_M	Sim	,195	10	,200*	,892	10	,178
	Não	,197	26	,011	,872	26	,004
Total_esquemas	Sim	,230	10	,143	,842	10	,047
	Não	,204	26	,007	,912	26	,029
Total_CES	Sim	,207	10	,200*	,876	10	,119
	Não	,101	26	,200*	,973	26	,690

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correctio

## Kruskal-Wallis

Ranks			
	Actal_Medic_Psicof	N	Mean Rank
BDI	Sim	10	30,45
	Não	26	13,90
	Total	36	
PCL_M	Sim	10	30,60
	Não	26	13,85
	Total	36	
Total_esquemas	Sim	10	27,80
	Não	26	14,92
	Total	36	
Total_CES	Sim	10	27,30
	Não	26	15,12
	Total	36	

Test Statistics <sup>a,b</sup>				
	BDI	PCL_M	Total_esquemas	Total_CES
Chi-Square	17,864	18,315	10,789	9,669
df	1	1	1	1
Asymp. Sig.	,000	,000	,001	,002

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Actal\_Medic\_Psicof

## Tipo de Medicação psicofarmacológica

Medicação Psicofarmacológica								
	BDI		PCL-M		T-Esquemas		T-CES	
	M.	DP.	M.	DP.	M.	DP.	M.	DP.
<b>Antidepressivos</b>	29	2.6	41.6	8.3	343	72	80.6	8.6
<b>Antidepressivos e Ansiolíticos</b>	38.7	4.9	61.7	11	423	226	95.3	4.5
<b>Não sabe/Não responde</b>	9.5	8.4	32.3	13.1	216	55	69	19.45

### Kruskal-Wallis

<b>Ranks</b>			
	<b>Sim_qual_medic</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>
BDI	antidepressivo	3	30,50
	ansiolítico	1	19,00
	antidepressivo e ansiolítico	3	34,67
	não sabe/não responde	29	15,57
	Total	36	
PCL_M	antidepressivo	3	32,33
	ansiolítico	1	34,00
	antidepressivo e ansiolítico	3	30,83
	não sabe/não responde	29	15,26
	Total	36	
Total_esquemas	antidepressivo	3	30,00
	ansiolítico	1	22,00
	antidepressivo e ansiolítico	3	28,67
	não sabe/não responde	29	16,14
	Total	36	
Total_CES	antidepressivo	3	21,83
	ansiolítico	1	33,00
	antidepressivo e ansiolítico	3	32,33
	não sabe/não responde	29	16,22
	Total	36	

<b>Test Statistics<sup>a,b</sup></b>				
	BDI	PCL_M	Total_esquemas	Total_CES
Chi-Square	13,240	14,233	7,936	8,727
df	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,004	,003	,047	,033

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Sim\_qual\_medic

Teste de normalidade para o estudo das correlações, esquema a esquema, com BDI, PCL-M e CES,

	Teste de Normalidade					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI	,213	36	,000	,871	36	,001
PCL_M	,153	36	,033	,909	36	,006
Total_esquemas	,176	36	,007	,809	36	,000
Total_CES	,091	36	,200*	,950	36	,107
Esq_dependencia	,264	36	,000	,760	36	,000
Esq_auto_sacrificio	,139	36	,076	,936	36	,038
Esq_vulnerabilidade	,122	36	,199	,963	36	,260
Esq_medo_perder_controlo	,245	36	,000	,742	36	,000
Esq_Perda_emocional	,335	36	,000	,563	36	,000
Esq_abandono	,208	36	,000	,838	36	,000
Esq_desconfianca	,157	36	,024	,852	36	,000
Esq_isolamento_social	,319	36	,000	,623	36	,000
Esq_deficiencia	,325	36	,000	,515	36	,000
Esq_auto_imagem	,271	36	,000	,625	36	,000
Esq_inferioridade	,300	36	,000	,494	36	,000
Esq_culpa	,258	36	,000	,746	36	,000
Esq_inibicao_emocional	,095	36	,200	,956	36	,158
Esq_padrao_rigido	,167	36	,012	,866	36	,000
Esq_defice_autocontrolo	,273	36	,000	,710	36	,000

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correcti

### Kruskal-Wallis

		Ranks			
		BDI_Mediana		PCL-M Mediana	
		N	Mean Rank	N	Mean Rank
Total_esquemas	1,00	20	13,95	18	11.72
	2,00	16	24,19	18	25.28
	Total	36		36	
Total_CES	1,00	20	15,38	18	13.56
	2,00	16	22,41	18	23.44
	Total	36		36	
BDI	1,00	20	-	18	11.64
	2,00	16	-	18	25.36
	Total	36		36	
PCL_M	1,00	20	13,98	18	-
	2,00	16	24,16	18	-
	Total	36		36	

