



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**A Congruência do Passado com a Oscilação
do Presente – O Enviesamento da Memória Autobiográfica
na Perturbação Bipolar em Remissão**

Inês Tainha Rodrigues Almeida Ramos

Orientador de Dissertação:

Prof. Doutor Victor Cláudio

Coordernador de Seminário de Dissertação:

Prof. Doutor Victor Cláudio

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

MESTRE EM PSICOLOGIA APLICADA

Especialidade em Psicologia Clínica

2009

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que de diversas formas me apoiaram ao longo desta etapa, permitindo-me tirar o melhor proveito desta oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional, gostaria de prestar os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, agradeço a todas as pessoas que participaram no meu trabalho, oferecendo a disponibilidade para a sua realização. Refiro particularmente os doentes com perturbação bipolar, que me ensinaram tanto através do seu sofrimento.

Gostava também de agradecer ao meu namorado Bruno, aos meus pais, aos meus avós, e aos meus tios, por todo o amor e carinho tão importantes nesta fase importante de aprendizagem académica. Aos meus amigos, agradeço a compreensão das minhas ausências e o apoio.

Agradeço ao Prof. Doutor Victor Cláudio por toda a atenção, disponibilidade, e orientação, muito gratificantes, assim como a possibilidade do acompanhamento na realização do tema por mim escolhido. Agradeço à Dr.^a Luísa Figueira e à Dr.^a Ana Ferro o fornecimento de instrumentos de investigação.

Quero também prestar os meus agradecimentos à Dr.^a Alice Nobre do Hospital Júlio de Matos e ao Sr. Delfim da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (A.D.E.B.) a amabilidade e a ajuda na procura de participantes.

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor Victor Cláudio, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, N°19673/2006 publicado em Diário da Republica 2ª Série de 26 de Setembro, 2006

RESUMO:

O processamento de informação e a evocação mnésica na perturbação bipolar, foram estudados através da análise da valência e da estrutura de memórias autobiográficas evocadas. Procedeu-se à comparação de um grupo de sujeitos com perturbação bipolar (n=15) com um grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas (n=15). Foram aplicados a todos os indivíduos: a Tarefa de Memória Autobiográfica, o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Depressão de Hamilton, a Escala de Hipomania, a Escala de Afecto Positivo e Negativo, e o Inventário de Ansiedade Estado-Traço. Os sujeitos bipolares realizaram uma evocação significativamente superior de memórias autobiográficas de valência negativa e de estrutura categórica. O presente estudo sugere que a hipergeneralização tenha um efeito activo de manutenção e escalar da perturbação bipolar.

Palavras-chave: Perturbação Bipolar, Memória Autobiográfica, Evocação Mnésica.

ABSTRACT:

The processing of information and the mnesic recall in the bipolar disorder were studied analysing the valence and structure of evoked autobiographical memories. A group of subjects with bipolar disorder (n=15) was compared with a group without psychopathological symptoms (n=15). The individuals were accessed through the Autobiographical Memory Task, Beck Depression Inventory, Hamilton Depression Scale, Hipomania Scale, Positive and Negative Affect Schedule, and State-Trait Anxiety Inventory. The bipolar group reported a frequent recall of negative and categorical autobiographical memories. This study suggests that the predominance of general autobiographical memories has an effect of maintenance and escalation of the symptoms in bipolar disorder.

Key Words: Bipolar Disorder, Autobiographical Memory, Mnesic Recall.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
MÉTODO	5
PARTICIPANTES.....	5
<i>Sujeitos com diagnóstico de Perturbação Bipolar</i>	<i>5</i>
<i>Sujeitos sem alterações psicopatológicas</i>	<i>6</i>
INSTRUMENTOS	8
<i>(i) Tarefa de Memória Autobiográfica</i>	<i>9</i>
<i>(ii) Escala da Depressão de Hamilton</i>	<i>9</i>
<i>(iii) Inventário de Depressão de Beck</i>	<i>9</i>
<i>(iv) Escala de Hipomania</i>	<i>9</i>
<i>(v) Inventário de Ansiedade Estado-traço.....</i>	<i>9</i>
<i>(vi) Escala de Afecto Positivo e Negativo</i>	<i>10</i>
PROCEDIMENTO	10
RESULTADOS	11
INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI).....	11
ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HDS)	11
ESCALA DE HIPOMANIA (HCL-32)	11
ESCALA DE AFECTO POSITIVO E NEGATIVO (PANAS)	11

INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE ESTADO E TRAÇO FORMA Y (STAI)	12
TAREFA DE MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA	13
<i>Acontecimentos evocados para cada palavra estímulo apresentada.....</i>	<i>13</i>
<i>Total de acontecimentos evocados por grupo</i>	<i>14</i>
<i>Total de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa.....</i>	<i>14</i>
<i>Análise do total de acontecimentos evocados relativamente a palavras estímulo positivas, negativas e neutras.....</i>	<i>15</i>
<i>Análise da estrutura dos acontecimentos evocados</i>	<i>16</i>
DISCUSSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

Lista de Tabelas

TABELA 1. - Dados Sócio-demográficos dos sujeitos sem alterações psicopatológicas e com PB.....	8
TABELA 2. - Média, desvio-padrão e significância da diferença das médias nas escalas clínicas.....	12
TABELA 3. – Valor Médio, Desvio Padrão e significância da diferença das medias dos resultados na tarefa de memória autobiográfica, no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e com perturbação bipolar.....	17

Anexos

ANEXO 1. - QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO	31
ANEXO 2. – INVENTÁRIO DA DEPRESSÃO DE BECK (1961).....	34
ANEXO 3. – ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (1960).....	38
ANEXO 4. – ESCALA DE HIPOMANIA (2005).....	40
ANEXO 5. – ESCALA DE AFECTO POSITIVO E NEGATIVO (1988).....	43
ANEXO 6. – INVENTÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE ESTADO E.....	45
TRAÇO FORMA Y (1983)	45
ANEXO 7. – TABELAS DA ANÁLISE ESTATÍSTICA	48
ANEXO 8. – REVISÃO DE LITERATURA	65
A PERTURBAÇÃO BIPOLAR.....	66
<i>Terapia Cognitiva da Perturbação Bipolar</i>	70
MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA.....	81
<i>Perspectiva de Brewer</i>	82
<i>Perspectiva de Barclay</i>	84
<i>Estratégias de Evocação de Memórias</i>	85
<i>A Memória Autobiográfica na Perturbação Bipolar</i>	87

“Tenho pensado demasiado longa e sombriamente, até o meu cérebro ter-se tornado um rodopiante vórtice de fantasia e chama.”

Lord Byron

INTRODUÇÃO

A perturbação bipolar (PB) apresenta actualmente uma prevalência com tendência ascendente. A conceitualização da bipolaridade como um “continuum” variável, abrange numa análise epidemiológica, 2.6 a 7.8 da população mundial (Rihmer & Angst, 2005). Esta perturbação é caracterizada pela presença de períodos de depressão, alternados com episódios maníacos ou hipomaniacos, que envolvem diferentes graus de aumento de actividade, energia e autoconfiança, a deterioração da concentração e a expansão do humor.

As alterações afectivas e comportamentais apresentadas, encontram-se associadas a sintomas de humor, somáticos, cognitivos e psicóticos. O presente estudo procura centrar-se na função do processo mnésico, como parte integrante dos aspectos psicológicos cognitivos inerentes.

De acordo com Alloy et al. (2006) a teoria da vulnerabilidade à depressão unipolar poderá ser aplicada à perturbação bipolar. O padrão cognitivo negativo, o processo de informação e a ruminação, conjuntamente com acontecimentos de vida, representam factores de vulnerabilidade, sobre os quais iremos aprofundar seguidamente.

Os esquemas cognitivos consistem numa estrutura que providencia a separação, diferenciação e codificação dos estímulos (Beck et al., 1979). Segundo Cláudio (2004), na depressão, a informação incongruente com os modelos existentes resiste a uma integração nos modelos de self, sendo ou ignorada ou rejeitada. “Assim, podemos afirmar que os modelos esquemáticos funcionariam como um filtro no processamento de informação” (Cláudio, 2004, p.62). Neste sentido, os esquemas podem-se tornar hipervalentes, e ser activados rapidamente, exercendo uma maior importância no processamento de informação. Nas perturbações afectivas o processo anteriormente enunciado, revela-se consequentemente da maior importância.

Na PB, a vulnerabilidade cognitiva, envolve um enviesamento no processamento de informação, que origina uma interpretação negativa, similar à presente na depressão unipolar, mas também, uma distorção hipomaniaca do pensamento, no sentido de promover comportamentos de risco (Reiser & Thompson, 2005). Os sujeitos com PB apresentam de acordo com Alloy et al. (2006), esquemas negativos relativamente estáveis, mas também esquemas positivos activados em estados de humor aumentado. O pensamento hipomaniaco, tem como base crenças de grandiosidade, uma desvalorização do risco, e consequentemente comportamentos que busquem o prazer e recompensa. As alterações cognitivas, que incluem distorções de percepção, do processamento de informação, do sistema de crenças e de avaliação, contribuem para a reincidência de episódios, considerando-se pertinente a prevenção de recaídas (Newman et al., 2003).

Considerámos importante uma contextualização neuropsicológica da perturbação. A PB encontra-se associada a défices de atenção, de rapidez psicomotora e de memória (Glahn et al., 2007; Torres et al., 2007). As alterações apresentadas na memória, mais especificamente no que refere à deterioração da memória episódica, são consideradas por alguns autores, como um traço característico da PB (Glahn et al., 2007). Foram também encontradas dificuldades de evocação verbal, sugerindo uma disfunção na recuperação de informação. Os participantes do estudo, em estado eutímico apresentaram défices de memória e do funcionamento psicossocial, evidenciando a necessidade de uma análise mais aprofundada. Contrariamente, o estudo de Malhi et al. (2007) indica ser necessária a verificação se os défices de memória, se devem a um traço da perturbação ou a um estado de humor deprimido, podendo o estado sintomático no momento da avaliação e o facto das tarefas solicitadas serem explícitas ou implícitas influenciar os resultados obtidos.

As memórias autobiográficas têm múltiplas funções, nomeadamente de suporte e continuidade do desenvolvimento do self ao longo da vida, e de processamento de informação. Desta forma, facilitam as interações sociais, permitindo a empatia e fornecendo flexibilidade na construção e manutenção de regras de compreensão do passado e do futuro, através da comparação de acontecimentos e da definição de hipóteses de funcionamento (Bluck, 2003). A memória autobiográfica (MA) e as suas possíveis falhas, são de acordo com Barclay (1989) resultantes de uma reconstrução de acontecimentos passados, através acção de esquemas do self. A junção de informação de acontecimentos posteriores semelhantes irá influenciar a reconstrução das memórias autobiográficas.

Como foi referido anteriormente a desregulação de memórias traumáticas, é considerada um factor de vulnerabilidade no síndrome de stress pós-traumático (SSPT), na depressão e também na PB (Tzemou & Birchwood, 2006). Os autores Berntsen e Rubin (2006) e Megías et al. (2006), contradizem as teorias desintegrativas do SSPT, referindo existir um acentuar da integração das memórias traumáticas, na história de vida do sujeito. Enunciamos contudo a possibilidade, na PB, de acontecimentos de vida negativos, poderem desencadear tanto episódios maníacos, como depressivos. A presença de memórias autobiográficas traumáticas gerais e intrusivas é assim, constante ao longo das fases sintomáticas, constituindo a ruminação um factor de risco à reincidência de episódios depressivos. Durante episódios depressivos, a ruminação pode ser considerada como uma estratégia de regulação emocional que envolve uma análise persistente. No que diz respeito ao despoletar de sintomas maníacos, de acordo com a teoria cognitiva da depressão unipolar, a utilização de informação irrealista sobre o self, o futuro e o mundo é activada. As temáticas expectáveis nas memórias de sujeitos bipolares são de acordo com Scott et al.(2000) referentes à obtenção de objectivos considerados importantes para o sucesso e status do indivíduo.

Um estudo preliminar de Mansell e Lam (2004) com uma amostra de 19 indivíduos com PB e 16 indivíduos com depressão unipolar, evidenciou que os primeiros, evocaram maior número de memórias categóricas, comparativamente a alargadas, e uma prevalência de memórias negativas. O grupo de sujeitos com PB teve um maior número de memórias autobiográficas negativas, comparativamente ao grupo com depressão unipolar. É proposta pelos mesmos autores, a inclusão de um grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas, de forma a identificar os processos característicos à PB.

A hipergeneralização das memórias autobiográficas foi considerada por Evans e colaboradores (1992) como um factor promotor da manutenção de doenças afectivas, por não se encontrarem acessíveis memórias anteriores de funcionamento, comprometendo a capacidade de resolver problemas futuros.

A presença de memórias autobiográficas gerais é efectivamente considerada um erro na realização de uma tarefa de evocação. Mark, Williams e Dritschel (1992) referem a existência de dois tipos de generalização possíveis: as memórias categóricas, onde se encontra uma descrição intermédia, sendo necessária uma recordação mnésica inferior, possivelmente ligada a uma falha da supervisão da atenção (por exemplo: “Fico sempre triste quando vou para casa.”); e memórias alargadas, em que o sujeito se preocupa com o factor temporalidade em detrimento da originalidade, apresentando traços

individualizados (por exemplo: Fiquei feliz por ter saído na semana passada com a minha amiga.”). Segundo Kleim e Ehlers (2008) e também Williams (1996) na depressão unipolar e no SSPT é evitado um estado emocional doloroso, que seria recordado através da evocação do acontecimento negativo.

.

Com base nos pressupostos referidos anteriormente, colocam-se as seguintes hipóteses:

1. Os sujeitos com PB apresentam maior número de memórias autobiográficas evocadas de conteúdo negativo comparativamente a memórias autobiográficas de conteúdo positivo, indo de encontro aos resultados do estudo de Scott et al. (2000).
2. Os sujeitos com PB evocam maior número de memórias categóricas do que de memórias alargadas;
3. Os sujeitos com PB evocam maior número de memórias categóricas do que memórias alargadas, comparativamente ao grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi recolhida entre Setembro e Outubro de 2006 e pode ser definida como amostra não-probabilística e intencional de conveniência.

Os participantes que forneceram o seu consentimento informado foram 15 sujeitos sem alterações psicopatológicas e 15 sujeitos com diagnóstico de PB.

Sujeitos com diagnóstico de Perturbação Bipolar

Entre os sujeitos do grupo nosológico, encontram-se pessoas oriundas de duas instituições, nomeadamente do Hospital Júlio de Matos (Clínica Psiquiátrica IV) e da Associação de Apoio a Doentes Depressivos e Bipolares (A.D.E.B).

O diagnóstico dos sujeitos com PB foi realizado por psiquiatras, segundo o DSM-IV e o ICD-9. O primeiro contacto para solicitação da participação no estudo, foi estabelecido através de psiquiatras ou de psicólogos. Os critérios de inclusão foram: não apresentarem alterações marcadas da acuidade visual; saberem ler e escrever; estarem com medicação estabilizada há um mínimo de seis meses; e estarem a realizar ou não psicoterapia.

O grupo de sujeitos com PB apresentou uma média de idade de 37.33 e um $DP.= 9.147$.

Ao nível da variável sexo, a maioria dos sujeitos eram do sexo feminino (53.3%), comparativamente ao sexo masculino (46.7%).

O grupo de sujeitos com PB era constituído maioritariamente por sujeitos solteiros (60%), seguido pelos sujeitos casados ou em união de facto (20%), e pelos sujeitos divorciados (20%), por último verificou-se não existirem neste grupo sujeitos viúvos (0%).

No que respeita às habilitações académicas, verificámos que a percentagem mais elevada se encontrava no nível do 12º ano (40%), seguida pela frequência de licenciados (33.3%), e pelos sujeitos com o 9º ano (13.3%). Os restantes sujeitos distribuíram-se igualmente, entre pessoas com mestrado ou doutoramento (6.7%), e com a 4ª classe (6.7%).

O grupo de sujeitos com doença bipolar apresentava-se maioritariamente em situação de desemprego (53.3%), e quatro pessoas que não responderam a esta questão (26.7%). Os sujeitos empregados representavam 7% da amostra, assim como os sujeitos sem situação profissional (6.7%), e reformados (6.7%).

No que é respeitante à profissão, a maior percentagem de sujeitos trabalhava em trabalhos especializados por conta de outrem (46.7%). Verificámos que o valor percentual seguinte foi o de indivíduos estudantes (26.7%), enquanto que 20% do grupo era constituído por domésticas e pessoas sem profissão. Por último, verificou-se que 20% dos sujeitos não responderam à questão e um grupo diminuto de sujeitos exerce uma profissão liberal (6.7%).

Este grupo encontrava-se medicado na sua totalidade e apresenta como valor médio do tempo de medicação 107.93 meses, com um $DP.=106.467$.

Verificámos que no que diz respeito ao tipo de medicação aquando a realização do estudo, que o grupo de sujeitos com PB se encontrava na sua maioria a ser medicado sem lítio e com ansiolítico (35.7%). O valor percentual imediatamente a seguir foi de sujeitos medicados sem lítio e sem ansiolítico (28.6%), seguido por sujeitos que se encontravam medicados com lítio e sem ansiolítico (14.3%). Igual percentagem foi encontrada nos sujeitos com lítio e com ansiolítico, e por último um grupo diminuto de sujeitos não respondeu a esta questão (7.1%).