<b>Ranks (continuação)</b>					
		<b>BDI_Mediana</b>		<b>PCL-M Mediana</b>	
		<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>	<b>N</b>	<b>Mean Rank</b>
Esq_dependencia	1,00	20	15,93	18	13.92
	2,00	16	21,72	18	23.08
	Total	36		36	
Esq_auto_sacrificio	1,00	20	13,88	18	11.83
	2,00	16	24,28	18	25.17
	Total	36		36	
Esq_vulnerabilidade	1,00	20	14,45	18	12.83
	2,00	16	23,56	18	24.17
	Total	36		36	
Esq_medo_perder_controlo	1,00	20	13,35	18	11.19
	2,00	16	24,94	18	25.81
	Total	36		36	
Esq_Perda_emocional	1,00	20	17,18	18	15.28
	2,00	16	20,16	18	21.72
	Total	36		36	
Esq_abandono	1,00	20	16,08	18	15.86
	2,00	16	21,53	18	21.14
	Total	36		36	
Esq_desconfianca	1,00	20	14,53	18	13.08
	2,00	16	23,47	18	23.92
	Total	36		36	
Esq_isolamento_social	1,00	20	16,18	18	15.67
	2,00	16	21,41	18	21.33
	Total	36		36	
Esq_deficiencia	1,00	20	16,55	18	16.75
	2,00	16	20,94	18	20.25
	Total	36		36	
Esq_auto_imagem	1,00	20	16,25	18	16.19
	2,00	16	21,31	18	20.81
	Total	36		36	
Esq_inferioridade	1,00	20	14,88	18	15.92
	2,00	16	23,03	18	21.08
	Total	36		36	
Esq_culpa	1,00	20	14,08	18	12.69
	2,00	16	24,03	18	24.31
	Total	36		36	
Esq_inibicao_emocional	1,00	20	16,80	18	14.19
	2,00	16	20,63	18	22.81
	Total	36		36	
Esq_padrao_rigido	1,00	20	16,00	18	12.31
	2,00	16	21,63	18	24.69
	Total	36		36	
Esq_defice_autocontrolo	1,00	20	14,38	18	14.06
	2,00	16	23,66	18	22.94
	Total	36		36	

Diferenças entre grupo 1 e 2							
	Psicopatologia	BDI mediana			PCL-M mediana		
		M	DP	H	M	DP	H
<b>BDI</b>	1	-	-	-	6.3	5.7	15.31***
	2	-	-		21.1	12.17	
<b>PCL-M</b>	1	31.65	14.22	8.32**	-	-	-
	2	47.87	17.05		-	-	
<b>Total CES</b>	1	67.7	20.11	3.96*	64.6	17.9	7.93**
	2	79.81	16.94		81.5	17.5	
<b>E. Dependência</b>	1	8.75	2.78	2.74	8.22	2.66	6.95**
	2	14.06	8.65		14	8	
<b>E. Auto-Sacrifício</b>	1	27.25	10.40	8.69**	24.3	6.03	14.4***
	2	39.87	13.45		41.38	13.17	
<b>E. Vulnerabilidade</b>	1	27.2	10.06	6.66**	24.8	7.89	10.43***
	2	36.43	11.84		37.7	11.49	
<b>E. Medo de Perder o controle</b>	1	10.1	1.94	10.9***	9.5	1.54	17.58***
	2	20.56	10.90		20	10.2	
<b>E. Perda Emocional</b>	1	10.75	2.4	0.81	11.2	6.08	3.86**
	2	16.31	11.89		15.22	10.11	
<b>E. Abandono</b>	1	10.7	3.54	2.41	11.05	4.38	2.28
	2	14.75	7.9		13.94	7.35	
<b>E. Desconfiança</b>	1	15.9	6.65	6.45**	15.05	6.05	9.58**
	2	22.81	9.9		22.88	9.59	
<b>E. Isolamento Social</b>	1	6.3	2.29	2.84	6.1	2.13	3.37
	2	10.37	7.6		10.11	7.3	
<b>E. Deficiência</b>	1	5.75	1.44	2.09	5.6	1.13	1.35
	2	8.31	5.8		8.1	5.57	
<b>E. Auto-Imagem</b>	1	10.89	4.93	2.14	9.88	1.74	1.79
	2	13.81	8.5		14.4	9.08	
<b>E. Inferioridade</b>	1	9.8	1.64	6.25**	9.94	1.69	2.54
	2	16.25	11.87		15.38	11.43	
<b>E. Culpa</b>	1	19.20	5.4	7.99**	18.1	3.32	11
	2	28.25	13.75		28.2	13.31	
<b>E. Inibição</b>	1	30.5	14.84	1.17	26.61	9.92	6**
	2	34.62	12.27		38.11	14.81	
<b>Padrão Rígido</b>	1	9.75	5.63	2.56	7.7	3.9	12.6***
	2	13.06	7.05		14.6	6.71	
<b>Défice de Auto-Controlo</b>	1	4.05	2.41	7.75**	3.94	2.36	7.2**
	2	6.62	3.82		6.4	3.74	
<b>Total Esquemas</b>	1	206.9	53.13	8.39**	192.3	37.65	14.89***
	2	296.1	120.78		300.7	112	