Os sujeitos estavam na sua maioria em psicoterapia (80%), enquanto que em apenas 20% da amostra este facto não se verificou.

Considera-se importante referir que dos 15 sujeitos com PB, 11 sujeitos apresentam o diagnóstico de PB I, e 4 sujeitos apresentam o diagnóstico de PB II.

Sujeitos sem alterações psicopatológicas

Para a participação de sujeitos sem alterações psicopatológicas foram definidos os seguintes critérios: não existir história passada ou presente de alteração psicopatológica (i.e. de depressão e ansiedade); não existir história passada ou presente de tomada de psicofármacos; saberem ler e escrever; não apresentarem alteração marcada da acuidade visual; terem resultados idênticos aos sujeitos bipolares nos factores sexo e escolaridade; e apresentarem uma idade aproximada dos sujeitos do grupo nosológico.

A média de idades foi de 38.67, com um $DP.= 12.15$.

Ao nível da variável sexo, a maioria dos sujeitos eram do sexo feminino (53.3%), comparativamente ao sexo masculino (46.7%) da amostra.

No que respeita ao estado civil, o valor percentual mais elevado é apresentado pelos sujeitos casados ou em união de facto (53.3%), seguido pelo grupo de solteiros (26.7%), divorciados (13.3%), e por último pelo grupo de sujeitos viúvos (6.7%).

Relativamente às habilitações literárias, estes sujeitos distribuíram-se com um valor percentual mais elevado no nível do 12º ano (40%), e de licenciatura (33.3%). O valor percentual seguinte surgiu nos sujeitos com o 9º ano (13.3%). Registou-se que o valor restante dos sujeitos se distribuiu igualmente entre pessoas com mestrado ou doutoramento (6.7%), e de sujeitos com a 4ª classe (6.7%).

No que respeita à situação profissional, os sujeitos estavam maioritariamente empregados (86.7%), enquanto que os participantes em nenhuma situação profissional e reformados apresentaram o mesmo valor percentual (6.7%), e não se encontram sujeitos em situação de desemprego (0%), respondendo o grupo na sua totalidade à questão colocada (0% não respondeu).

Relativamente à variável profissão, os sujeitos distribuíram-se maioritariamente por trabalhos especializados por conta de outrem (33%), sendo este valor seguido por proprietários ou com cargos superiores (20%), profissão liberal ou estudantes (26%), pessoas com trabalho doméstico e sem profissão (20%).

Verificou-se também que a totalidade do grupo não se encontrava medicado, como esperado.

No que concerne à variável psicoterapia verificou-se que nenhum dos sujeitos se encontrava em psicoterapia.

		Sem alterações Psicopatológicas	PB
Idade		$X=38.67$	$X=37.7$
Sexo	Feminino	53.3%	53.3%
	Masculino	46.7%	46.7%
Estado Civil	Solteiros	26.7%	60%
	Casados ou em União de Facto	53.3%	20%
	Divorciados	13.3%	20%
	Viúvos	6.7%	0%
Habilitações	4ª classe	13.3%	6.7%
	9º ano	13.3%	13.3%
	12º ano	40%	40%
	Licenciatura	33.3%	33.3%
	Mestrado/Doutoramento	6.7%	6.7%
Situação Profissional	Empregados	86.7%	6.3%
	Em nenhuma situação Profissional	6.7%	6.7%
	Desempregados	0%	53.3%
	Reformados	6.7%	6.7%
	Não responde	0%	26.7%
Profissão	Trabalhos especializados por Conta de Outrém	33%	46.7%
	Proprietários ou Cargos Superiores	20%	0%
	Profissão Liberal	26%	6.7%
	Estudantes, Trabalho Doméstico e Pessoas sem Profissão	20%	26.7%
Medicação	Sim	0%	100%
	Não	100%	0%
Psicoterapia	Sim	0%	80%
	Não	100%	20%

Tabela 1.

Dados Sócio-demográficos dos sujeitos sem alterações psicopatológicas e com PB

Instrumentos

Foi construído um Questionário Sócio-demográfico, para a realização deste estudo, constituído por questões sobre a vida do sujeito (viz. idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação profissional e dados clínicos – medicação, tempo de medicação e psicoterapia).

Utilizaram-se como formas de medida instrumentos de avaliação clínica e uma tarefa experimental:

(i) Tarefa de Memória Autobiográfica

Para o nosso trabalho utilizámos a Tarefa de Memória Autobiográfica, de 2004 elaborada por Victor Cláudio, constituída por 30 substantivos distribuídos de forma falsamente aleatória. A Tarefa de Memória Autobiográfica permitiu verificar os efeitos de contaminação da MA (Cláudio, 2004).

(ii) Escala da Depressão de Hamilton

Utilizámos a Escala da Depressão de Hamilton (HRSD), elaborada por Hamilton (1960). Contabilizámos apenas 17 itens, seguindo o proposto pelo autor, para a hetero-avaliação da severidade da depressão, de forma a permitir uma avaliação objectiva e rigorosa (Cole, Motivala, Dang, Lucko, Lang, Levin, Oxman & Irwin, 2004).

(iii) Inventário de Depressão de Beck

Utilizámos o Inventário de Depressão de Beck (BDI), elaborado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961. A versão utilizada foi uma tradução do BDI realizada em 1990 por Victor Cláudio, tendo esta sido testada e corrigida numa amostra de 1500 estudantes do ensino superior. É constituída por 21 itens, a que cada um destes corresponde a um sintoma ou atitude assumida pelo indivíduo.

(iv) Escala de Hipomania

Utilizámos a Escala de Hipomania (HCL-32) de 2005 elaborada por Angst, Rolf Adolfsson, Benazzi, Gamma, Hantouche, Meyer, Skeppar, Vieta e Scott, para uma auto-avaliação de componentes de hipomania. A versão utilizada para a realização deste trabalho foi uma versão portuguesa de Luísa Figueira. Contabilizámos apenas o inventário de sintomas de hipomania, composto por 32 afirmações, seguindo o proposto pelo autores.

(v) Inventário de Ansiedade Estado-traço

Utilizámos o Inventário de Ansiedade Estado-traço (STAI), de Spielberger (1983), para a auto-avaliação de níveis de ansiedade estado – Forma Y-1 e ansiedade traço – Forma Y-2. A Forma Y-1 é constituída por 20 afirmações, relativas a estados e a forma Y-2 por 20 afirmações, relativas a traços. Neste estudo, foi utilizada a versão portuguesa traduzida por Américo Baptista.

(vi) Escala de Afecto Positivo e Negativo

Utilizámos uma versão da Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1998), validada para a população portuguesa por Galinha e Pais-Ribeiro, em 2005. A escala consiste em duas medidas de 10 itens cada, que incluem marcadores puros de afectos positivos e de afectos negativos.

Procedimento

A recolha de dados referente ao grupo nosológico foi realizada em primeiro lugar. As variáveis sexo, idade e habilitações literárias foram desta forma controladas. Procuraram-se sujeitos sem alterações psicopatológicas, cujos resultados referentes às variáveis referidas anteriormente, fossem semelhantes aos do grupo nosológico.

Foram contactadas algumas instituições para a participação na recolha de dados do grupo de sujeitos com PB, nomeadamente o Hospital Júlio de Matos e a A.D.E.B. (Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares). Os profissionais de saúde (psiquiatras e psicólogos) foram previamente informados sobre as características necessárias dos sujeitos pertencentes ao grupo nosológico.

Os sujeitos sem alterações psicopatológicas foram seleccionados de acordo com os critérios de inclusão. Numa fase de recolha da amostra, foram primeiramente enunciadas informações gerais relativamente aos objectivos, características do estudo e a confirmação de uma confidencialidade total. Posteriormente, foram confirmadas as participações, através de uma carta de consentimento informado. Foram também recolhidos alguns dados pessoais, através do Questionário Sócio-Demográfico. De seguida foi aplicada a Tarefa de Memória Autobiográfica, o Inventário de Depressão de Beck, a Escala de Depressão de Hamilton, a Escala de Hipomania, a Escala de Afecto Positivo e Negativo e o Inventário de Ansiedade Estado-traço. As informações para o preenchimento de cada instrumento foram lidas ao sujeito com o objectivo de uma melhor informação e esclarecimento de possíveis questões.

Os instrumentos foram aplicados na sua totalidade aos grupos em estudo, com a excepção do Inventário de Ansiedade Estado-traço, que não terá sido aplicada aos sujeitos com PB, e da Escala de Depressão de Hamilton, que não terá sido aplicada aos sujeitos sem alterações psicopatológicas, com o objectivo de não sobrecarregar os participantes.

RESULTADOS

Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Verificou-se que os sujeitos sem alterações psicopatológicas apresentaram uma média de 6.07, correspondente a depressão ligeira e $DP.=4.906$. Os sujeitos com PB registaram uma média de 19.07, considerada como depressão média e $DP.=13.063$.

Recorremos ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney que informou a existência de diferenças significativas no BDI, entre ambos os grupos, observando-se que o grupo com valor mais elevado foi o de grupo de sujeitos com PB ($p=0.004 \leq 0.05$).

Escala de Depressão de Hamilton (HDS)

No grupo de sujeitos com PB a média foi de 17.40, correspondente a um estado de depressão média e $DP.=6.174$, confirmando os resultados do BDI.

Escala de Hipomania (HCL-32)

Os sujeitos sem alterações psicopatológicas apresentam uma média de 13.53 e $DP.=4.257$, considerada como inferior a sintomas de hipomania, como esperado. Os sujeitos com PB apresentaram uma média de 23, com $DP.=5.292$, indicado a presença de sintomas de hipomania.

O teste Anova One-Way permitiu verificar que existem diferenças significativas ($p=0.000 \leq 0.05$) entre os resultados apresentados por ambos os grupos na HCL-32, sendo que o grupo de sujeitos com PB apresenta o resultado superior.

Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS)

Analisámos os resultados, em 3 momentos: 1º Análise dos resultados do Afecto Positivo; 2º Análise dos resultados do Afecto Negativo; 3º Análise comparativa dos resultados do afecto positivo e negativo.

O grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas apresenta um afecto positivo com média de 29.07 e $DP.= 6.573$, enquanto que o grupo de sujeitos com doença bipolar tem uma média de 24.93 e $DP.= 7.186$.

Utilizámos o teste Anova One-Way, que verificou não existirem diferenças significativas entre os grupos ($p=0.111 \geq 0.05$), no que diz respeito ao afecto positivo.

O grupo que apresenta a média mais elevada no resultado de afecto negativo foi o de sujeitos bipolares, com o valor médio de 20.27 e $DP.= 8.852$, enquanto que o grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas teve uma média de 13.87, com $DP.=5.208$.

O teste Wilcoxon-Mann-Whitney permitiu verificar a diferença significativa entre os valores apresentados pelos grupos em estudo, relativamente ao afecto negativo ($p=0.027 \leq 0.05$).

Podemos concluir através da análise dos resultados de afecto positivo e negativo, que os sujeitos sem alterações psicopatológicas apresentavam um valor de afecto positivo superior ao de afecto negativo, assim como grupo de sujeitos bipolares. Contudo, o grupo de sujeitos bipolares apresenta resultados médios de afecto positivo e negativo aproximados.

Inventário de Auto-avaliação de Ansiedade Estado e Traço Forma Y (STAI)

Os resultados foram analisados em 3 momentos: 1º Análise dos resultados do STAI Estado; 2º Análise do resultado do STAI Traço; 3º Análise comparativa dos resultados do STAI Estado e STAI Traço.

No grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas a média registada foi de 30.87, e $DP.= 8.383$.

Na ansiedade traço a média foi de 31.47 e $DP.= 9.372$.

Verificou-se que não existiam diferenças significativas entre as duas sub-escalas de ansiedade estado e traço, com o teste de Wilcoxon ($p=0.726 \geq 0.05$). Em síntese, os sujeitos sem alterações psicopatológicas mantêm o perfil na ansiedade estado e traço.

	Sem alterações psicopatológicas		PB		<i>F</i>	<i>p</i>
	<i>X</i>	σ	<i>X</i>	σ		
BDI	6.07	4.906	19.07	13.063	-2.845	0.004
HDS			17.40	6.174		
HCL-32	13.53	4.257	23.00	5.292	28.613	0.000
PANAS (Positivo)	29.07	6.573	24.93	7.186	2.702	0.111
PANAS (Negativo)	13.87	5.208	20.27	8.852	-2.217	0.027
STAI Estado	30.87	8.383			-0.350	0.726
STAI Traço	31.47					

Tabela 2.

Média, desvio-padrão e significância da diferença das médias nas escalas clínicas

Tarefa de Memória Autobiográfica

Acontecimentos evocados para cada palavra estímulo apresentada

Para esta análise foram utilizadas as médias de acontecimentos evocados pelos diferentes grupos em cada uma das palavras utilizadas. Optámos por fazer uma análise das palavras que originaram uma média de acontecimentos igual ou superior a 1.0, que consideramos mais elevadas, e as palavras que apresentaram médias de evocação de acontecimentos iguais ou menores que 0.5, que consideramos baixas.

Na comparação entre os sujeitos sem alterações psicopatológicas e os sujeitos com PB, registou-se, nos primeiros que as palavras com médias de evocação mais elevadas foram: alegria ($X=2.07$, $DP.=1.223$), solidão ($X=1.87$, $DP.=1.125$), tristeza ($X=2.33$, $DP.=1.543$), simpatia ($X=1.27$, $DP.=0.961$), cadeira ($X=1.20$, $DP.=0.862$), medo ($X=1.80$, $DP.=1.014$), honestidade ($X=1.13$, $DP.=0.990$), inveja ($X=1.47$, $DP.=1.125$), água ($X=1.73$, $DP.=1.387$), tempo ($X=1.73$, $DP.=1.100$), maldade ($X=1.87$, $DP.=0.990$), solidariedade ($X=1.27$, $DP.=0.884$), doença ($X=2.27$, $DP.=1.003$), lealdade ($X=1.07$, $DP.=0.884$), caneta ($X=1.53$, $DP.=0.990$), sapato ($X=1.27$, $DP.=0.594$), felicidade ($X=1.87$, $DP.=0.915$), egoísmo ($X=1.07$, $DP.=0.704$), mentira ($X=1.53$, $DP.=1.187$), amor ($X=2.40$, $DP.=1.724$), mesa ($X=1.33$, $DP.=0.816$), parede ($X=1.33$, $DP.=1.047$), inteligência ($X=1.27$, $DP.=1.033$), cinismo ($X=1.27$, $DP.=0.594$), amizade ($X=2.40$, $DP.=2.667$), dor ($X=1.67$, $DP.=1.047$) e janela ($X=1.27$, $DP.=0.799$). Nos sujeitos sem alterações psicopatológicas não se registaram palavras com médias de evocação consideradas inferiores.

Os sujeitos bipolares apresentam médias mais elevadas de evocação para as seguintes palavras: alegria ($X=1.87$, $DP.=1.125$), solidão ($X=1.47$, $DP.=0.743$), tristeza ($X=1.73$, $DP.=1.280$), cadeira ($X=1.071$, $DP.=1.100$), sinceridade ($X=1.13$, $DP.=0.743$), medo ($X=2.00$, $DP.=0.845$), inveja ($X=1.27$, $DP.=0.704$), água ($X=2.00$, $DP.=1.254$), tempo ($X=1.93$, $DP.=1.831$), maldade ($X=1.93$, $DP.=1.033$), solidariedade ($X=1.67$, $DP.=1.113$), doença, ($X=2.80$, $DP.=2.336$) caneta ($X=1.27$, $DP.=0.884$), sapato ($X=1.53$, $DP.=0.743$), felicidade ($X=1.67$, $DP.=1.291$), egoísmo ($X=1.67$, $DP.=0.724$), mentira ($X=1.27$, $DP.=1.033$), amor ($X=1.53$, $DP.=0.915$), parede ($X=1.07$, $DP.=0.594$), inteligência ($X=1.67$, $DP.=1.397$), cinismo ($X=1.53$, $DP.=1.407$), amizade ($X=2.60$, $DP.=2.530$) e dor ($X=1.73$, $DP.=0.961$). No grupo de sujeitos com PB também não foram registadas palavras com média de evocação considerada baixa.

Recorremos ao teste de Wilcoxon-Mann-Whitney que permitiu verificar não existirem diferenças significativas para todas as palavras, relativamente aos grupos em estudo, com a exceção da palavra egoísmo ($p=0.044 \leq 0.05$). O grupo de sujeitos com PB apresenta uma média de palavras evocadas mais elevada ($X=1.67$), comparativamente com o grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas ($X=1.067$).

Total de acontecimentos evocados por grupo

Foram analisados os resultados dos sujeitos sem alterações psicopatológicas e dos sujeitos com PB relativamente ao número total de palavras evocadas na tarefa de memória autobiográfica.

O grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas apresentou uma média de $X=45.73$, $DP.=12.652$, superior ao grupo com PB, $X=44.53$, com $DP.=11.99$.

A utilização do teste Anova one-way não encontrou diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0.792 \geq 0.05$).

Total de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa

O grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e o grupo de sujeitos bipolares foram ambos analisados relativamente ao total de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa.

O grupo de sujeitos com PB apresentou uma média de memórias negativas evocadas superior ($X=22.53$, $DP.=5.842$), comparativamente ao grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas ($X=27.53$, $DP.=8.052$). Foi verificado com o teste Anova One-way, que não existem diferenças significativas entre os grupos relativamente aos acontecimentos negativos evocados ($p=0.062 \geq 0.05$).

O grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas apresentou uma média de acontecimentos positivos evocados superior ($X=23.27$, $DP.=8.722$) à média de acontecimentos positivos evocados pelos sujeitos com PB ($X=16.87$, $DP.=7.482$). Ao nível dos acontecimentos evocados de valência positiva observaram-se diferenças significativas em ambos os grupos ($p=0.040 \leq 0.05$).

Numa análise intra-grupal, ambos os grupos foram analisados relativamente aos totais acontecimentos evocados com palavras de valência positiva e negativa. Verificou-se através do teste Anova Medições repetidas, que não existiam diferenças significativas entre os totais de acontecimentos evocados relativamente à valência no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas ($p=0.717 \geq 0.05$).

Foi mais uma vez utilizado o teste Anova Medições repetidas, onde se encontrou a existência de diferenças significativas ($p=0.001\leq 0.05$) entre o total de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa no grupo de sujeitos bipolares. Estes sujeitos apresentaram uma média de acontecimentos negativos superior ($X=27.53$, $DP.= 8.052$), a acontecimentos positivos evocados ($X=16.87$, $DP.=7.482$).

Análise do total de acontecimentos evocados relativamente a palavras estímulo positivas, negativas e neutras

Foram analisados os resultados dos sujeitos sem alterações psicopatológicas e dos sujeitos com PB do total de acontecimentos evocados perante palavras estímulo positivas, negativas e neutras. Utilizou-se então o teste Anova One-way para a comparação dos resultados entre os dois grupos em estudo, cujos resultados indicam a não existência de diferenças significativas relativamente ao total de acontecimentos evocados com palavras positivas ($p=0.921 \geq 0.05$), ao total de acontecimentos evocados com palavras negativas ($p=0.846 \geq 0.05$) e ao total de acontecimentos evocados com palavras neutras ($p=0.591 \geq 0.05$).

Para a realização de uma análise intra-grupal do total de acontecimentos evocados em palavras estímulo positivas, negativas e neutras no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas, foi utilizado o teste Anova Medições repetidas, que verificou a existência de diferenças significativas ($p=0.023\leq 0.05$). O Teste de comparações múltiplas de Bonferroni encontrou a existência de diferenças significativas entre as palavras negativas e neutras ($p=0.030\leq 0.05$), sendo que as palavras negativas originaram maior evocação de acontecimentos ($X=17.07>13.20$).

Numa análise intra-grupal do total de acontecimentos evocados relativamente a palavras estímulo positivas, negativas e neutras no grupo de sujeitos com PB, foi utilizado o teste Anova Medições repetidas que verificou a existência de diferenças significativas ($p=0.004\leq 0.05$) entre o número de acontecimentos evocados consoante a valência da palavra estímulo no grupo de sujeitos com PB. O teste de comparações múltiplas de Bonferroni encontram-se diferenças entre os resultados apresentados perante palavras estímulo negativas e neutras ($p=0.001\leq 0.05$). Os acontecimentos evocados com palavras negativas apresentam uma média superior, comparativamente à dos acontecimentos evocados com palavras neutras ($X=17.40> X=12.267$).

Análise da estrutura dos acontecimentos evocados

Foi estudada a evocação de memórias categóricas no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e bipolares. Verificou-se através da utilização do teste Wilcoxon-Mann-Whitney a existência de diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0.001 \leq 0.05$).

Na avaliação das memórias categóricas os sujeitos sem alterações psicopatológicas apresentaram uma média de 12, com $DP.=4.209$. Os sujeitos com PB apresentaram uma média de 34.67, com $DP.= 9.424$, e o valor mais elevado de evocação de memórias categóricas foi encontrado no grupo de sujeitos com PB.

Procedeu-se à avaliação dos resultados de evocação de memórias específicas no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e no grupo de sujeitos com PB. Foi utilizado o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney, que permitiu a verificação da existência de diferenças significativas entre os dois grupos ($p=0.000 \leq 0.05$).

Ao ser feita a avaliação das memórias alargadas em ambos os grupos, verificou-se que os sujeitos sem alterações psicopatológicas apresentaram $X=33.13$, $DP.=12.334$. O grupo de sujeitos com PB apresentou uma média de 9.73, com $DP.=5.230$. O valor mais elevado de evocação de memórias alargadas foi encontrado no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas.

Numa análise intra-grupal dos resultados relativamente à estrutura das memórias nos sujeitos sem alterações psicopatológicas, utilizou-se o teste T-student que encontrou diferenças significativas relativamente a esta variável neste grupo ($p=0.000 \leq 0.05$), com prevalência de memórias alargadas ($X=33.13$) comparativamente a memórias categóricas ($X=12$).

Para a análise dos resultados dos sujeitos bipolares relativamente aos dois tipos de memórias evocadas, procedeu-se ao teste T-Student, com o qual foi verificada a existência de diferenças significativas entre os totais de memórias categóricas e alargadas evocadas no grupo de sujeitos bipolares ($p=0.000 \leq 0.05$), sendo que as memórias evocadas com uma média mais elevada foram as de tipo categórico ($X=34.67$), comparativamente às alargadas ($X=9.73$).

	Sem Alterações Psicopatológicas		PB					
	<i>X</i>	<i>σ</i>	<i>X</i>	<i>σ</i>	<i>p</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>p</i>
Total de Acontecimentos Evocados	45.73	12.652	44.53	11.999		0.071	0.792 ♠	
Total de Acontecimentos Negativos	22.53	5.842	27.53	80.052		3.789	0.0062*	0.717 ▼
Total de Acontecimentos Positivos	23.27	8.722	16.87	7.482		4.653	0.040*	0.001∇
Total de Acontecimentos com Palavras Positivas	14.93	5.418	14.73	5.535	0.004 ⊗ 0.001 ♦	0.010	0.921∅	0.023 ▼ 0.030 ♦
Total de Acontecimentos com Palavras Negativas	17.07	4.48	17.40	4.852	0.001 ∅	0.038	0.846	
Total de Acontecimentos com Palavras Neutras	13.20	4.663	12.27	4.728		0.296	0.591	
Total de Memórias Gerais	12.00	4.209	34.67	9.424	0.000●	12.541	0.001 ▲	0.000●
Total de Memórias Específicas	33.13	12.334	9.73	5.230		-4.548	0.000 ▲	

Tabela 3. – Valor Médio, Desvio Padrão e significância da diferença das medias dos resultados na tarefa de memória autobiográfica, no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e com perturbação bipolar

♠ - Ausência de diferença significativa ($p < .05$) no teste Anova one-way, no total de acontecimentos evocados pelo grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e pelo grupo com PB.

* - Diferença significativa ($p < .05$) no teste Anova one-way no total de acontecimentos evocados pelo grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e e pelo grupo com PB.

∇ - Diferença significativa ($p < .05$) no teste Anova Medições Repetidas entre o total de acontecimentos positivos e negativos no grupo de sujeitos com PB.

⊗ - Ausência de diferença significativa ($p < .05$) no teste Anova medições repetidas no total de acontecimentos evocados consoante a palavra estímulo no grupo de sujeitos com PB.

▼ - Ausência de diferença significativa ($p < .05$) no teste Anova medições repetidas, entre o total de acontecimentos positivos e negativos evocados pelo grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas.

▲ - Diferença significativa ($p < .05$) no teste Wilcoxon-Mann-Whitney na estrutura das memórias evocadas entre os de sujeitos sem alterações psicopatológicas e com PB.

● - Diferença significativa ($p < .05$) no teste T-student, na estrutura dos memórias evocadas no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e no grupo com PB.

◆ - Diferença significativa ($p < .05$) no teste de Comparações Múltiplas de Bonferroni nos acontecimentos evocados consoante a palavra estímulo no grupo com PB.

∅ - Diferença significativa ($p < .05$) no teste comparações múltiplas de Bonferroni, entre as palavras negativas e neutras, no grupo com PB.

DISCUSSÃO

Neste trabalho, procurou-se analisar comparativamente a evocação mnésica de memórias autobiográficas de sujeitos com PB, com um grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas. Propomos que o enviesamento da valência e da estrutura das memórias autobiográficas participe na manutenção da PB, no lugar de se encontrar relacionado com um passado de depressão. De facto, os participantes do estudo foram considerados em remissão, tendo-se contudo verificado a existência de alguns sintomas depressivos.

Os resultados apresentados evidenciam a prevalência de memórias autobiográficas negativas, em detrimento de positivas nos sujeitos com PB. Na doença bipolar o padrão cognitivo desempenha a função de mediador das manifestações emocionais. Ocorre assim, a activação de esquemas positivos perante objectivos considerados importantes. Contudo, o perfeccionismo encontrado frequentemente nestes sujeitos leva à perpetuação de tentativas de realização, de forma a prevenir a avaliação negativa da parte do outro (Newman et al, 2003). Verifica-se uma necessidade de responder a acontecimentos passados, no lugar do acontecimento presente.

Foram identificadas diferenças relativamente à estrutura das memórias evocadas, com a prevalência de memórias categóricas, indo de encontro ao trabalho de Scott et al. (2000). O grupo de sujeitos com PB apresenta uma evocação de memórias categóricas superior à dos sujeitos sem alterações psicopatológicas. A hipergeneralização da memória autobiográfica na PB encontra-se relacionada com as ideias intrusivas negativas relativas ao desempenho do sujeito, ou seja, reconstruções de acontecimentos, de acordo com o modelo esquemático do self. A prevalência da evocação de memórias categóricas evidencia a utilização preferencial de uma recordação mnésica inferior (Barclay, 1989). Esta encontra-se relacionada com um esforço de evitar memórias passadas desagradáveis, interrompendo a evocação mnésica no momento de procura de memórias generalizáveis (Kuyken & Brewen, 1995).

Para Newman et al. (2003), os pacientes com PB devem ser incentivados na moderação de projectos, contrariamente poderão correr risco de vivenciar episódios de mania ou hipomania.

A especificidade das memórias evocadas, pode ser afectada e afecta vários aspectos psicológicos, considerando-se de igual importância o material mnésico e a forma como o

passado é recordado (Williams et al., 2007). A acumulação destas memórias funciona como uma forma de manutenção dos episódios depressivos e de hipersensibilidade a aspectos afectivos dos acontecimentos, que contribuem para a continuação da codificação de memórias de estrutura categórica.

As alterações encontradas, sugerem que as intervenções cognitivas eficientes para o tratamento da depressão possam ser utilizadas. De acordo com Cláudio (2004) uma das formas de reconstruir e integrar as memórias negativas categóricas é através de alterações no processo de codificação que influenciem a reparação do processo de evocação. A intervenção terapêutica tem como objectivo modificar as crenças e o modelo esquemático de forma a diminuir a reincidência de episódios (Reiser & Thompson, 2005). Um dos pontos importantes será o facilitar do acesso a memórias específicas. As memórias generalizadas negativas intrusivas que são desencadeadas durante o comportamento direccionado aos objectivos importantes para o sujeito, podem ser direccionadas para os acontecimentos específicos do passado, e desta forma, integradas. Esta reestruturação implica por vezes o reviver da experiência passada ou a permanência de uma imagem correspondente ao acontecimento. Este passo envolve frequentemente a introdução de informação contextual referente ao acontecimento, como forma de facilitar a informação a ser integrada na memória autobiográfica. A utilização de memórias específicas no dia-a-dia fornecerá modelos alternativos de resposta mais adaptados, com consequências positivas para a continuidade do self, para o funcionamento social do sujeito e para a construção de modelos de comportamento esperados pelo outro.

Por último, considera-se pertinente assinalar a necessidade, sentida ao longo do trabalho, da existência de instrumentos de hetero-avaliação, da severidade de sintomas de mania ou hipomania, e do estado de humor, adaptados à população. O caminho para estudos futuros, poderá passar pela análise da coincidência entre a valência das memórias autobiográficas evocadas e a sua organização estrutural, e também pela correlação de resultados clínicos com a tarefa experimental, de forma a compreender as alterações mnésicas características da perturbação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Walshaw, P. D. & Neeren, A. (2006) Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 726-754.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Walshaw, P. D., Neeren, A., Urosevic, S. & Nusslock, R. (2005). The psychosocial context of bipolar disorder: environmental cognitive, and developmental risk factors. *Clinical Psychology Review*, 20, 1-32.
- Alloy, L. B., Reilly-Harrington, N. A., Fresco, D. M., Whitehouse, W. G. (1999) cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 567-578.
- Alloy, L. B., Reilly-Harrington, N. A., Fresco, D. M., Whitehouse, W. G. & Zechmeister, J. S. (1999) Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomaniac mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 13, 21-40.
- Alloy, L.B., Reilly-Harrington, N.A., Fresc, D.M., & Flannery-Schroeder, E. (2006). Cognitive vulnerability factors to bipolar spectrum disorders. In L.B. Alloy & J.H. Riskind (Eds), *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (93-124). Hillsdale, NJ:Erbaum.
- Angst, J. (2006) Do many patients with depression suffer from bipolar disorder? Consultado em 17 de Outubro de 2006 através de: <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2006/January/cjp-jan-06-angst-ID.pdf>

Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouchem E., Meyer, T.D., Skeppar, P., Vieta, E., Scott, J. (2005) The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective disorders*, 88, 217-233.

Akiskal, H. S. (2004) Da distímia ao espectro bipolar: Uma ponte entre a prática clínica e a investigação. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*, 15, 163-177.

APA (2000). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4º Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. (2004). A doença bipolar. *Revista Bipolar*, 25, Consultado em 20 de Outubro de 2006 através de www.admd.pt

Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares. (2005). Estabilização da doença bipolar. *Revista Bipolar*, 27, Consultado em 20 de Outubro de 2006 através de www.admd.pt

Baddeley, A. (1997). Recollection and Autobiographical Memory. In A. Baddeley (Ed.), *Human Memory: theory and practice* (211-228). Hove: Psychology Press.

Barclay, C. R. (1989) Schematization of autobiographical memory. In Rubin, D.C (Eds.), *Autobiographical memory* (82-99) New York: Cambridge University Press.

Bauer, M., & McBride, L. (1996). *Structured group psychotherapy for bipolar disorder: The life goals program*. New York: Springer.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press

Beck, A. T. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77-100.

Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New york: Guilford Press. Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Obra original publicada em 1979).

Berntsen, D. & Rubin, D. (2007). When a trauma becomes a key to Identity: enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21 (44), 417-431.

Billings, D., Folkman, S., Acree, M., & Moskowitz, J. (2000). Coping and psysical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 131-142.

Bluck, S. (2003) Autobiographical Memory : Exploring its functions in everyday life. *Memory*, 11(2), 113-123.

Brewer, W. F. (1989) What is autobiographical memory ?. In Rubin, D.C (Eds.), *Autobiographical memory* (25-49) New York : Cambridge University Press.

Clark, D. A., Beck, A. & Alford, B. A. (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.

Cláudio, V. (2004). *Da trama das minhas memórias o fio que tece a depressão: Esquecimento dirigido e memória autobiográfica na depressão major*. Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Minho, Lisboa, ISPA.

Cole, J. C., Motivala, S. J., Dang, J., Lucko, A., Lang, N., Levin, M. J., Oxman, M. N., & Irwin, M.R. (2004). Structural validation of the hamilton depression rating scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(4), 241-254.

Evans, J., Wlliams, J., o'Loughlin, S. & Howells, K. (1992). Autobiographical memory and problem-solving strategies of parasuicide patients. *Psychological Medicine*, 22, 399-405.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Galinha, I. C., Pais-Ribeiro, J. L. (2005a). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da positive and negative affect Schedule (panas): I – Abordagem teórica ao conceito de afecto. *Análise Psicológica*, 2 (23), 209-218.

Galinha, I. C., Pais-Ribeiro, J. L. (2005b). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da positive and negative affect Schedule (panas): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(23), 219-227.

Glahn, D.C., Bearden, C.E., Barguil, M., Barrett, J., Reichenberg, A., Bowden, C.L., Soares, J.C., Velligan, D.I. (2007). The neurocognitive signature of psychotic bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 62 (8), (910-916).

Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D. & Keitner, G. (2000). Increases in maniac symptoms after life events involving goal attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, 10 (4), 721-727.

Johnson, S. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 20, 1-20.

Judd, L.L., Hubbard, B., Jnowsky, D.S., Huey, L.Y. & Takanashi, K. (1979). The effect of lithium carbonate on the cognitive functions of normal subjects. *Archives of general psychiatry*, 34, 355-357.

Kessing, L. V. (1998), Recurrence in an affective disorder-Effect of age and gender. *British Journal of Psychiatry*, 172, 29-34.

Kleim, B., Ehlers, A. (2008). Reduced Autobiographical Memory Specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. *Journal of consulting and clinical psychology*, 2, 231-242.

- Kuyken, W. & Brewin, C. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585-591.
- Lam, D. H., Bright, J. Jones, S. Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D., & Sham, P. (2000). Cognitive therapy for bipolar disorder – A pilot study relapse prevention. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 503-520.
- Lyon, M. H., Startup, M. & Bentall, R.P. (1999). Social cognition and the maniac defense: attributions, selective attention and self-schema in bipolar affective disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(2), 273-282.
- Mansell, W. & Lam, D. (2004). A preliminary study of autobiographical memory in remitted bipolar and unipolar depression and the role of imagery in the specificity of memory. *Memory*, 12(4), 437-446.
- Mark, J., Williams, G., & Dritschel, B.H. (1992). Categorical and extended autobiographical memories. In D.C. Rubin, H. Spinnler, & W.A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp.391-410). Netherland: Kluwer Academic Press.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística com utilização do SPSS* (2ªEd).Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, A. (1999, Outubro) O transtorno bipolar. Consultado em 2 de Novembro de 2006 através de: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s2/v21s2a05.pdf>.