## Subescalas da CES

<b>Teste de Normalidade</b>						
	<del>Kolmogorov-Smirnov<sup>a</sup></del>			Shapiro-Wilk		
	<del>Statistic</del>	<del>df</del>	<del>Sig.</del>	Statistic	df	Sig.
CES_Expectativas	<del>,095</del>	<del>36</del>	<del>,200*</del>	,961	36	,230
CES_IdentidadeS	<del>,154</del>	<del>36</del>	<del>,030</del>	,913	36	,008
CES_Ponto_Referencia	<del>,127</del>	<del>36</del>	<del>,150</del>	,913	36	,008

\*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

<b>Correlações entre as subescalas da CES</b>					
			CES_Expectativa	CES_Identidade	CES_Ponto_Referência
Spearman's rho	CES_Expectativas	Correlation Coefficient	1,000	,812**	,884**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
		N	36	36	36
	CES_IdentidadeS	Correlation Coefficient	,812**	1,000	,838**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
		N	36	36	36
	CES_Ponto_Referencia	Correlation Coefficient	,884**	,838**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
		N	36	36	36

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Regressão Linear Múltipla

### Depressão

<b>Variables Entered/Removed<sup>a</sup></b>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	CES_Ponto_Referencia, CES_IdentidadeS, CES_Expectativas <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: BDI

b. All requested variables entered.

<b>Model Summary<sup>b</sup></b>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,471 <sup>a</sup>	,222	,149	11,07639	1,661

a. Predictors: (Constant), CES\_Ponto\_Referencia, CES\_IdentidadeS, CES\_Expectativas

b. Dependent Variable: BDI

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1122,223	3	374,074	3,049	,043 <sup>b</sup>
	Residual	3925,964	32	122,686		
	Total	5048,188	35			

a. Dependent Variable: BDI

b. Predictors: (Constant), CES\_Ponto\_Referencia, CES\_IdentidadeS, CES\_Expectativas

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-7,197	7,401		-,972	,338		
	CES_IdentidadeS	,195	,575	,101	,339	,737	,273	3,664
	CES_Expectativas	,657	,549	,434	1,197	,240	,185	5,411
	CES_Ponto_Referencia	-,111	,750	-,055	-,148	,883	,176	5,674

a. Dependent Variable: BDI

Collinearity Diagnostics <sup>a</sup>							
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	CES_IdentidadeS	CES_Expectativas	CES_Ponto_Referencia
1	1	3,922	1,000	,00	,00	,00	,00
	2	,055	8,407	,81	,01	,01	,06
	3	,014	16,865	,08	,99	,10	,18
	4	,009	21,181	,11	,00	,88	,76

a. Dependent Variable: BDI

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,2572	22,1485	13,7083	5,66247	36
Std. Predicted Value	-2,199	1,491	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	2,002	5,364	3,547	1,039	36
Adjusted Predicted Value	-,7033	24,1748	13,4439	5,92035	36
Residual	-19,14846	21,44397	,00000	10,59105	36
Std. Residual	-1,729	1,936	,000	,956	36
Stud. Residual	-1,818	2,012	,011	1,005	36
Deleted Residual	-21,17478	23,15691	,26439	11,72434	36
Stud. Deleted Residual	-1,890	2,119	,015	1,027	36
Mahal. Distance	,171	7,236	2,917	2,216	36
Cook's Distance	,000	,123	,027	,032	36
Centered Leverage Value	,005	,207	,083	,063	36

a. Dependent Variable: BDI

Subescalas da CES  
Stress Pós-Traumático

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	CES_Ponto_Referencia, CES_IdentidadeS, CES_Expectativas <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. All requested variables entered.