- Martins, A., Coelho, R., Ramos, E., Barros, H. (2000) Administração do BDI-II a adolescentes portugueses: Resultados preliminares. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2(1), 123-133.
- Miklowitz, D. J. (2001) Bipolar Disorder. In Barlow, D. H. (Eds), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (3^{ed.}), (pp.523-560). New York: The Guildford Press.
- Mondimore, F. M. (2003) *Perturbação bipolar: guia para doentes e suas famílias*. Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês Bipolar disorder: A guide for patients and families. Maryland: The Johns Hopkins University Press, 1999)
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A. & Gyulai, L. (2003). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. (3th ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Oatley, K. (1990) Life events, social cognition and depression In Fisher, S. & Reason, J. *Handbook of Life and Stress* (543-556). London: Johnson Wiley & Sons.
- Oatley, K. (1992). *Best Laid Schemes: the psychology of emotions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Oatley, K. (1998) State of the art: Emotion. *The Psychologist*, 11(6), 285-288.
- Oatley, K., & Duncan, E. (1994). The experience of emotion in everyday life. *Cognition and Emotion*, 8, 369-381.

Oatley, K. & Jenkins, J. M. (1992) Human emotions: Function and dysfunction. *Annual Review of Psychology*, 43, 55-85).

Oatley, K., & Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as emoções*. Lisboa: Instituto Piaget (Obra original publicada entre 1996-1998)

Oatley, K., & Johnson-Laird, P. N. (1987). Towards a Cognitive Theory of Emotions. *Cognition and Emotion*, 1 (1), 29-50.

Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Power, M. & Dalgleish, T. (1997). *Cognitive and emotion: From Order to disorder*. Hove: Psychology Press Ltd.

Reiser, B. J., Black, J. B., Kalamarides, P. (1989). Strategic memory search processes. In Rubin, D. C (Eds.), *Autobiographical memory* (100-121) New York : Cambridge University Press.

Reiser, R.P., Thomson, L.W. (2005). *Bipolar Disorder: Advances in Psychotherapy – Evidence-based Practice* (26-28) Cambridge: Hogrefe & Huber Publishers.

Rhimer, Z. & Angst, J. (2005). Mood disorders: Epidemiology. In B.J. Sadock & V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadocks's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed., Vol. I. Pp. 1575-1582) Philadelphia :Lippincott, Wlliams & Wilkins.

- Rubin, D. C., Wetzler, S. E. & Nebes, R. D. (1989). Autobiographical memory across the lifespan. In Rubin, D. C (Eds.), *Autobiographical memory* (202-224) New York : Cambridge University Press.
- Scott, J. (2001) Cognitive therapy as an adjunct to medication in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 178, 164-168.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A. & Ferrier, I. N. (2000) Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 30, 467-472.
- Shaw, E. D., Stokes, P. E., Mann, J. J. & Manevitz, A. Z. (1987) Effects of lithium carbonate on the memory and motor speed of bipolar outpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 64-69.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Sonne, S. C., Brady, K. T., & Morton, W. A. (1994) Substance abuse and bipolar affective disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 349-352.
- Stakowski S. M. & DelBello, M. P. (2000) The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 181-206.
- Stone, A. (1997). Measurement of affective response. In Cohen, S., Kessler, R. C. & Gordon, L.U. (Eds), *Measuring Stress: A guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press.

- Torres, I.J., Burnaby, B.C., Bordreau, V.G., Burnaby, BC., Yatham, L.N. (2007). Neuropsychological Functioning in Euthymic Bipolar Disorder: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116 (434), 17-26.
- Tzemou, E., Birchwood, M. (2008). A prospective study of dysfunctional thinking and the regulation of negative intrusive memories in bipolar I disorder: Implications for affect regulation theory. *Psychiatry Research*, 157 (1-3), 289-293.
- Williams, J. M. G. (1996) Depression and specificity of autobiographical memory. In D.C. Rubin (Ed), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (p.244-267). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Reduces Overgeneral Autobiographical Memory in Formerly Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 150-155.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D, Raes, D. H., Dalgleish, T., Watkins, E. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133 (1), 122-148.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Filadelfia: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Weinberger, A. D., Beck, A. T. (2001) Cognitive therapy for depression. In Barlow, D.H. (Eds), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (3^{ed}), (pp.523-560). New York : The Guildford Press.

ANEXO 1. - Questionário Sócio-Demográfico

Idade: _____

Sexo:

F ☐ M ☐

Estado Civil:

Solteiro(a) ☐ Casado(a)/União de facto ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

Habilitações Literárias:

Primária (até ao 4º ano) ☐

1º Ciclo (até ao 7º ano) ☐

2º Ciclo (até ao 9º ano) ☐

Secundário (até ao 12º ano) ☐

Universitário ☐

Bacharelato ☐

Mestrado/Doutoramento ☐

Situação Profissional:

a) Empregado(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Reformado(a) ☐

b) Profissão:

Dados Clínicos:

Está a receber medicação para a sua perturbação?

Se sim há quanto tempo?

Qual é a sua actual medicação?

Antidepressivo ☐

Estabilizador de humor (Lítio) ☐

Anti-psicótico ☐

Ansiolítico ☐

Estabilizador de Humor ☐

Hipnótico ☐

Encontra-se em psicoterapia actualmente?

Sim ☐ Não ☐

ANEXO 2. – Inventário da Depressão de Beck (1961)

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

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

- | | | |
|-----|---|---|
| 8. | 0 | Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa. |
| | 1 | Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros. |
| | 2 | Culpo-me constantemente pelas minhas faltas. |
| | 3 | Culpo-me de todas as coisas más que acontecem. |
| 9. | 0 | Não tenho qualquer ideia de me matar. |
| | 1 | Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar. |
| | 2 | Gostaria de me matar. |
| | 3 | Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade. |
| 10. | 0 | Não costumo chorar mais do que o habitual. |
| | 1 | Choro mais agora do que costumava fazer. |
| | 2 | Actualmente, choro o tempo todo. |
| | 3 | Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira. |
| 11. | 0 | Não me irrito mais do que costumava. |
| | | Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava. |
| | 1 | |
| | 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 | Interesso-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 esforçar 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 do ventre.
 2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e
 torna-se difícil pensar em outra coisa.
 3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos
 que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu
 interesse sexual.
 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que
 costumava.
 2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela
 vida sexual.
 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

ANEXO 3. – Escala de Depressão de Hamilton (1960)

	0	1	2	3	4
1 — Tristeza vital					
2 — Tristeza anímica					
3 — Sentimento de auto-desvalorização					
4 — Sentimento de culpabilidade-punição					
5 — Sentimento de hetero-desvalorização					
6 — Autocrítica					
7 — Inibição afectiva					
8 — Excitabilidade emocional					
9 — Labilidade emocional					
10 — Ansiedade psíquica					
11 — Ansiedade somática					
12 — Hipocondria					
13 — Suicídio					
14 — Actividade espontânea diminuída					
15 — Actividade reactiva diminuída					
16 — Agitação					
17 — Ocupação diminuída					
18 — Lamentação-Inibição da ideação					
19 — Ideias deliriformes					
20 — Obsessões					
21 — Fobias					
22 — Despersonalização / Desrealização					
23 — Vivência do tempo alterada					
24 — Distorção da imagem corporal					
25 — Contacto difícil					
26 — Introversão					
27 — Perplexidade					
28 — Indecisão					
29 — Rigidez					
30 — Passividade					
31 — Agressividade					
32 — Desconfiança					
33 — Sugestibilidade					
34 — Insegurança					
35 — Atitude apelativa					
36 — Anorexia					
37 — Redução da libido					
38 — Perturbações menstruais					
39 — Perturbações digestivas					
40 — Obesidade					
41 — Astenia					
42 — Algas					
43 — Insónia inicial					
44 — Insónia intermediária					
45 — Insónia matinal					
46 — Variação diurna $\frac{M}{T}$					
47 — Redução de peso					

COTAÇÃO 0 — Ausente

3 — Intenso

ANEXO 4. – Escala de Hipomania (2005)

Em diferentes períodos da vida todos sentem alterações ou oscilações de energia, actividade e humor (“altos” e “baixos” ou “para cima” e “para baixo”). O objectivo deste questionário é avaliar as características dos períodos “altos” ou “elevados”.

1) Em primeiro lugar, como se sente hoje em comparação ao seu estado habitual?

(Por favor, marque apenas UM dos seguintes)

Muito pior que o habitual	Pior que o habitual	Um pouco pior que o habitual	Nem pior nem melhor que o habitual	Um pouco melhor que o habitual	Melhor que o habitual	Muito melhor que o habitual
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2) Como é habitualmente em comparação com as outras pessoas?

Independentemente de como se sente hoje, diga-nos como é habitualmente em comparação com as outras pessoas, assinalando o item que melhor o descreve:

Em comparação com as outras pessoas, o meu nível de actividade, energia e humor...

(Por favor, marque apenas UM dos seguintes)

... é quase sempre estável e regular	... é geralmente mais elevado	... é geralmente mais baixo	... tem repetidamente períodos de altos e baixos
☐	☐	☐	☐

3) Por favor, tente lembrar-se de um período durante o qual esteve num estado “elevado”

Como se sentiu nessa altura?

Responda por favor a todos os itens independentemente do seu estado actual.

Em tal estado:

	Sim	Não
1. Eu precisava de dormir menos	☐	☐
2. Eu sentia-me mais energético/a e activo/a	☐	☐
3. Eu sentia-me mais autoconfiante	☐	☐
4. Eu apreciava mais o meu trabalho	☐	☐
5. Estava mais sociável (fazia mais telefonemas, saía mais)	☐	☐
6. Eu queria viajar e viajava mais	☐	☐
7. Eu tinha tendência para conduzir mais depressa ou para correr mais riscos enquanto conduzia	☐	☐
8. Eu gastava mais dinheiro ou demasiado dinheiro	☐	☐
9. Eu corria mais riscos na minha vida diária (no meu trabalho e/ou em outras actividades)	☐	☐
10. Estou fisicamente mais activo/a (desporto etc.)	☐	☐
11. Eu planeava mais actividades ou projectos	☐	☐
12. Eu tinha mais ideias, era mais criativo/a	☐	☐
13. Eu estava menos tímido/a ou inibido/a	☐	☐
14. Eu usava roupas/maquilhagem mais coloridas e extravagantes	☐	☐
15. Eu queria encontrar-me ou realmente encontro-me com mais pessoas	☐	☐
16. Estou mais interessado/a em actividade sexual e/ou tinha um desejo sexual aumentado	☐	☐
17. Eu estou mais namorado/a e/ou estava mais activo/a sexualmente	☐	☐
18. Eu falava mais	☐	☐
19. Eu pensava mais depressa	☐	☐

20. Eu dizia mais piadas ou trocadilhos quando falava
 21. Eu distraía-me com mais facilidade
 22. Eu envolvia-me em muitas coisas novas
 23. Os meus pensamentos saltavam de um assunto para assunto
 24. Eu fazia coisas mais rapidamente e/ou facilmente
 25. Eu estava mais impaciente e/ou irritava-me mais facilmente
 26. Eu podia ser cansativo/a ou irritante para os outros
 27. Eu envolvia-me em mais discussões ou disputas
 28. O meu humor estava mais elevado, mais optimista
 29. Eu bebia mais café
 30. Eu fumava mais cigarros
 31. Eu bebia mais álcool
 32. Eu consumia mais medicamentos (sedativos, ansiolíticos, estimulantes...)

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

4) Os itens acima mencionados, que caracterizam um "período elevado" descrevem como se sente...
 (Por favor, marque apenas UM dos seguintes)

Às vezes?

☐ => Se marcou esta alternativa responda por favor às questões de 5 a 9

Quase Sempre?

☐ => Se marcou esta alternativa responda somente às questões 5 e 6

Eu nunca senti um "período elevado" ☐ => Se marcou esta alternativa por favor termine o questionário por aqui.

5) O impacto dos seus "períodos elevados" nos diversos aspectos da sua vida foi:

	Positivo e negativo	Positivo	Negativo	Nenhum impacto
Vida familiar	☐	☐	☐	☐
Vida social	☐	☐	☐	☐
Trabalho	☐	☐	☐	☐
Lazer	☐	☐	☐	☐

6) Reacções e comentários de outros no que respeita aos seus "períodos elevados".

Como é que as pessoas próximas a si reagiram ou comentaram os seus "períodos elevados"?

(Por favor, marque apenas UM dos seguintes)

Positivamente (encorajando e apoiando)	Neutros	Negativamente (preocupados, aborrecidos, irritados, críticos)	Positivamente e negativamente	Nenhuma reacção
☐	☐	☐	☐	☐

7) Regra geral, qual foi a duração dos seus "períodos elevados" (em média)

- ☐ 1 dia ☐ Mais de uma semana
☐ 2-3 dias ☐ Mais de um mês
☐ 4-7 dias ☐ Não consigo julgar/ não sei

8) Sentiu estes "períodos elevados" durante os últimos doze meses?

Sim ☐ Não ☐

9) Se sim,

Faça por favor uma estimativa dos dias que passou em "períodos elevados" durante os últimos doze meses:

Tendo todos em conta foram cerca de dias.

ANEXO 5. – Escala de Afecto Positivo e Negativo (1988)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sente cada uma das emoções, neste momento.

1 Nada ou muito ligeiramente 2 Um pouco 3 Moderadamente 4 Bastante
5 Extremamente

- ___ Interessado
- ___ Perturbado
- ___ Excitado
- ___ Atormentado
- ___ Agradavelmente Surpreendido
- ___ Culpado
- ___ Assustado
- ___ Caloroso
- ___ Repulsa
- ___ Entusiasmado
- ___ Orgulhoso
- ___ Irritado
- ___ Encantado
- ___ Remorsos
- ___ Inspirado
- ___ Nervoso
- ___ Determinado
- ___ Trémulo
- ___ Activo
- ___ Amedrontado

**ANEXO 6. – Inventário de Auto-avaliação de Ansiedade Estado e
Traço Forma Y (1983)**

STAI Forma Y-1

INSTRUÇÕES: Em baixo encontrará uma série de frases que algumas pessoas utilizaram para se descrever. Leia cada uma delas e então assinale com uma cruz (X) o número à direita que indica a **forma como se sente agora**, isto é, **neste momento**. Não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada frase, e dê a resposta que lhe pareça descrever melhor os seus sentimentos actuais.

	DE MODO ALGUM	UM POUCO	MODERA- DAMENTE	BASTANTE
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me pressionado	1	2	3	4
5. Sinto-me descansado	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. De momento estou demasiadamente preocupado com possíveis desgraças	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Sinto-me confortável	1	2	3	4
11. Sinto-me autoconfiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou trémulo	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou relaxado	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

STAI Forma Y-2

INSTRUÇÕES: Em baixo encontrará uma série de frases que algumas pessoas utilizaram para se descrever. Leia cada uma delas e então assinale com uma cruz (X) o número à direita que indica a **forma como geralmente se sente**. Não há respostas certas nem erradas. Não demore muito tempo com cada frase, e dê a resposta que lhe pareça descrever como se sente **geralmente**.

	QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	COM FREQUÊNCIA	QUASE SEMPRE
21. Sinto-me bem	1	2	3	4
22. Sinto-me nervoso e inquieto	1	2	3	4
23. Sinto-me satisfeito comigo próprio	1	2	3	4
24. Quem me dera ser tão feliz quanto os outros parecem ser	1	2	3	4
25. Sinto-me um falhado	1	2	3	4
26. Sinto-me tranquilo	1	2	3	4
27. Sou “calmo, seguro e confiante”	1	2	3	4
28. Sinto que as dificuldades se acumulam de um modo que não as consigo superar	1	2	3	4
29. Preocupo-me demais com coisas que de facto não têm importância	1	2	3	4
30. Sou feliz	1	2	3	4
31. Tenho pensamentos perturbadores	1	2	3	4
32. Falta-me autoconfiança	1	2	3	4
33. Sinto-me seguro	1	2	3	4
34. Tomo decisões facilmente	1	2	3	4
35. Sinto-me inadequado	1	2	3	4
36. Estou contente	1	2	3	4
37. Alguns pensamentos sem importância passam- me pela cabeça e isso incomoda-me	1	2	3	4
38. Levo as contrariedades tão a sério que não as consigo afastar do meu pensamento	1	2	3	4
39. Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
40. Fico num estado de tensão e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais	1	2	3	4

ANEXO 7. – Tabelas da Análise Estatística

BDI

Quadro 1.I. Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

	grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI	Grupo de Controlo	.134	15	.200(*)	.919	15	.187
	Bipolar	.145	15	.200(*)	.945	15	.443

* This is a lower bound of the true significance.

a Lilliefors Significance Correction

Quadro 1.II. Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
19.204	1	28	.000

Quadro 1.III. Teste de Mann-Whitney da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

Test Statistics(b)

	BDI
Z	-2.845
Asymp. Sig. (2-tailed)	.004

HCL-32

Quadro 3.I. Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

	grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
HCL32	Grupo de Controlo	.114	15	.200(*)	.975	15	.927
	Bipolar	.181	15	.200(*)	.938	15	.360

Quadro 3.II. Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.829	1	28	.370

Quadro 3.III. Teste Anova One-Way da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	672.133	1	672.133	28.613	.000
Within Groups	657.733	28	23.490		
Total	1329.867	29			

PANAS

Afecto Positivo

Quadro 4.I. Teste da normalidade da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

	grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS _positivo	Grupo de Controlo	.177	15	.200(*)	.931	15	.286
	Bipolar	.201	15	.106	.925	15	.232

Quadro 4.II. Teste da homogeneidade das variâncias da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.069	1	28	.310

Quadro 4.III. Teste Anova One-way da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	128.133	1	128.133	2.702	.111
Within Groups	1327.867	28	47.424		
Total	1456.000	29			

Afecto Negativo

Quadro 5.I. Teste da normalidade, da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

	grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
PANAS negativo	Grupo de Controlo	.240	15	.020	.773	15	.002
	Bipolar	.179	15	.200(*)	.918	15	.182

Quadro 5.II. Teste Wilcoxon-Mann-Whitney da comparação entre o grupo de sujeitos com perturbação bipolar com o grupo sem alterações psicopatológicas.

	PANAS_negativo
Z	-2.217
Asymp. Sig. (2-tailed)	.027

STAI forma Y

Quadro 6.I. Teste de Normalidade da comparação entre os resultados do STAI forma Y dos sub-testes de ansiedade estado e ansiedade traço no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas.

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
STAI_estado	.180	15	.200(*)	.854	15	.020
STAI_traco	.253	15	.010	.828	15	.009

Quadro 6.II. Teste Wilcoxon da comparação entre os resultados do STAI forma Y dos sub-testes de ansiedade estado e ansiedade traço no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas.

	STAI_traco - STAI_estado
Z	-.350(a)
Asymp. Sig. (2-tailed)	.726

Tarefa de Memória Autobiográfica

Acontecimentos evocados para cada palavra estímulo apresentada

Quadro 7.I. Teste de normalidade do total de acontecimentos evocados por palavra estímulo em ambos os grupos.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
alegria	Grupo de Controlo	.255	15	.010	.823	15	.007
	Bipolar	.253	15	.011	.761	15	.001
solidão	Grupo de Controlo	.253	15	.011	.761	15	.001
	Bipolar	.402	15	.000	.663	15	.000
chão	Grupo de Controlo	.396	15	.000	.651	15	.000
	Bipolar	.271	15	.004	.815	15	.006
tristeza	Grupo de Controlo	.319	15	.000	.737	15	.001
	Bipolar	.317	15	.000	.819	15	.007
simpatia	Grupo de Controlo	.276	15	.003	.872	15	.037
	Bipolar	.249	15	.013	.806	15	.004
cadeira	Grupo de Controlo	.258	15	.008	.882	15	0.050
	Bipolar	.258	15	.008	.822	15	.007
incolor	Grupo de Controlo	.340	15	.000	.758	15	.001
	Bipolar	.304	15	.001	.748	15	.001
sinceridade	Grupo de Controlo	.251	15	.012	.799	15	.004
	Bipolar	.371	15	.000	.780	15	.002
medo	Grupo de Controlo	.318	15	.000	.778	15	.002
	Bipolar	.215	15	.061	.805	15	.004
honestidade	Grupo de Controlo	.354	15	.000	.755	15	.001
	Bipolar	.283	15	.002	.801	15	.004
inveja	Grupo de Controlo	.327	15	.000	.682	15	.000
	Bipolar	.381	15	.000	.771	15	.002

água	Grupo de Controlo	.301	15	.001	.831	15	.009
	Bipolar	.254	15	.010	.887	15	.060
tempo	Grupo de Controlo	.271	15	.004	.833	15	.010
	Bipolar	.362	15	.000	.705	15	.000
maldade	Grupo de Controlo	.209	15	.076	.861	15	.025
	Bipolar	.274	15	.003	.796	15	.003
solidariedade	Grupo de Controlo	.352	15	.000	.809	15	.005
	Bipolar	.259	15	.008	.814	15	.006
doenças	Grupo de Controlo	.202	15	.101	.885	15	0.056
	Bipolar	.234	15	.027	.858	15	.022
lealdade	Grupo de Controlo	.397	15	.000	.710	15	.000
	Bipolar	.233	15	.027	.823	15	.007
caneta	Grupo de Controlo	.305	15	.001	.833	15	.010
	Bipolar	.352	15	.000	.809	15	.005
sapato	Grupo de Controlo	.340	15	.000	.758	15	.001
	Bipolar	.268	15	.005	.861	15	.025
felicidade	Grupo de Controlo	.242	15	.018	.828	15	.009
	Bipolar	.297	15	.001	.860	15	.025
egoísmo	Grupo de Controlo	.271	15	.004	.815	15	.006
	Bipolar	.288	15	.002	.783	15	.002
mentira	Grupo de Controlo	.340	15	.000	.836	15	.011
	Bipolar	.202	15	.101	.885	15	0.056
amor	Grupo de Controlo	.258	15	.008	.784	15	.002
	Bipolar	.253	15	.011	.816	15	.006
mesa	Grupo de Controlo	.258	15	.008	.881	15	.049
	Bipolar	.238	15	.022	.817	15	.006
parede	Grupo de Controlo	.292	15	.001	.849	15	.017
	Bipolar	.345	15	.000	.763	15	.001
inteligencia	Grupo de Controlo	.402	15	.000	.730	15	.001
	Bipolar	.283	15	.002	.712	15	.000
cinismo	Grupo de Controlo	.473	15	.000	.525	15	.000
	Bipolar	.303	15	.001	.702	15	.000
amizade	Grupo de Controlo	.300	15	.001	.592	15	.000
	Bipolar	.194	15	.135	.818	15	.006
dor	Grupo de Controlo	.338	15	.000	.667	15	.000
	Bipolar	.276	15	.003	.872	15	.037
janela	Grupo de Controlo	.431	15	.000	.675	15	.000
	Bipolar	.300	15	.001	.716	15	.000

Quadro 7.II. Teste de Wilcoxon Maan-Whitney do total de acontecimentos evocados por palavra estímulo em ambos os grupos.

	alegria	solidão	chão	tristeza	simpatia	cadeira	incolor
Z	-.464	-1.068	-.170	-1.373	-1.323	-.660	-.711
Asymp. Sig. (2-tailed)	.642	.285	.865	.170	.186	.509	.477

	sinceridade	medo	honestidade	inveja	água	tempo	maldade	solidariedade
Z	-.878	-.773	-.882	-.339	-.632	-.447	-.044	-1.089
Asymp. Sig. (2-tailed)	.380	.439	.378	.735	.528	.655	.965	.276

	doenças	lealdade	caneta	sapato	felicidade	egoísmo	mentira
Z	-.192	-.069	-.807	-1.082	-.810	-2.017	-.502
Asymp. Sig. (2-tailed)	.848	.945	.420	.279	.418	.044	.616

	amor	mesa	parede	inteligencia	cinismo	amizade	dor	janela
Z	-1.369	-1.536	-.530	-1.081	-.460	-.457	-.749	-1.410
Asymp. Sig. (2-tailed)	.171	.124	.596	.280	.645	.648	.454	.159

Quadro 7.III. Médias da palavra egoísmo no grupo de controlo e no grupo de sujeitos com perturbação bipolar.

	N	Mean
Grupo de Controlo	15	1.07
Bipolar	15	1.67
Total	30	1.37

Análise do total de acontecimentos evocados por grupo vs Análise do total de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa vs Análise do total de acontecimentos evocados relativamente a palavras estímulo positivas, negativas e neutras

Quadro 8.I. Análise da normalidade dos totais de acontecimentos evocados (positivos e negativos) e ao total de acontecimentos evocados com palavras de valência positiva, negativa e neutra.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)		
		Statistic	df	Sig.
total_acontecimentos_evocados_por_cada_sujeito	Grupo de Controlo	.190	15	.151
	Bipolar	.144	15	.200(*)
total_acontecimentos_negativos	Grupo de Controlo	.114	15	.200(*)
	Bipolar	.133	15	.200(*)
total_acontecimentos_positivos	Grupo de Controlo	.164	15	.200(*)
	Bipolar	.093	15	.200(*)
total_acontecimentos_com_palavras_positivas	Grupo de Controlo	.228	15	0.054
	Bipolar	.154	15	.200(*)
total_acontecimentos_com_palavras_negativas	Grupo de Controlo	.128	15	.200(*)
	Bipolar	.162	15	.200(*)
total_acontecimentos_com_palavras_neutras	Grupo de Controlo	.132	15	.200(*)
	Bipolar	.155	15	.200(*)

Quadro 8.II. Análise da homogeneidade da variância relativamente aos totais de acontecimentos evocados, ao total das valências dos acontecimentos evocados (positiva e negativa) e ao total de acontecimentos evocados com palavras de valência positiva, negativa e neutra.

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
total_acontecimentos_evocados_por_cada_sujeito	.000	1	28	.997
total_acontecimentos_negativos	.482	1	28	.493
total_acontecimentos_positivos	.583	1	28	.451
total_acontecimentos_com_palavras_positivas	.074	1	28	.787
total_acontecimentos_com_palavras_negativas	.010	1	28	.921
total_acontecimentos_com_palavras_neutras	.383	1	28	.541

Quadro 8.III. Teste Anova One-way relativamente aos totais de acontecimentos evocados, ao total das valências dos acontecimentos evocados (positiva e negativa) e ao total de acontecimentos evocados com palavras de valência positiva, negativa e neutra.

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
total_acontecimentos_evocados_por_cada_sujeito	Between Groups	10.800	1	10.800	.071	.792
	Within Groups	4256.667	28	152.024		
	Total	4267.467	29			
total_acontecimentos_negativos	Between Groups	187.500	1	187.500	3.789	.062
	Within Groups	1385.467	28	49.481		
	Total	1572.967	29			
total_acontecimentos_positivos	Between Groups	307.200	1	307.200	4.653	.040
	Within Groups	1848.667	28	66.024		
	Total	2155.867	29			
total_acontecimentos_com_palavras_positivas	Between Groups	.300	1	.300	.010	.921
	Within Groups	839.867	28	29.995		
	Total	840.167	29			

total_acontecimentos_ com_palavras_negativas	Between Groups	.833	1	.833	.038	.846
	Within Groups	606.533	28	21.662		
	Total	607.367	29			
total_acontecimentos_ com_palavras_neutras	Between Groups	6.533	1	6.533	.296	.591
	Within Groups	617.333	28	22.048		
	Total	623.867	29			

Análise do total de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa

Quadro 9.I. Teste de esfericidade de Mauchly dos totais de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas.

Within Subjects Effect	Sig.
AcontPosvsNeg	0.234

Quadro 9.II. Teste Medições Repetidas dos totais de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa no grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas.

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AcontPosvsNeg	Sphericity Assumed	4.033	1	4.033	.137	.717
	Greenhouse-Geisser	4.033	1.000	4.033	.137	.717
	Huynh-Feldt	4.033	1.000	4.033	.137	.717
	Lower-bound	4.033	1.000	4.033	.137	.717
Error(AcontPosvs Neg)	Sphericity Assumed	411.467	14	29.390		
	Greenhouse-Geisser	411.467	14.000	29.390		
	Huynh-Feldt	411.467	14.000	29.390		
	Lower-bound	411.467	14.000	29.390		

Quadro 9.III. Teste de esfericidade de Mauchly dos totais de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa no grupo de sujeitos com perturbação bipolar.

Within Subjects Effect	Sig.
AcontPosvsNeg	0.397

Quadro 9.IV. Teste Anova Medições Repetidas dos totais de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa no grupo de sujeitos com perturbação bipolar.

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AcontPosvsNeg	Sphericity Assumed	853.333	1	853.333	17.348	.001
	Greenhouse-Geisser	853.333	1.000	853.333	17.348	.001
	Huynh-Feldt	853.333	1.000	853.333	17.348	.001
	Lower-bound	853.333	1.000	853.333	17.348	.001
Error(AcontPosvs Neg)	Sphericity Assumed	688.667	14	49.190		
	Greenhouse-Geisser	688.667	14.000	49.190		
	Huynh-Feldt	688.667	14.000	49.190		
	Lower-bound	688.667	14.000	49.190		

Quadro 9.V. Média de acontecimentos evocados de valência positiva e negativa nos sujeitos bipolares.

	Mean	N
total_acontecimentos_negativos	27.53	15
total_acontecimentos_positivos	16.87	15

Quadro 10.I. Teste de esfericidade de Mauchly relativamente aos totais de acontecimentos evocados positivos e negativos dos sujeitos sem alterações psicopatológicas.

Within Subjects Effect	Sig.
AcontPalav	.974

Quadro 10.II. Teste Anova de Medições repetidas relativamente aos totais de acontecimentos evocados positivos e negativos dos sujeitos sem alterações psicopatológicas.

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AcontPalav	Sphericity Assumed	112.533	2	56.267	4.327	.023
	Greenhouse- Geisser	112.533	1.992	56.492	4.327	.023
	Huynh-Feldt	112.533	2.000	56.267	4.327	.023
	Lower-bound	112.533	1.000	112.533	4.327	0.056
Error(AcontPalav)	Sphericity Assumed	364.133	28	13.005		
	Greenhouse- Geisser	364.133	27.888	130.057		
	Huynh-Feldt	364.133	28.000	13.005		
	Lower-bound	364.133	14.000	26.010		

Quadro 11.I. Teste de esfericidade de Mauchly relativamente aos totais de acontecimentos evocados positivos e negativos dos sujeitos com perturbação bipolar.

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	Sig.
AcontPalav	.748	3.774	2	.152

Análise do total de acontecimentos evocados relativamente a palavras estímulo positivas, negativas e neutras

Quadro 10.III. Teste de Medições repetidas de Bonferroni aos totais de acontecimentos evocados perante palavras estímulo positivas, negativas e neutras dos sujeitos sem alterações psicopatológicas.

AcontPalav	Dependent Variable
1	total_acontecimentos_com_palavras_positivas
2	total_acontecimentos_com_palavras_negativas
3	total_acontecimentos_com_palavras_neutras

(I) AcontPalav	(J) AcontPalav	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.(a)
1	2	-2.133	1.291	.362
	3	1.733	1.357	.667
2	1	2.133	1.291	.362
	3	3.867(*)	1.302	.030
3	1	-1.733	1.357	.667
	2	-3.867(*)	1.302	.030

Quadro 11.II. Teste Anova de Medições repetidas relativamente aos totais de acontecimentos evocados perante palavras estímulo positivas, negativas e neutras dos sujeitos com perturbação bipolar.

Source		Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
AcontPalav	Sphericity Assumed	197.733	2	98.867	6.870	.004
	Greenhouse-Geisser	197.733	1.598	123.775	6.870	.007
	Huynh-Feldt	197.733	1.771	111.661	6.870	.005
	Lower-bound	197.733	1.000	197.733	6.870	.020
Error(AcontPalav)	Sphericity Assumed	402.933	28	14.390		
	Greenhouse-Geisser	402.933	22.365	18.016		
	Huynh-Feldt	402.933	24.792	16.253		
	Lower-bound	402.933	14.000	28.781		

Quadro 11.III. Teste de Medições repetidas de Bonferroni relativamente aos totais de acontecimentos evocados perante palavras estímulo positivas, negativas e neutras dos sujeitos com perturbação bipolar.

(I) AcontPalav	(J) AcontPalav	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.(a)
1	2	-2.667	1.692	.412
	3	2.467	1.268	.216
2	1	2.667	1.692	.412
	3	5.133(*)	1.133	.001
3	1	-2.467	1.268	.216
	2	-5.133(*)	1.133	.001

AcontPalav	Mean
1	14.733
2	17.400
3	12.267

Análise da estrutura dos acontecimentos evocados

Quadro 12.I. – Teste de Normalidade da estrutura das memórias autobiográficas evocadas em ambos os grupos.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totais_memórias categóricas	Grupo de Controlo	.127	15	.200(*)	.941	15	.390
	Bipolares	.170	15	.200(*)	.935	15	.323

Quadro 12.II. – Teste de Homogeneidade das variâncias da estrutura das memórias autobiográficas evocadas em ambos os grupos.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
12.541	1	28	.001

Quadro 12.III. – Teste de Wilcoxon-Mann-Whitney da estrutura das memórias autobiográficas evocadas em ambos os grupos.

	totais_memória s_categóricas
Z	-4.675
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

	N	Mean
Grupo de Controlo	15	12.00
Bipolares	15	34.67
Total	30	23.33

Quadro 13.I. – Análise da Normalidade das memórias alargadas em ambos os grupos.

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totais_ memórias alargadas	Grupo de Controlo	.118	15	.200(*)	.943	15	.427
	Bipolares	.163	15	.200(*)	.927	15	.245

Quadro 13.II – Análise da homogeneidade das variâncias das memórias alargadas em ambos os grupos.

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
7.803	1	28	.009

Quadro 13.III. – Teste Wilcoxon-Mann-Whitney das memórias alargadas em ambos os grupos.

	totais_memórias_alargadas
Z	-4.548
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

	N	Mean
Grupo de Controlo	15	33.13
Bipolares	15	9.73
Total	30	21.43

Quadro 14.I. – Teste de Normalidade entre os totais de memórias categóricas e alargadas entre o grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e o grupo de sujeitos bipolares.