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,470 <sup>a</sup>	,221	,147	16,03081	1,638

a. Predictors: (Constant), CES\_Ponto\_Referencia, CES\_IdentidadeS, CES\_Expectativas

b. Dependent Variable: PCL\_M

**ANOVA<sup>a</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2326,726	3	775,575	3,018	,044 <sup>b</sup>
	Residual	8223,579	32	256,987		
	Total	10550,306	35			

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. Predictors: (Constant), CES\_Ponto\_Referencia, CES\_IdentidadeS, CES\_Expectativas

**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	9,096	10,712		,849	,402		
	CES_IdentidadeS	1,053	,832	,378	1,266	,215	,273	3,664
	CES_Expectativas	,098	,794	,045	,123	,903	,185	5,411
	CES_Ponto_Referencia	,180	1,085	,062	,166	,869	,176	5,674

a. Dependent Variable: PCL\_M

Collinearity Diagnostics <sup>a</sup>							
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	CES_IdentidadeS	CES_Expectativas	CES_Ponto_Referencia
1	1	3,922	1,000	,00	,00	,00	,00
	2	,055	8,407	,81	,01	,01	,06
	3	,014	16,865	,08	,99	,10	,18
	4	,009	21,181	,11	,00	,88	,76

a. Dependent Variable: PCL\_M

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	19,1955	49,1024	38,8611	8,15340	36
Std. Predicted Value	-2,412	1,256	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	2,897	7,763	5,134	1,504	36
Adjusted Predicted Value	11,9683	52,3937	38,4325	8,69626	36
Residual	-31,10241	26,37931	,00000	15,32839	36
Std. Residual	-1,940	1,646	,000	,956	36
Stud. Residual	-2,040	1,821	,013	1,008	36
Deleted Residual	-34,39371	33,03169	,42859	17,08390	36
Stud. Deleted Residual	-2,153	1,893	,012	1,030	36
Mahal. Distance	,171	7,236	2,917	2,216	36
Cook's Distance	,000	,232	,029	,044	36
Centered Leverage Value	,005	,207	,083	,063	36

a. Dependent Variable: PCL\_M

Total da CES  
Depressão  
Regressão Linear Simples

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Total_CES <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: BDI

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,458 <sup>a</sup>	,210	,186	10,83276	1,766

a. Predictors: (Constant), Total\_CES

b. Dependent Variable: BDI

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1058,329	1	1058,329	9,019	,005 <sup>b</sup>
	Residual	3989,859	34	117,349		
	Total	5048,188	35			

a. Dependent Variable: BDI

b. Predictors: (Constant), Total\_CES

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-6,907	7,098		-,973	,337
	Total_CES	,282	,094	,458	3,003	,005

a. Dependent Variable: BDI

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,5554	21,3010	13,7083	5,49891	36
Std. Predicted Value	-2,210	1,381	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	1,805	4,431	2,466	,672	36
Adjusted Predicted Value	-,3426	22,9411	13,6009	5,68845	36
Residual	-18,30099	22,10942	,00000	10,67689	36
Std. Residual	-1,689	2,041	,000	,986	36
Stud. Residual	-1,763	2,109	,005	1,017	36
Deleted Residual	-19,94112	23,61843	,10746	11,37643	36
Stud. Deleted Residual	-1,823	2,229	,010	1,039	36
Mahal. Distance	,000	4,884	,972	1,177	36
Cook's Distance	,000	,161	,033	,046	36
Centered Leverage Value	,000	,140	,028	,034	36

a. Dependent Variable: BDI

### Total da CES Stress pós-traumático

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Total_CES <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,449 <sup>a</sup>	,201	,178	15,74250	1,556

a. Predictors: (Constant), Total\_CES

b. Dependent Variable: PCL\_M

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2124,215	1	2124,215	8,571	,006 <sup>b</sup>
	Residual	8426,090	34	247,826		
	Total	10550,306	35			

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. Predictors: (Constant), Total\_CES

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	9,655	10,315		,936	,356
	Total_CES	,400	,137	,449	2,928	,006

a. Dependent Variable: PCL\_M

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	21,6436	49,6179	38,8611	7,79050	36
Std. Predicted Value	-2,210	1,381	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	2,624	6,440	3,584	,976	36
Adjusted Predicted Value	16,9499	52,4515	38,7211	8,08473	36
Residual	-31,61790	25,38027	,00000	15,51597	36
Std. Residual	-2,008	1,612	,000	,986	36
Stud. Residual	-2,097	1,666	,004	1,015	36
Deleted Residual	-34,45149	28,05008	,14005	16,47234	36
Stud. Deleted Residual	-2,213	1,713	,002	1,034	36
Mahal. Distance	,000	4,884	,972	1,177	36
Cook's Distance	,000	,266	,031	,054	36
Centered Leverage Value	,000	,140	,028	,034	36

a. Dependent Variable: PCL\_M

Esquemas Precoces Desadaptativos  
 Total de Esquemas e CES  
 Regressão Linear Simples