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totais_memórias_alargadas	.118	15	.200(*)	.943	15	.427
totais_memórias_categóricas	.127	15	.200(*)	.941	15	.390

Quadro 14.II. – Teste T-Student entre os totais de memórias categóricas e alargadas entre o grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas e o grupo de sujeitos bipolares.

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	totais_memórias_categóricas - totais_memórias_alargadas	-6.437	14	.000

		Mean	N
Pair 1	totais_memórias_categóricas	12.00	15
	totais_memórias_alargadas	33.13	15

Quadro 15.I. - Teste de Normalidade entre os totais de memórias categóricas e alargadas no grupo de sujeitos bipolares.

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totais_memórias_alargadas	.163	15	.200(*)	.927	15	.245
totais_memórias_categóricas	.170	15	.200(*)	.935	15	.323

Quadro 15.II. – Teste T-Student sobre os totais de memórias categóricas e alargadas no grupo de sujeitos bipolares.

		t	df	Sig. (2-tailed)
Pair 1	totais_memórias_categóricas - totais_memórias_alargadas	10.232	14	.000

ANEXO 8. – Revisão de Literatura

A Perturbação Bipolar

“Estou tão cheio de música e tão transbordante de melodia que acho completamente impossível escrever seja o que for.”

Robert Shumann. In Perturbação Bipolar: Guia para doentes e suas famílias

A perturbação bipolar é uma perturbação do humor não homogénea, cuja definição se encontra em constante modificação. Actualmente engloba um espectro de perturbações do humor, relacionadas com a depressão, mas que envolvem diversos graus de agitação, euforia, impulsividade, irritabilidade e ideação psicótica (Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington & Gyulai, 2003). Para Akiskal (2004) a doença bipolar é definida como um “continuum” variável, sendo que 4-5% da população pode ser agrupada num espectro bipolar de definição mais alargada. Recentemente, e de acordo com Rihmer e Angst (2005), numa análise epidemiológica é abrangida 2.6 a 7.6 da população mundial.

As hipóteses causais da perturbação bipolar (Newman et al., 2003) são variadas. Revela-se assim maioritariamente importante, segundo os autores, uma visão integrativa da doença: (a) Existe uma predisposição genética relacionada com uma vulnerabilidade neurológica, na qual não nos iremos focalizar. Sinalizamos contudo a ideia de Miklowitz (2001) de que os familiares em primeiro grau de pessoas com perturbação bipolar têm uma maior probabilidade de desenvolver a perturbação e a de que a presença da perturbação em ambos os progenitores representa um risco aumentado; (b) A existência de um nível crítico de stress, incluindo problemas familiares, ou seja, o nível de *emoção expressa* é considerado por Miklowitz (2001), como tendo um efeito provocador dos episódios. Os acontecimentos negativos segundo estes autores, conjuntamente com uma maior activação do sistema comportamental despoletariam a mania, enquanto que a falta de suporte social e uma baixa auto-estima seriam factores predisponentes a episódios depressivos da perturbação bipolar. Contudo, de acordo outros autores (Johnson, Sandrow, Meyer, Winters, Millerm Solomon & Keitner, 2000) a ocorrência de acontecimentos relacionados com os objectivos do

indivíduo promovem o aparecimento de sintomas maníacos; e (c) A vulnerabilidade cognitiva encontra-se relacionada com o estilo cognitivo do sujeito. A variável mediadora entre o acontecimento stressor e as manifestações de perturbação bipolar, é de acordo com Newman et al.(2003) o estilo cognitivo do indivíduo, acerca do qual nos pronunciaremos, com maior profundidade ao longo do trabalho.

O conceito de doença maníaco-depressiva foi primeiramente introduzido por Kraepelin (1899, cit. por Mondimore, 1999), que a categorizou como pertencendo a um grupo periódico que conteria perturbações do humor, sugerindo que a mania e a depressão consistiam em expressões de uma única perturbação. Actualmente esta perturbação subdivide-se de acordo com o D.S.M. IV-TR (2000) em: (a) perturbação bipolar I; (b) perturbação bipolar II; (c) perturbação ciclotímica; e (d) perturbação bipolar sem outra especificação. Para a realização deste trabalho iremos centrar-nos numa caracterização mais detalhada dos dois subtipos bipolar I e bipolar II.

A perturbação bipolar I é a designação da variante da perturbação caracterizada por episódios completos de mania e por episódios depressivos graves que provocam alterações negativas nos relacionamentos sociais e ocupacionais do indivíduo. A prevalência populacional desta perturbação é de 0,4%-1.6% e a idade média de início da perturbação é de vinte anos (DSM IV-TR, 2000).

Alguns estudos epidemiológicos indicam que esta perturbação tem taxas de incidência aproximadamente iguais em ambos os sexos. É reconhecida contudo, a existência de um padrão familiar genético, em que os familiares de primeiro grau de sujeitos com perturbação bipolar I apresentam uma percentagem elevada da ocorrência da mesma (4%-24%).

Na perturbação bipolar I, a entrada num estado depressivo ou misto consiste num factor precipitante à ideação e tentativa suicida, sendo que a consumação ocorre em 10% a 15% dos casos, (DSM IV-TR, 2000).

A perturbação bipolar II é caracterizada pela ocorrência de episódios de depressão major e de episódios de hipomania. Esta perturbação parece incidir particularmente no sexo feminino, e na população geral com uma percentagem de 0,5%. Os sujeitos com este tipo de perturbação recebem com frequência e erroneamente, o diagnóstico de perturbação depressiva, não sendo tratados para a perturbação bipolar.

O estado de hipomania apresenta semelhanças com o estado de mania, sendo os seus sintomas e consequências de menor gravidade a nível da desorientação e da agitação. Segundo Miklowitz (2001) os sintomas hipomaniacos têm uma duração reduzida, não tendo tanto impacto na vida social e ocupacional.

De acordo com Stakowski e DelBello (2000) a perturbação bipolar apresenta uma elevada comorbilidade com o abuso de álcool e de outras substâncias (15%), sendo esta relação muito prejudicial. Sonne et al.(1994) referem que os sujeitos bipolares que abusam do álcool, ou de outras drogas, apresentam duas vezes mais hospitalizações do que pacientes bipolares não abusadores. Existem outras doenças mentais que apresentam uma associação à perturbação bipolar, nomeadamente a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, perturbações de personalidade, a perturbação de hiperactividade com défice de atenção, a perturbação de pânico e a fobia social.

Na perturbação bipolar a tendência crónica à ideação suicida reflecte de acordo com Newman et al.(2003) e Young (1990) um pensamento rígido e um pensamento auto-referente estereotipado pejorativamente, através de esquemas maladaptados.

Alguns sujeitos bipolares experimentam também episódios mistos, sofrendo de sintomas simultâneos de um episódio de depressão major e de mania no mesmo dia, (Calabrese, Fatemi, Kujawa, & Woyshville, 1996, cit. Por Miklowitz, 2001).

Na perturbação bipolar existe uma tendência à recorrência dos episódios, que cresce de acordo com os episódios prévios, segundo Kessing (1998).

Recorrendo a Akiskal (2004) completamos a definição da perturbação bipolar com as seguintes variações: (a) bipolar $\frac{1}{2}$, encontrada em sujeitos severamente psicóticos, mas também em sujeitos esquizo-bipolares cíclicos e psicoses puerperais; (b) bipolar II $\frac{1}{2}$, como uma variante menos estável da bipolar II, de episódios de hipomania curtos facilmente confundíveis com perturbação de personalidade histriónica e borderline; (c) bipolar III, em que a hipomania é desenvolvida através do tratamento antidepressivo; (d) bipolar IV reservado a sujeitos clinicamente deprimidos de base hipertímica e definidos com frequência como de personalidade narcísica.

O prognóstico desta perturbação difere consoante o seu subtipo e o próprio indivíduo (Newman et al., 2003): (a) a perturbação não entra em remissão de forma espontânea; (b) é necessária uma intervenção farmacológica, pelo menos conjuntamente

com outras formas de tratamento; (c) existe uma tendência a agravamento ao longo do tempo se o tratamento for negligenciado, atrasado, interrompido ou se sofrer a interferência de drogas. Um bom prognóstico inclui longos períodos de tempo entre os episódios depressivos e maníacos, episódios estes de menor duração e com poucos sintomas, assim como a não existência de alterações de humor ou do comportamento.

De acordo com Akiskal (2004) “A elevada prevalência do espectro bipolar na comunidade sugere que os traços de bipolaridade possam ter conferido alguma vantagem evolutiva” (p. 173). Entre as funções adaptativas associadas aos traços temperamentais envolvidos encontra-se a capacidade de assumir riscos, de exploração, de territorialidade, de liderança, de criatividade, e de sucesso nas relações interpessoais e românticas.

Terapia Cognitiva da Perturbação Bipolar

Para apresentarmos o modelo cognitivo da perturbação bipolar de Newman et al. (2003), iremos referir-nos frequentemente ao modelo de depressão preconizado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979). De acordo com Scott (2001) a adaptação dos dois modelos enunciados é aplicável, para uma compreensão da perturbação bipolar.

As alterações de humor e actividade apresentam, como foi referido anteriormente, uma continuidade, do estado normal ao estado patológico, que pode ser caracterizada conforme a duração, severidade e congruência com a qualidade e intensidade dos acontecimentos vividos (Angst, 2006). A perturbação bipolar é considerada preferencialmente na actualidade como uma perturbação do humor, em detrimento de uma *perturbação afectiva*, tendo como consequência uma desvalorização do aumento de actividade e energia.

Stone (1997) considera importante a estabilidade da terminologia do conceito de *afecto*, sugerindo-a para a caracterização de estados emocionais mais curtos e o humor para estados emocionais mais duradouros. De acordo com Billings, Folkman, Acree e Moskowitz (2000) o afecto pode ser constituído por duas dimensões principais, nomeadamente positiva e negativa, sendo que as pessoas também podem manifestar níveis de afecto positivo significativamente elevados em situações extremas de stress em doenças mentais crónicas.

Newman et al. (2003) consideram que a perturbação bipolar constitui uma perturbação afectiva. Desta forma a teoria subjacente à terapia cognitiva sugere que as manifestações fisiológicas e emocionais presentes nesta psicopatologia não possam ser explicadas apenas pela presença de acontecimentos negativos na vida do indivíduo. Estes autores colocam assim a hipótese, de que os factores cognitivos apresentem uma função importante para o desenvolvimento dos sintomas e que não consistam meramente em sinais periféricos, com que concordamos.

Alguns estudos confirmam a hipótese de vulnerabilidade cognitiva na depressão unipolar (Abramson, Alloy & Metalsky, 1995, cit. por Cláudio, 2004; Roberts & Kassel, 1996, cit. por Cláudio, 2004). Contudo, poucos estudos foram realizados para analisar o padrão cognitivo como factor importante para a ocorrência de mania ou

hipomania. Alloy, Reilly-Harrington, Fresco, Whitehouse e Zechmeister (1999) sugerem que os sujeitos com perturbação bipolar em episódios de mania ou hipomania continuem a ter um estilo cognitivo negativo. Beck et al.(1979) consideram que “ os resultados são consistentes com a ideia conceptual de que os estados hipomaniacos e maníacos dos sujeitos bipolares são uma defesa contra as suas crenças de base verdadeiras negativas” (p.16). Segundo os mesmos autores, citando Winters e Neale (1985) a mania está relacionada com a baixa auto-estima, apesar dos pacientes não a evidenciarem em inventários de autoavaliação.

Algumas investigações têm encontrado enviesamentos cognitivos semelhantes na depressão e na perturbação bipolar, nomeadamente as atribuições internas causais, pensamentos extremistas, sensibilidade a sinais que indiquem falha pessoal ou rejeição interpessoal (Lam, Bright, Jones, Hayward, Schuck, Chisholm & Sham, 2000). O sujeito bipolar apresenta contudo, uma alteração da valência do pensamento, que não é encontrada na depressão.

Como a terapia cognitiva de Beck et al. (1979) da depressão, a teoria do mesmo autor e colaboradores da perturbação bipolar (2003) relaciona os esquemas cognitivos com a percepção dos acontecimentos, ou seja, a experiência do sujeito é mais uma vez, considerada subjectiva. Os esquemas mais profundos, ou traços cognitivos, influenciam assim o processamento de informação, sobrevalorizando conteúdos coerentes com o esquema.

A teoria cognitiva da depressão de Beck et al. (1979) refere que o sujeito depressivo distorce a nível cognitivo as suas experiências de forma negativa e sistemática, apresentando uma visão global negativa de si mesmo, do mundo e do futuro. Este modelo cognitivo postula três conceitos importantes para a compreensão do funcionamento psicológico subjacente à depressão, nomeadamente, a *tríade cognitiva*, os esquemas e os erros cognitivos.

De acordo com Cláudio (2004) o modelo dimensional de Beck et al.(1979) apresenta uma visualização da depressão com que concordamos, enquanto resultante de características cognitivas, comportamentais e emocionais também encontradas nos sujeitos sem alterações psicopatológicas, mas de continuidade extremada.

De acordo com esta teoria os padrões cognitivos quando activados induzem os sintomas característicos da depressão. Neste sistema, a interacção é de carácter cíclico, onde a crença de rejeição leva a um efeito negativo. Assim, segundo Beck et al. (1979)

os padrões motivadores surgem como consequências de cognições negativas. Os sintomas físicos de depressão, como a apatia e a diminuição de energia, estão assim relacionados com a crença de fracasso e de inutilidade do indivíduo.

Para uma compreensão estrutural do pensamento depressivo e da perturbação bipolar revela-se de maioritária importância o conceito de esquema. Beck et al.(1979) enfatizou a importância dos esquemas na depressão e forneceu a seguinte definição deste conceito:

O esquema é a estrutura cognitiva para a separação, diferenciação e codificação dos estímulos que chegam ao organismo. Na base deste conceito de esquema, o indivíduo é capaz de orientar-se temporal e espacialmente e de categorizar e interpretar experiências (p.26).

Segundo Clark, Beck e Alford (1999) os esquemas orientadores do indivíduo apresentam constructos cuja função é a detecção dos estímulos. De acordo com estes autores, os esquemas são activados perante uma situação desencadeante. Para Cláudio (2004) estes encontram-se relacionados com as diversas fases do processamento de informação e são a referência da extracção, diferenciação e codificação dos estímulos referentes ao acontecimento vivido, constituindo padrões estáveis internos, uma estrutura cognitiva.

Segundo a teoria referida, os esquemas poderiam ser agrupados consoante o seu conteúdo, em três secções (Cláudio, 2004):

1. Nível de esquema simples, constituído por esquemas de objectos ou por ideias específicas sobre características físicas ou sociais do meio;
2. Nível intermédio de regras, crenças e assumpções, que demonstram a avaliação do indivíduo sobre si mesmo (i.e. auto-referentes) e sobre os outros (i.e. hetero-referentes). Neste nível encontra-se uma subclasse de crenças, sendo que estas podem assumir três tipos diferentes: (a) Regras condicionais como “Se...então”; (b) Crenças imperativas onde está presente a necessidade do dever de uma realização, que será determinante para a realização dos objectivos do sujeito; (c) Crenças compensatórias, de funcionamento automático e desadaptado, referentes às estratégias utilizadas relacionadas do funcionamento psicopatológico, não concorrente a respostas adaptadas e de carácter primário;

3. As crenças expressas na forma de afirmações absolutas relativas ao self e generalizáveis, que constituem um dos factores mais importantes do autoconceito do sujeito.

A tríade cognitiva consiste segundo Beck et al. (1979) em três padrões cognitivos principais que influenciam a classificação negativa do self, de forma desvalorizada, as suas experiências do mundo, como realizando solicitações inalcançáveis e obstáculos insuperáveis, de forma idiossincrática, prevalecendo um enviesamento cognitivo, auto-referente e atitudes desajustadas e rígidas. Esta tríade cognitiva consistiria num factor de vulnerabilidade à depressão e à perturbação bipolar.

O indivíduo deprimido tenderia assim a atribuir de acordo com Beck et al. (1979) os acontecimentos desagradáveis ocorridos a características pessoais, morais ou físicas negativas que o impediriam de obter felicidade. O sujeito tende assim a criticar-se e subestimar-se, havendo uma diminuição da auto-estima. A tríade cognitiva apresenta como segundo componente o padrão de interpretação das experiências vividas de forma negativa e da percepção do mundo como um local hostil e com obstáculos insuperáveis, para o atingir dos seus objectivos valorizados. As interacções com o meio demonstrariam a ideia de derrota e privação, ocorrendo interpretações falsas e negativas, não tomando em conta as alternativas plausíveis. O terceiro componente desta tríade verifica-se na visão negativa do futuro do sujeito, onde são antecipadas possíveis dificuldades nas projecções a longo prazo.

Para os sujeitos com depressão e com perturbação bipolar estas características são inflexíveis e não questionáveis, o que levam à permanência do processo.

Os esquemas são activados segundo Clark et al.(1999) por acontecimentos externos ao sujeito, ou por outros esquemas. O indivíduo, segundo Beck et al. (1979), refere-se de forma selectiva a acontecimentos específicos, combinando-os num padrão e conceptualizando a informação. O sujeito tende a ser coerente na forma de conceptualização de situações, assim, os padrões cognitivos tornam-se estáveis, formando uma base de regularidade para a interpretação de conjuntos específicos de situações. De acordo com Cláudio (2004), pode desta forma acontecer que os esquemas se tornem *hipervalentes*, ou seja, que ocorra facilmente a activação e o acesso rápido, influenciando o processamento de informação. Os esquemas fazem com que a informação nova se sujeite à estrutura preexistente.