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Total_esquemas <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: Total\_CES

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,452 <sup>a</sup>	,205	,181	17,63828	1,932

a. Predictors: (Constant), Total\_esquemas

b. Dependent Variable: Total\_CES

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2723,050	1	2723,050	8,753	,006 <sup>b</sup>
	Residual	10577,700	34	311,109		
	Total	13300,750	35			

a. Dependent Variable: Total\_CES

b. Predictors: (Constant), Total\_esquemas

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	51,123	7,984		6,403	,000
	Total_esquemas	,089	,030	,452	2,959	,006

a. Dependent Variable: Total\_CES

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	61,9893	109,1068	73,0833	8,82051	36
Std. Predicted Value	-1,258	4,084	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	2,941	12,526	3,829	1,643	36
Adjusted Predicted Value	60,4927	123,4605	73,5149	10,59221	36
Residual	-34,66135	30,70705	,00000	17,38448	36
Std. Residual	-1,965	1,741	,000	,986	36
Stud. Residual	-2,020	1,770	-,010	1,016	36
Deleted Residual	-36,63316	31,75673	-,43160	18,62261	36
Stud. Deleted Residual	-2,122	1,831	-,014	1,035	36
Mahal. Distance	,001	16,680	,972	2,773	36
Cook's Distance	,000	,657	,040	,109	36
Centered Leverage Value	,000	,477	,028	,079	36

a. Dependent Variable: Total\_CES

### Total de Esquemas e depressão Regressão Linear Simples

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Total esquemas <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: BDI

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,721 <sup>a</sup>	,520	,506	8,44172	1,503

a. Predictors: (Constant), Total\_esquemas

b. Dependent Variable: BDI

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2625,256	1	2625,256	36,839	,000 <sup>b</sup>
	Residual	2422,932	34	71,263		
	Total	5048,188	35			

a. Dependent Variable: BDI

b. Predictors: (Constant), Total\_esquemas

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-7,854	3,821		-2,056	,048
	Total_esquemas	,087	,014	,721	6,070	,000

a. Dependent Variable: BDI

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	2,8153	49,0791	13,7083	8,66068	36
Std. Predicted Value	-1,258	4,084	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	1,407	5,995	1,832	,786	36
Adjusted Predicted Value	3,0369	56,2820	13,8671	9,45928	36
Residual	-10,45651	23,45064	,00000	8,32025	36
Std. Residual	-1,239	2,778	,000	,986	36
Stud. Residual	-1,266	2,827	-,007	1,017	36
Deleted Residual	-14,28197	24,28524	-,15878	8,93134	36
Stud. Deleted Residual	-1,278	3,184	,010	1,061	36
Mahal. Distance	,001	16,680	,972	2,773	36
Cook's Distance	,000	,722	,042	,122	36
Centered Leverage Value	,000	,477	,028	,079	36

a. Dependent Variable: BDI

## Regressão Linear Múltipla

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Total_CES, PCL_M, Total_esquemas <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: BDI

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,789 <sup>a</sup>	,623	,588	7,71184	1,645

a. Predictors: (Constant), Total\_CES, PCL\_M, Total\_esquemas

b. Dependent Variable: BDI

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3145,069	3	1048,356	17,628	,000 <sup>b</sup>
	Residual	1903,118	32	59,472		
	Total	5048,188	35			

a. Dependent Variable: BDI

b. Predictors: (Constant), Total\_CES, PCL\_M, Total\_esquemas

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Tolerance	VIF
1	(Constant)	-13,338	5,186		-2,572	,015		
	Total_esquemas	,047	,019	,387	2,472	,019	,480	2,084
	PCL_M	,284	,108	,410	2,625	,013	,482	2,075
	Total_CES	,061	,077	,098	,792	,434	,762	1,313

a. Dependent Variable: BDI

Collinearity Diagnostics <sup>a</sup>							
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	Total_esquemas	PCL_M	Total_CES
1	1	3,820	1,000	,00	,00	,01	,00
	2	,105	6,024	,20	,09	,26	,07
	3	,043	9,402	,00	,90	,70	,01
	4	,031	11,021	,79	,00	,03	,91

a. Dependent Variable: BDI

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	1,5769	43,7257	13,7083	9,47941	36
Std. Predicted Value	-1,280	3,167	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	1,550	5,774	2,436	,833	36
Adjusted Predicted Value	-,5103	45,9270	13,7380	9,72218	36
Residual	-12,38452	16,99181	,00000	7,37393	36
Std. Residual	-1,606	2,203	,000	,956	36
Stud. Residual	-1,800	2,354	-,001	1,011	36
Deleted Residual	-15,56753	19,39284	-,02965	8,26843	36
Stud. Deleted Residual	-1,869	2,548	,008	1,045	36
Mahal. Distance	,442	18,647	2,917	3,279	36
Cook's Distance	,000	,208	,031	,051	36
Centered Leverage Value	,013	,533	,083	,094	36

a. Dependent Variable: BDI

Total de Esquemas e Stress pós-traumático  
Regressão Linear Simples

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Total_esquemas <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,705 <sup>a</sup>	,497	,482	12,49539	1,954

a. Predictors: (Constant), Total\_esquemas

b. Dependent Variable: PCL\_M

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	5241,720	1	5241,720	33,572	,000 <sup>b</sup>
	Residual	5308,586	34	156,135		
	Total	10550,306	35			

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. Predictors: (Constant), Total\_esquemas

Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	8,393	5,656		1,484	,147
	Total_esquemas	,124	,021	,705	5,794	,000

a. Dependent Variable: PCL\_M

**Residuals Statistics<sup>a</sup>**

	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Deviation</b>	<b>N</b>
Predicted Value	23,4690	88,8410	38,8611	12,23779	36
Std. Predicted Value	-1,258	4,084	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	2,083	8,874	2,712	1,164	36
Adjusted Predicted Value	23,9782	104,9591	39,3041	14,18426	36
Residual	-15,84097	28,23032	,00000	12,31559	36
Std. Residual	-1,268	2,259	,000	,986	36
Stud. Residual	-1,801	2,292	-,015	1,026	36
Deleted Residual	-31,95910	29,05767	-,44299	13,57697	36
Stud. Deleted Residual	-1,865	2,456	-,005	1,055	36
Mahal. Distance	,001	16,680	,972	2,773	36
Cook's Distance	,000	1,650	,063	,273	36
Centered Leverage Value	,000	,477	,028	,079	36

a. Dependent Variable: PCL\_M

**Regressão Linear Múltipla**

**Variables Entered/Removed<sup>a</sup>**

<b>Model</b>	<b>Variables Entered</b>	<b>Variables Removed</b>	<b>Method</b>
1	BDI, Total_CES, Total_esquemas <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. All requested variables entered.

**Model Summary<sup>b</sup>**

<b>Model</b>	<b>R</b>	<b>R Square</b>	<b>Adjusted R Square</b>	<b>Std. Error of the Estimate</b>	<b>Durbin-Watson</b>
1	,777 <sup>a</sup>	,603	,566	11,43452	1,933

a. Predictors: (Constant), BDI, Total\_CES, Total\_esquemas

b. Dependent Variable: PCL\_

**ANOVA<sup>a</sup>**

<b>Model</b>		<b>Sum of Squares</b>	<b>df</b>	<b>Mean Square</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
1	Regression	6366,359	3	2122,120	16,231	,000 <sup>b</sup>
	Residual	4183,946	32	130,748		
	Total	10550,306	35			

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. Predictors: (Constant), BDI, Total\_CES, Total\_esquemas

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error				Beta	Tolerance
1	(Constant)	9,117	8,291		1,100	,280		
	Total_esquemas	,062	,029	,352	2,147	,039	,461	2,169
	Total_CES	,082	,114	,092	,718	,478	,759	1,317
	BDI	,624	,238	,432	2,625	,013	,458	2,182

a. Dependent Variable: PCL\_M

Collinearity Diagnostics <sup>a</sup>							
Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions			
				(Constant)	Total_esquemas	Total_CES	BDI
1	1	3,644	1,000	,00	,00	,00	,01
	2	,280	3,607	,04	,00	,02	,47
	3	,048	8,758	,02	,92	,21	,32
	4	,028	11,374	,93	,07	,77	,20