De acordo com Beck et al. (1979), os esquemas funcionam como uma base cognitiva da informação, com que o sujeito é confrontado para categorizar e avaliar as suas experiências, através de uma matriz. Os temas utilizados determinam a representação das suas experiências, podendo os esquemas permanecer inactivos por um período de tempo e serem activados através de dados e informação do meio. O acesso do sujeito a um esquema apropriado fica perturbado perante a intromissão de esquemas disfuncionais, activáveis por um maior número de estímulos.

Clark et al. (1999) referem que os pensamentos negativos na depressão estão relacionados com o aumento da importância dos aspectos negativos referidos ao self e também com a diminuição dos positivos, assim como com a personificação da culpa pela ocorrência de acontecimentos negativos.

Na depressão, os esquemas estão associados ao esquema primitivo automático e podem ser definidos por Clark et al. (1999) como:

1. Esquemas conceptuais, responsáveis pelas etapas de processamento de informação e pela visão da realidade do sujeito. Estes são responsáveis pela selecção, armazenamento, procura e interpretação da informação, condicionando as inferências e as interpretações da realidade. Estes esquemas permitem distinguir as preocupações de natureza auto-referente e preocupações hetero-referentes. Na depressão, este esquema primitivo estaria relacionado com a percepção do indivíduo de ameaça de perda, ou de perda real;
2. Esquemas afectivos que se relacionam com os sentimentos e afectos do sujeito, que se revelam de importância vital. Na depressão este esquema afectivo surge no formato de tristeza ou de alteração de humor;
3. Esquemas fisiológicos, relacionados com funções fisiológicas e de sobrevivência. Na depressão está presente um esquema fisiológico de estado perceptível de cansaço;
4. Esquemas de comportamento, relacionados com a disposição face a situação de resposta. Na depressão estes esquemas evidenciam a perda de actividade e a necessidade de isolamento;
5. Esquemas motivacionais, associados a estratégias e respostas do comportamento. Estes esquemas conjuntamente com o processo de socialização, apresentam-se como determinantes para os valores, objectivos e expectativas do sujeito. Na depressão estes esquemas estão relacionados com a perda de prazer e de objectivos e com uma sensação de desprotecção e de desamparo.

Segundo Segal e Vella (1990, cit. por Cláudio, 2004) o esquema depressivo é constituído por representações da memória semântica, de auto-descrições e auto-atribuições. Quando uma destas representações é activada vai desencadear a activação de outras, originando o processo de manutenção de autoavaliação.

O processamento de informação não pode ser reduzido apenas ao uso de um esquema. De acordo com Clark et al.(1999) existem *modos*, que constituem conjuntos de esquemas, com uma representação de significado mais abrangente: “O modo é um cluster específico de esquemas cognitivo-conceptuais afectivos, fisiológicos, comportamentais e motivacionais interrelacionados e organizados para lidar com solicitações particulares do organismo.” (p.88). Para Beck et al. (2003) os modos produzem respostas aos acontecimentos, funcionando internamente como um mecanismo que provoca a implementação de objectivos.

De acordo com Scott (2001) na perturbação bipolar, os modos seriam activados por acontecimentos externos ou internos, activando simultaneamente memórias congruentes. O esquema cognitivo possibilita as condições necessárias para a activação do modo, que expande a informação por outros modos. Da mesma forma quando o modo relevante é activado, origina uma activação do esquema. Quando o sujeito se encontra num modo depressivo, maníaco, ou hipomaniaco o esquema orientador precisa de menos evidências para realizar a ligação.

De acordo com Newman et al. (2003), na perturbação bipolar presencia-se a existência da tríade cognitiva também característica da depressão, e a presença de considerações e esquemas que comprometem as percepções individuais.

Young preconizou na sua teoria dos esquemas (1990), concordante com Beck et al. (1979), que a criança desenvolve a partir das suas relações com as figuras prestadoras de cuidados, esquemas precoces desadaptados, que são elaborados ao longo da sua vida, e que funcionam como base para a sua relação com o meio envolvente de forma disfuncional.

Os esquemas precoces maladaptados poderiam ser caracterizados como (Young, Weinberger & Beck, 2001): (i) verdades à priori sobre o próprio e sobre o meio; (ii) resistência do self à mudança; (iii) disfuncionais; (iv) despoletados por mudanças no meio; (v) relacionados com níveis elevados de afecto quando activados; (vi) resultantes

da interacção do temperamento da criança e de experiências disfuncionais para o desenvolvimento com os prestadores de cuidados.

Os esquemas precoces maladaptados, de acordo com Young (1990) podem ser agrupados hierarquicamente em seis áreas. Na revisão da sua teoria segundo Young, Weinberger e Beck (2001) os esquemas são apresentados contudo em apenas cinco áreas:

1. Área da Separação/Rejeição, que se relaciona com as expectativas negativas do indivíduo perante a satisfação das suas necessidades de segurança, empatia, partilha de sentimentos, aceitação e respeito. Nesta área encontram-se cinco esquemas precoces: abandono/instabilidade – é percebida uma instabilidade ou desconfiança nas pessoas prestadoras de cuidados para o fornecimento de suporte na relação; abuso/desconfiança – existe a expectativa de que os outros irão magoar, humilhar, mentir, manipular ou aproveitar-se do sujeito. Envolve também a percepção de malícia e negligência; privação emocional – expectativa de que não existirá uma resposta de suporte emocional suficiente da parte do outro; deficiência/ vergonha – o sentimento de fraqueza, desprezo e inferioridade, que assumem o significado de não ser amado; isolamento social/ alienação – sentimento de estar isolado do mundo e de ser diferente das outras pessoas.

2. Área de enfraquecimento da autonomia e do desempenho, surge associada às expectativas do sujeito perante si próprio na relação com o meio. Esta área engloba quatro esquemas: dependência/incompetência – crença de não ser amado e cuidado nas responsabilidades diárias de forma autêntica, sem a presença de ajuda exterior; vulnerabilidade ao prejuízo ou doença – envolve medos exagerados de catástrofes eminentes, súbitas e não evitáveis pelo próprio; dependência emocional – o sujeito necessita de um envolvimento emocional excessivo para se sentir bem; Insucesso na realização – crença do sujeito na sua falha constante e na sua inadequação em áreas de objectivos pessoais.

3. Área de enfraquecimento dos limites – existe pouca definição dos limites internos, da responsabilidade para com os outros e no estabelecimento de promessas e de objectivos realistas: Ignorar o direito do outro – a crença do sujeito na sua superioridade e no seu direito a privilégios, onde não se observam as regras da reciprocidade na interacção; Défice no auto-controlo/ disciplina – pouca tolerância do sujeito à frustração face aos objectivos assumidos e dificuldade na gestão da expressão das emoções e dos impulsos.

4. Área de redução da auto-expressão – relacionada com a focalização excessiva do sujeito nos desejos e sentimentos do outro, à custa das suas necessidades, de forma a obter amor e a aprovação, mantendo o sentimento de relação e evitando a retaliação: Subjugação – o indivíduo acredita que deve secundarizar os seus desejos em função dos outros; Auto-sacrifício – focalização excessiva na satisfação das necessidades do outro, à custa da gratificação própria; Procura de aprovação e de reconhecimento – ênfase excessiva na necessidade de obtenção de reconhecimento e atenção dos outros, através de uma posição, aceitação social, dinheiro ou da aparência.

5. Vigilância Excessiva Inibição – é colocada a ênfase na supressão dos sentimentos espontâneos, dos impulsos e das escolhas, através de regras internas rígidas sobre a performance do sujeito e o seu comportamento ético: Negativismo/pessimismo – existe uma focalização nos aspectos negativos da vida e uma negligência dos aspectos positivos; Inibição emocional – contenção da acção espontânea, dos sentimentos ou da comunicação; Objectivos irrealistas/ hipercrítica – crença na necessidade de criação de objectivos como forma de evitar a crítica; punição – a crença do sujeito de que deverá ser punido devido aos seus erros.

Segundo Young (1990) os pensamentos automáticos negativos seriam explicados pela acção dos esquemas, na forma de enviesamentos no processamento da informação. Para Beck et al. (1979) na depressão, o processamento da informação da realidade, que está em constante avaliação, será representado de acordo com as características do indivíduo. De acordo com Cláudio (2004) a representação da realidade seria uma construção individual e no caso da depressão o enviesamento seria dirigido contra o sujeito.

Beck et al. (1979) consideram que as experiências do sujeito são estruturadas de forma relativamente primitiva, havendo uma tendência a avaliações globais, extremadas, negativas, categóricas, absolutas e arbitrárias. Entre os erros sistemáticos no pensamento depressivo encontramos: (i) a inferência arbitrária, que se refere ao processo de chegada a uma conclusão específica, mesmo não existindo provas suficientes para a sustentar, ou quando estas se apresentam contrárias; (ii) A abstracção selectiva, onde o sujeito se focaliza num detalhe do contexto e ignora todos os outros aspectos da situação, conceptualizando a realidade apenas de acordo com esse fragmento; (iii) a hipergeneralização, referente ao padrão segundo o qual o sujeito chega a uma conclusão generalista com base em factos isolados, sendo esta informação aplicada a situações não relacionadas com o incidente; (iv) o exagero e a minimização,

evidentes nos erros de avaliação do significado de um acontecimento na forma de distorções; (v) a personalização, onde se observa uma tendência a procurar relações entre acontecimentos externos, não sendo evidente uma base para o estabelecimento de uma relação; (vi) e por último o pensamento absolutista e dicotómico, em que existe uma propensão para experiências em categorias opostas e extremadas.

Na perturbação bipolar, durante a fase depressiva são activados esquemas de valência negativa, direccionando a evocação de memórias no sentido de pensamentos de perda e rejeição e focalizando a atenção actual na possibilidade de falha. Na fase maníaca os esquemas de valência positiva ficam activos, existindo uma selecção de respostas não adaptadas e de comportamentos desinibidos, que tendem a propiciar decisões problemáticas para o sujeito. A valência dos esquemas activados em sujeitos bipolares parece variar de acordo com o estado sintomático no momento de avaliação (Abramson, Alloy, Neeren & Walshaw, 2006).

Iremos continuar a análise do desenvolvimento dos esquemas de acordo com Young (1990), para compreendermos a sua actuação na perturbação bipolar.

As primeiras experiências na infância permitem que a criança chegue a conclusões sobre si mesma, sobre o mundo e sobre a sua relação com ele, de forma a conseguir realizar abstracções, sobre o que não pode ser directamente observável. Neste contexto, revela-se da maior importância que estas conclusões sejam elaboradas num ambiente seguro, que contudo, não se verifica em muitos casos. Algumas crianças vivem situações traumáticas, mas apresentam recursos que permitem que não sejam formados esquemas maladaptados, enquanto outras crianças vivem situações comuns na infância ou adolescência e desenvolvem estes esquemas.

Nas pessoas com perturbações psiquiátricas, de acordo com Beck (1995) observa-se que os esquemas contribuem para a utilização de estratégias de *coping* compensatórias que reforçam e perpetuam a informação que levou à formação dos esquemas. Os sistemas de crenças que se desenvolvem na adolescência e idade adulta também podem contribuir para a diminuição da auto-estima.

De acordo com Beck et al. (1979), a teoria cognitiva da depressão preconiza que as experiências primárias são a base de formação dos pensamentos negativos, ou seja, da tríade cognitiva. Segundo esta ideia a depressão pode ser desencadeada pela acção de

uma situação de vida desagradável, se existir uma organização cognitiva específica concordante.

Na perturbação bipolar, quando os modos e a nível micro, os esquemas são activados, os traços predisponentes do indivíduo são expressos no formato de estados emocionais extremos e no seu comportamento. Os traços cognitivos representam um factor de vulnerabilidade para uma futura activação de episódios.

Newman et al. (2003), referem que os esquemas maladaptados inerentes à perturbação bipolar, podem ser comuns aos esquemas encontrados na depressão, mudando apenas de polaridade, ou seja, de estado. Evidencia-se assim a necessidade de acesso aos esquemas do sujeito, independentemente dos sintomas apresentados, na forma de estado afectivo, positivo ou negativo.

É reconhecida a existência de factores psicossociais que contribuem para o aparecimento dos sintomas polarizados. A investigação cognitiva na perturbação bipolar tem-se centrado actualmente na teoria atribucional, segundo Power e Dalglish (1997), encontrando evidências dos factores cognitivos como sendo predisponentes à activação dos sintomas.

De acordo com Lyon, Starup e Bentall (1999) os sujeitos bipolares em estado deprimido realizam uma maior atribuição de acontecimentos negativos do que positivos relativamente ao self, enquanto que em estado de mania os resultados apresentados são semelhantes aos de sujeitos sem alterações psicopatológicas. Os sujeitos bipolares em estado deprimido, tal como os sujeitos com depressão unipolar, fazem atribuições globais negativas de forma excessiva, relativamente aos acontecimentos. Para estes autores, os resultados encontrados não indicam que a depressão na perturbação bipolar seja idêntica à unipolar. É sugerido contudo, que ambas as perturbações correspondam a um padrão cognitivo negativo, existindo uma tendência à culpabilização relativamente a experiências negativas, e uma atenção selectiva dirigida a estímulos relacionados com a depressão. As semelhanças encontradas nos indivíduos bipolares em estado maníaco e deprimido, evidenciam possivelmente uma continuidade significativa entre os dois episódios, ao nível da auto-estima.

As sub-dimensões esquemáticas de personalidade, nomeadamente, as orientações sociotrópicas e autónomas, constituem uma área de interesse para a compreensão da estrutura da personalidade e da perturbação bipolar (Newman et al., 2003): (i) Sociotrópica - de esquemas com conteúdos orientados no sentido da auto-avaliação ser realizada através das relações interpessoais. A auto-estima seria condicionada pela expressão do amor do outro. Os sujeitos com este tipo de personalidade são mais susceptíveis à percepção de falhas nos recursos sociais, devido à estrutura onde estão presentes esquemas de medo de abandono e rejeição. Estes indivíduos estão em risco de depressão, perante um acontecimento que envolva dificuldades nas relações interpessoais e perdas; (ii) Autónoma, caracterizada por indivíduos com esquemas autónomos de auto-avaliação. A auto-estima é baseada nos resultados obtidos. Estes sujeitos apresentam uma vulnerabilidade perante acontecimentos impeditores de independência, de controlo ou de compromisso. São indivíduos mais propensos à depressão perante a ocorrência de acontecimentos relacionados com a perda de independência e de realização.

Fingerhut (1999, cit. por Newman et al., 2003) encontrou evidências de que os sujeitos bipolares com um nível elevado de sociotropia necessitavam apenas de acontecimentos minimamente perturbadores que envolvam a rejeição, discordância e perda para que ocorresse uma recaída. Por outro lado, os sujeitos com níveis baixos de sociotropia não apresentavam esta vulnerabilidade, em situações de stress nas relações interpessoais. Newman et al. (2003) afirmam que a tendência para um nível elevado de sociotropia está relacionada com esquemas de separação/rejeição, abandono/instabilidade, dependência/incompetência. De forma igual, um nível elevado de autonomia na perturbação bipolar está associado a esquemas de dependência/incompetência, deficiência/vergonha e abuso/desconfiança.

De acordo com Alloy et al. (1999) os sujeitos bipolares apresentam valores mais elevados de autonomia. Assim, quando estes experimentam acontecimentos de vida negativos como incontrolláveis ocorre a depressão, enquanto perante acontecimentos estimulantes se dá um aumento da focalização no objectivo e consequentemente a entrada num estado de mania ou de hipomania.

Memória Autobiográfica

*Fui essa que nas ruas esmolou
E fui a que habitou Paços Reais;
No mármore de curvas ogivais
Fui Essa que as mãos pálidas pousou...*

*Tanto poeta em versos me cantou!
Fiei o linho à porta dos casais...
Fui descobrir a Índia e nunca mais voltei!
Fui essa nau que não voltou...*

*Tenho o perfil moreno, lusitano,
E os olhos verdes, cor do verde Oceano,
Sereia que nasceu de navegantes...*

*Tudo em cinzentas brumas se dilui...
Ah! Quem me dera ser «Essas» que eu fui,
«As» que me lembro de ter sido...dantes!...*

Florbela Espanca. In Charneca em Flor, Lembrança

A memória autobiográfica é definida por Badelley (1997) como “a capacidade das pessoas recordarem acontecimentos que dizem respeito às suas vidas” (p.211). Este tipo de memória constitui um subtipo das memórias episódicas, cujo processo de codificação e construção se encontra relacionado com o self (Brewer, 1989).

As memórias autobiográficas podem ser diferenciadas relativamente à sua função, em (Bluck, 2003): (a) A função de suporte e continuidade do desenvolvimento do self, preservando um sentido de continuidade coerente do sujeito ao longo do tempo; (b) A função social, de processar informação facilitadora de interações sociais, permitindo a empatia, desenvolvimento e manutenção de ligações sociais; (c) A função directiva, da construção de modelos de compreensão dos outros, como forma de previsão do seu comportamento futuro. As memórias autobiográficas fornecem flexibilidade de construção e manutenção das regras de compreensão do passado e do futuro, através da comparação de acontecimentos e da definição de hipóteses de funcionamento.