a. Dependent Variable: PCL\_M

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	23,2652	83,2695	38,8611	13,48688	36
Std. Predicted Value	-1,156	3,293	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	1,949	8,379	3,595	1,284	36
Adjusted Predicted Value	23,4334	95,1759	39,1286	14,79331	36
Residual	-17,72528	27,56065	,00000	10,93350	36
Std. Residual	-1,550	2,410	,000	,956	36
Stud. Residual	-1,598	2,546	-,009	1,020	36
Deleted Residual	-22,17588	30,74278	-,26751	12,58666	36
Stud. Deleted Residual	-1,640	2,806	,002	1,050	36
Mahal. Distance	,045	17,820	2,917	3,257	36
Cook's Distance	,000	,505	,042	,091	36
Centered Leverage Value	,001	,509	,083	,093	36

a. Dependent Variable: PCL\_M

Esquema a esquema e Regressão Múltipla  
Depressão

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Esq_defice_autocontrolo, Esq_vulnerabilidade, Esq_Perda_emocional, Esq_inibicao_emocional, Esq_abandono, Esq_padrao_rigido, Esq_auto_imagem, Esq_dependencia, Esq_auto_sacrificio, Esq_deficiencia, Esq_culpa, Esq_desconfianca, Esq_medo_perder_controlo, Esq_isolamento_social, Esq_inferioridade <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: BDI

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,905 <sup>a</sup>	,819	,684	6,75643	1,660

a. Predictors: (Constant), Esq\_defice\_autocontrolo, Esq\_vulnerabilidade, Esq\_Perda\_emocional, Esq\_inibicao\_emocional, Esq\_abandono, Esq\_padrao\_rigido, Esq\_auto\_imagem, Esq\_dependencia, Esq\_auto\_sacrificio, Esq\_deficiencia, Esq\_culpa, Esq\_desconfianca, Esq\_medo\_perder\_controlo, Esq\_isolamento\_social, Esq\_inferioridade

b. Dependent Variable: BDI

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	4135,199	15	275,680	6,039	,000 <sup>b</sup>
	Residual	912,988	20	45,649		
	Total	5048,188	35			

a. Dependent Variable: BDI

b. Predictors: (Constant), Esq\_defice\_autocontrolo, Esq\_vulnerabilidade, Esq\_Perda\_emocional, Esq\_inibicao\_emocional, Esq\_abandono, Esq\_padrao\_rigido, Esq\_auto\_imagem, Esq\_dependencia, Esq\_auto\_sacrificio, Esq\_deficiencia, Esq\_culpa, Esq\_desconfianca, Esq\_medo\_perder\_controlo, Esq\_isolamento\_social, Esq\_inferioridade

Coefficients <sup>a</sup>								
Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics		
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF	
1	(Constant)	-7,409	4,008					
				-1,849	,079			
	Esq_dependencia	,102	,525	,056	,194	,848	,109	9,187
	Esq_auto_sacrificio	,308	,259	,341	1,188	,249	,110	9,107
	Esq_vulnerabilidade	-,164	,235	-,160	-,697	,494	,173	5,789
	Esq_medo_perder_controlo	1,121	,473	,839	2,373	,028	,072	13,836
	Esq_Perda_emocional	,041	,260	,029	,156	,878	,269	3,724
	Esq_abandono	,251	,434	,128	,577	,570	,183	5,461
	Esq_desconfianca	,184	,403	,136	,458	,652	,103	9,737
	Esq_isolamento_social	-1,109	,731	-,524	-	,145	,076	13,228
				1,516				
	Esq_deficiencia	,307	,992	,106	,309	,760	,077	13,012
	Esq_auto_imagem	-,623	,390	-,355	-	,126	,182	5,480
				1,595				
	Esq_inferioridade	,096	,613	,068	,157	,877	,048	20,891
	Esq_culpa	,348	,320	,315	1,088	,290	,108	9,245
	Esq_inibicao_emocional	,081	,162	,092	,497	,624	,263	3,800
	Esq_padrao_rigido	-,611	,438	-,328	-	,179	,164	6,105
				1,394				
	Esq_defice_autocontrolo	,133	,764	,037	,174	,864	,201	4,978

a. Dependent Variable: BDI

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	,5502	43,6765	13,7083	10,86962	36
Std. Predicted Value	-1,211	2,757	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	2,524	6,103	4,362	1,140	36
Adjusted Predicted Value	-3,5744	52,9863	12,7682	12,21218	36
Residual	-8,85106	13,25501	,00000	5,10738	36
Std. Residual	-1,310	1,962	,000	,756	36
Stud. Residual	-1,867	2,259	,044	1,008	36
Deleted Residual	-20,98632	21,07079	,94012	9,77337	36
Stud. Deleted Residual	-2,002	2,552	,053	1,056	36
Mahal. Distance	3,911	27,582	14,583	7,738	36
Cook's Distance	,000	,385	,066	,103	36
Centered Leverage Value	,112	,788	,417	,221	36

a. Dependent Variable: BDI

Esquema a esquema e regressão linear múltipla  
Stress pós-traumático

Variables Entered/Removed <sup>a</sup>			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Esq_defice_autocontrolo, Esq_vulnerabilidade, Esq_Perda_emocional, Esq_inibicao_emocional, Esq_abandono, Esq_padrao_rigido, Esq_auto_imagem, Esq_dependencia, Esq_auto_sacrificio, Esq_deficiencia, Esq_culpa, Esq_desconfianca, Esq_medo_perder_controlo, Esq_isolamento_social, Esq_inferioridade <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. All requested variables entered.

Model Summary <sup>b</sup>					
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,876 <sup>a</sup>	,768	,594	11,06630	2,213

a. Predictors: (Constant), Esq\_defice\_autocontrolo, Esq\_vulnerabilidade, Esq\_Perda\_emocional, Esq\_inibicao\_emocional, Esq\_abandono, Esq\_padrao\_rigido, Esq\_auto\_imagem, Esq\_dependencia, Esq\_auto\_sacrificio, Esq\_deficiencia, Esq\_culpa, Esq\_desconfianca, Esq\_medo\_perder\_controlo, Esq\_isolamento\_social, Esq\_inferioridade

b. Dependent Variable: PCL\_M

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	8101,047	15	540,070	4,410	,001 <sup>b</sup>
	Residual	2449,259	20	122,463		
	Total	10550,306	35			

a. Dependent Variable: PCL\_M

b. Predictors: (Constant), Esq\_defice\_autocontrolo, Esq\_vulnerabilidade, Esq\_Perda\_emocional, Esq\_inibicao\_emocional, Esq\_abandono, Esq\_padrao\_rigido, Esq\_auto\_imagem, Esq\_dependencia, Esq\_auto\_sacrificio, Esq\_deficiencia, Esq\_culpa, Esq\_desconfianca, Esq\_medo\_perder\_controlo, Esq\_isolamento\_social, Esq\_inferioridade

Coefficients <sup>a</sup>								
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	6,863	6,564		1,045	,308		
	Esq_dependencia	-,388	,860	-,147	-,451	,657	,109	9,187
	Esq_auto_sacrificio	,621	,425	,476	1,463	,159	,110	9,107
	Esq_vulnerabilidade	-,153	,385	-,103	-,398	,695	,173	5,789
	Esq_medo_perder_controlo	1,932	,774	1,000	2,496	,021	,072	13,836
	Esq_Perda_emocional	,173	,426	,085	,407	,689	,269	3,724
	Esq_abandono	-,002	,712	-,001	-,003	,997	,183	5,461
	Esq_desconfianca	-,411	,660	-,209	-,622	,541	,103	9,737
	Esq_isolamento_social	-,178	1,198	-,058	-,149	,883	,076	13,228
	Esq_deficiencia	,086	1,625	,021	,053	,958	,077	13,012
	Esq_auto_imagem	-,389	,639	-,153	-,608	,550	,182	5,480
	Esq_inferioridade	-,530	1,004	-,260	-,528	,604	,048	20,891
	Esq_culpa	,053	,524	,033	,101	,921	,108	9,245
	Esq_inibicao_emocional	,305	,266	,242	1,150	,264	,263	3,800
	Esq_padrao_rigido	,544	,717	,202	,759	,457	,164	6,105
	Esq_defice_autocontrole	-1,386	1,251	-,266	-1,108	,281	,201	4,978

a. Dependent Variable: PCL\_M

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	19,0997	73,5116	38,8611	15,21376	36
Std. Predicted Value	-1,299	2,278	,000	1,000	36
Standard Error of Predicted Value	4,134	9,995	7,144	1,867	36
Adjusted Predicted Value	-,7348	88,5687	38,2715	18,36830	36
Residual	-16,66659	21,50346	,00000	8,36534	36
Std. Residual	-1,506	1,943	,000	,756	36
Stud. Residual	-2,047	2,506	,016	1,056	36
Deleted Residual	-35,28956	52,73475	,58963	17,95696	36
Stud. Deleted Residual	-2,245	2,950	,030	1,133	36
Mahal. Distance	3,911	27,582	14,583	7,738	36
Cook's Distance	,000	1,027	,092	,199	36
Centered Leverage Value	,112	,788	,417	,221	36

a. Dependent Variable: PCL\_M