A investigação sobre as memórias autobiográficas tem-se centrado em duas correntes teóricas, as teorias de cópia e as teorias reconstrutivistas. Brewer (1989) refere

que nas teorias de cópia, as memórias autobiográficas são consideradas cópias dos acontecimentos originais. Esta ideia teria pouco suporte teórico, devido às experiências sobre memória pessoal, estarem a ser dirigidas erroneamente para as capacidades verbais. As teorias reconstrutivistas definem as memórias autobiográficas como reconstruções de acontecimentos, sendo a informação da evocação distinta da referente à experiência. Neste trabalho iremos focalizar-nos nas teorias reconstrutivistas de Brewer (1989) e Barclay (1989) sobre as memórias autobiográficas.

Perspectiva de Brewer

Segundo Brewer (1989), o postulado das teorias de cópia, de que a memória seria baseada em cópias de *inputs* sensório-motores, não sujeitas a uma interpretação, não se verifica, devido às percepções do sujeito não serem precisas. Assim, recorrendo a uma visão reconstrutivista, as memórias recentes retêm mais informação específica sobre o acontecimento, sendo que esta é reconstruída ao longo do tempo, sob a influência dos esquemas cognitivos prevalentes.

De acordo com Brewer (1989) o estudo das memórias autobiográficas converge com o estudo da informação relacionada com o self. Surge assim, a necessidade de uma definição de self, que permita a articulação da relação deste conceito, com a memória. O self consiste numa estrutura mental complexa, que inclui:

- (i) ego – a experiência da entidade consciente que permite o enquadramento das experiências do indivíduo nas dimensões temporais e espaciais;
- (ii) os esquemas de self – a estrutura cognitiva que contém informação generalizada sobre o self, que permite a sua consistência. Esta informação pode estar organizada de forma não consciente e de acesso privado ao sujeito;
- (iii) partes da memória a longo-prazo relacionadas com o ego-self, nomeadamente as memórias pessoais, memórias pessoais generalizadas e factos autobiográficos.

O conceito de memória autobiográfica abrange segundo Brewer (1989) “o conjunto de informações sobre um acontecimento particular no passado do indivíduo” (p.34), mais especificamente subdividido em quatro tipos de memórias: (i) Memória pessoal – o sujeito vivência um acontecimento passado, frequentemente acompanhado de uma

imagem visual, de acordo com um sistema forte de crenças, ao nível da veracidade do acontecimento, da ocorrência temporal no passado e da fidelidade da recordação relativamente ao acontecimento ocorrido; (ii) O facto autobiográfico – em que é evocado o acontecimento sem a presença de uma imagem; (iii) A memória pessoal genérica – em que o sujeito apresentaria uma imagem genérica do acontecimento; (iv) O esquema de self – em que não existe uma imagem mental do acontecimento; formado a partir das experiências repetidas do indivíduo, relacionadas com o self.

A informação retida nos tipos de memória enunciados anteriormente implica a exposição do sujeito a um *input*. Para a formação do esquema de self é necessária a presença repetida do input fornecido pelo estímulo. Brewer (1989) indica que o esquema de self participa na modificação e recordação de informação relacionada com o self, influenciando a acção. O input pode-se assim apresentar segundo Brewer em quatro formas: (i) Ego-Self; (ii) Visuo-espacial; (iii) Visuo-temporal; e (iii) Semântico.

Perspectiva de Barclay

Barclay (1989) vai de encontro à teoria apresentada por Brewer (1989), afirmando que as memórias autobiográficas resultam de uma reconstrução, de acontecimentos passados, através da acção de esquemas do self. Os esquemas de self são adquiridos pelo processo de esquematização de acções que fazem parte da rotina e das actividades do indivíduo. A esquematização possibilita a aquisição de estruturas de acção generalizáveis, que ajudem o sujeito a agir e a planear acções futuras. O esquema de self do sujeito pode assim mostrar-se diferente quando comparado com a informação proveniente dos acontecimentos diários.

Para Brewer (1989), a crença de que o acontecimento teria ocorrido da forma como é recordado é mantida pelo sujeito. As memórias autobiográficas são contudo, imprecisas relativamente ao acontecimento, apesar de permitirem a manutenção da integridade da vida do indivíduo. A imprecisão das memórias autobiográficas prende-se com o facto destas serem baseadas em interpretações e de serem constituídas de forma a apresentarem uma história abreviada do acontecimento compatível com a informação preexistente auto-referente. A informação sobre o self seria resultante da construção de uma organização funcional ao longo do tempo, consoante a exposição a acontecimentos repetidos.

“As memórias referentes aos acontecimentos diários são transformadas, distorcidas ou esquecidas” (Barclay, 1989, p.89). A memória autobiográfica e as falhas dela resultantes são de acordo com Barclay (1989) informativas do processo de reconstrução da memória. As memórias autobiográficas sofreriam transformações devido à junção com informação de acontecimentos posteriores semelhantes. Os acontecimentos mais recentes são modificados no formato de uma continuação, alguns acontecimentos são esquecidos, enquanto que outros que nunca ocorreram são considerados como verdadeiros.

Claúdio (2003) caracteriza a memória autobiográfica de acordo com Barclay (1989) como apresentando uma boa organização e manutenção dos acontecimentos nas suas características gerais, sendo necessário um processo de decisão para que ocorra a evocação.

Estratégias de Evocação de Memórias

Iremos referenciar alguns estudos no âmbito das estratégias de evocação de memórias autobiográficas, para uma definição dos recursos utilizados pelos sujeitos sem alterações psicopatológicas e com perturbação bipolar neste processo.

Para Peterson (1979) Watson e Dyck (1984) segundo os modelos atribucionais, os acontecimentos mais antigos sofrem uma modificação atribucional a partir da influência do self nas memórias, estas passariam de situações vividas pelo sujeito, a disposições sentidas (cit. por Cláudio, 2004).

Reiser, Black e Kalamarides (1986) estudaram as estratégias de evocação de memórias autobiográficas em seis estudantes da Universidade de Yale. Estes autores referem relativamente ao processo de evocação de memórias autobiográficas, que este seria efectuado directamente, sendo utilizadas estratégias com o objectivo de direccionar a procura para acontecimentos relevantes. Entre as estratégias principais utilizadas para focalizar a procura de informação encontra-se:

1. A descrição do contexto de evocação desencadeado pela tarefa, a partir da qual seria referido o acontecimento;
2. O acesso à memória através de uma categoria;
3. A evocação de uma experiência diferente, mas com algumas semelhanças.

A estratégia de descrição de contexto de evocação utilizada pelos sujeitos, pode ser subdividida em: (i) ao utilizar a estratégia contexto/actividades, o sujeito pode aceder a informação sobre as motivações para o acontecimento, o tipo de acontecimento, quais as etapas do acontecimento, os objectivos que procura atingir e quais as relações causais; (ii) a tomada de consciência de quais os objectivos envolvidos pode proporcionar informação mais precisa sobre o acontecimento: (a) pode encontrar formas diferentes de cumprir os objectivos, que lhe fornecem essa informação; (b) ao encontrar as razões por detrás da motivação da realização do acontecimento, possibilita a contextualização da actividade; (c) encontrar um objectivo específico relacionado com o acontecimento possibilita uma previsão de outras formas de acção que podem ter sido utilizadas para a sua realização; (ii) ao recordar-se das pessoas que estiveram presentes durante a actividade tem acesso aos objectivos, localizações ou subclasses de actividades, facilitadoras deste processo; (iv) através do acesso à temporalidade da ocorrência da actividade pode ter acesso a outras fontes de informação como: a localização, os

participantes envolvidos e o tipo de objectivos considerados importantes para o sujeito nesse período da sua vida.

Estas estratégias permitiriam segundo Reiser, Black e Kalamarides (1986), que o sujeito encontrasse pistas relativamente às características do acontecimento, que fossem úteis na procura de informação sobre um dado acontecimento na memória. Estas estratégias podem ser simultaneamente utilizadas para compreender a selecção de determinados acontecimentos e qual a sua importância para a memória.

Segundo Rubin, Wetzler e Neber (1986) existem diferenças relativamente aos acontecimentos recordados consoante a idade do sujeito, verificando-se assim alterações nos tipos de estratégias utilizadas.

No processo de evocação de memórias autobiográficas, os sujeitos tendem segundo Pillemer (1984, cit. por Cláudio, 2003) a fornecer memórias generalizadas, devido ao acesso rápido a diversas informações. A presença de memórias generalizadas na tarefa de evocação de memórias autobiográficas é efectivamente considerada como um erro na sua realização. Mark, Williams e Dritschel (1992, cit. por Cláudio, 2004) evidenciam no seu trabalho a existência de dois tipos de generalizações possíveis: (a) Memórias categóricas, onde se encontra uma descrição intermédia, sendo necessária uma recordação mnésica inferior, possivelmente associada a uma falha na supervisão da atenção; e (b) Memórias alargadas, onde o sujeito se preocupa com o factor temporalidade em detrimento do factor originalidade, apresentando estas traços individualizados, como resposta a interpretações emocionais. De acordo com Cláudio (2004), os estudos destes autores permitem concluir que:

1. Os sujeitos escolhem um dos estilos de evocação em detrimento do outro (memórias categóricas ou alargadas);
2. A valências das palavras utilizadas influencia as memórias a serem de tipo categórico ou alargado;
3. A idade influencia as memórias a serem categóricas ou alargadas;
4. As memórias alargadas estão mais relacionadas com acontecimentos mais antigos, e também com a frequência do acontecimento, enquanto que com as memórias categóricas acontece o contrário.

Goddard, Dritschel e Burton (1995, cit. por Cláudio, 2004) referem que é encontrada uma relação entre a dificuldade de evocação de memórias categóricas na depressão e a

incapacidade de resolução de problemas sociais. De acordo com Cláudio (2004) existe um movimento interactivo nas redes de relações negativas, que conduz a um processo de auto-referência. Perante a acção de um estímulo iria ocorrer uma activação destas ligações, dando-se um reforço mnésico. Na depressão a codificação de informação com tonalidade afectiva intensa seria efectuada em esquemas de valência positiva e negativa, de forma geral. Cláudio (2004) afirma ser evidente uma limitação a nível estrutural, que facilitaria a evocação de memórias gerais, mesmo sendo modificado o estado de humor.

A Memória Autobiográfica na Perturbação Bipolar

As memórias autobiográficas na perturbação bipolar têm sido tema de algumas investigações científicas, sobre as quais nos iremos debruçar.

Num estudo sobre a influência do contexto na perturbação bipolar é referido que existem evidências de que estes indivíduos apresentem estilos cognitivos negativos como os encontrados na depressão unipolar (Abramson, Alloy, Walshaw, Neeren, Urosevic & Nusslock, 2005). Contudo, os sujeitos mostraram características cognitivas como a procura da realização de objectivos, perfeccionismo, autocrítica e autonomia. A associação entre o estilo cognitivo encontrado na depressão e na perturbação bipolar pode segundo os autores, depender do estado de humor presente. Assim, os sujeitos bipolares também apresentaram esquemas de self positivos, que aumentariam o risco de mania ou de hipomania.

De acordo com algumas investigações (Alloy et al., 1999) acontecimentos de vida negativos, precedem episódios depressivos e maníacos. Nesta perspectiva interacções familiares e atitudes negativas são consideradas predisponentes a recaídas, na perturbação bipolar. Algumas investigações cognitivas na área da perturbação bipolar vão de encontro à ideia psicodinâmica, de que os períodos de humor elevado na perturbação bipolar constituam uma *defesa*, ou seja uma contra-reacção às tendências depressivas latentes (Alloy, Reilly-Harrington, Fresco & Whitehouse, 1999; Lyon, Startup & Bentall, 1999). Alloy et al. afirmam em 1999 que os episódios maníacos ou hipomaniacos também tendem a suceder a alterações de ciclo circadiano.

Um estudo posterior de Johnson (2005) da análise dos acontecimentos de vida como predisponentes de sintomas na perturbação bipolar, evidencia contudo que: (i) os acontecimentos de vida negativos são factores agravantes na perturbação bipolar; (ii) os acontecimentos de vida negativos não estão relacionados com a mania, excepto em alguns contextos; e (iii) os acontecimentos de vida que envolvam a realização de objectivos estão relacionados com o aparecimento de sintomas maníacos.

Um estudo preliminar sobre a memória autobiográfica na perturbação bipolar em remissão e na depressão unipolar de Mansell e Lam (2004) com uma amostra respectivamente de 19 e 16 sujeitos, encontrou que: (i) o grupo de sujeitos com perturbação bipolar recorda maior número de memórias categóricas comparativamente com as memórias alargadas; (ii) não foi confirmada a hipótese da existência de um maior número de memórias positivas; e (iii) observou-se a prevalência na memórias negativas, de tipo categórico, não sendo este resultado significativo para as memórias positivas. De acordo com Alloy et al. (1999) existem evidências de que os sujeitos com perturbação bipolar, mesmo que em remissão, apresentem estilos cognitivos mais negativos do que sujeitos sem alterações psicopatológicas. Num estudo posterior (Eich, Macaulay & Lam, 1997, cit. por Alloy et al., 2006) é referido que a evocação de memórias autobiográficas negativas é mais elevada quando os sujeitos se encontram em estado depressivo do que em estado maníaco, o que confirma os aspectos referidos anteriormente.

De acordo com Mansell e Lam (2004) uma das explicações para o facto dos sujeitos bipolares, da amostra, apresentarem um valor mais elevado de memórias autobiográficas de conteúdo negativo poderia estar relacionado com o facto de estarem deprimidos. Estes sujeitos estariam a negar a depressão através de uma defesa-maníaca. Contudo, os sujeitos envolvidos nesse estudo não estariam em estado maníaco mas em estado de remissão, e também não apresentavam sintomas depressivos. É apresentada então como proposta pelos autores a possibilidade do processamento de memórias negativas contribuir para o escalar ou para a manutenção de sintomas maníacos, no sentido de que memórias negativas sobre acontecimentos passados poderiam ser activadas em momentos de focalização na obtenção de objectivos importantes para o sujeito.

Scott, Stanton, Garland e Ferrier (2000) também verificaram numa amostra de 41 sujeitos bipolares eutímicos e num grupo de controlo de 20 sujeitos, que existia um

número mais elevado de memórias autobiográficas categóricas evocadas, em detrimento de memórias alargadas. De acordo com os autores, estes resultados estão relacionados com a manutenção da perturbação bipolar, devido à inacessibilidade a memórias da actuação do indivíduo em acontecimentos anteriores.

Mansell e Lam (2004) consideram pertinente a existência de um grupo de sujeitos sem alterações psicopatológicas, nomeadamente sem depressão, em posteriores investigações referentes ao processo mnésico na perturbação bipolar para identificar processos específicos da perturbação e processos comuns à depressão, que não estejam presentes nas pessoas que nunca estiveram deprimidas.

Enquanto doença psiquiátrica julgamos importante uma clarificação geral das fases de tratamento da perturbação bipolar, para uma compreensão dos efeitos da medicação na memória.

As primeiras crises da perturbação bipolar podem ser desencadeadas por factores emocionais ou stress, de acordo com a evolução da doença, se não for realizado o tratamento estabilizador e preventivo, estas poderão ser de maior frequência (A.D.E.B., 2005). O tratamento da perturbação bipolar recorre à administração de fármacos, de acordo com a fase: (a) Na fase aguda, o tratamento têm como objectivo, terminar o actual episódio maníaco, hipomaniaco, depressivo ou misto; e (b) Na fase preventiva o tratamento tem como objectivo a continuidade da medicação a longo prazo. Assim, perante uma crise de depressão, mania, hipomania, ou mista o sujeito é tratado na fase aguda com medicação apropriada antidepressiva, anti-maniaca ou anti-psicótica, sendo necessária por vezes a hospitalização. Depois do tratamento da fase aguda, é realizada a terapêutica preventiva das crises.

O lítio é actualmente utilizado como estabilizador de humor na perturbação bipolar. O efeito do lítio ao nível da memória foi reconhecido (Shaw et al., 1987). Alguns autores assinalaram o efeito do lítio na deterioração da memória verbal, aquando a sua administração (Judd, Hubbard, Janowsky, Huey, Kropf & Muller-Oerlinghausen, 1979). Os resultados destas investigações sugerem que o lítio iniba a eficiência da transferência de informação verbal da memória a longo-prazo e a eficiência da evocação de memórias a longo-prazo. Contudo, segundo Shaw et al. (1987) os efeitos encontrados não poderão ser generalizados para a população clínica.

Segundo Newman et al. (2003) a medicação psicofarmacológica “pode descarregar ou inibir um modo disfuncional, originando uma melhoria do estado mental, mas não produz modificações duradouras na estrutura cognitiva dos sujeitos”. A psicoterapia cognitiva tem como objectivo primordial na perturbação bipolar a moderação das crenças individuais, no sentido de reduzir a magnitude da mudança afectiva e melhorar a capacidade de resposta aos acontecimentos stressores. A modificação dos esquemas ajuda a prevenção da ocorrência de episódios e à redução da duração e severidade dos mesmos.

Lyon, Startup e Bentall (1999) afirmam que as estratégias de modificação dos esquemas do self, podem ser utilizadas na perturbação bipolar, para promover a moderação da depressão e da mania. A inacessibilidade às cognições negativas no período de remissão seria ultrapassada através do acompanhamento nos episódios depressivos.