



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

ECOS EMOCIONAIS DAS MINHAS MEMÓRIAS:  
MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS VOLUNTÁRIAS E INVOLUNTÁRIAS  
NA DEPRESSÃO MAJOR

Michele Ferreira Balola

Tese orientada por Prof. Doutor Victor Cláudio

ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Doutoramento em Psicologia

Área de especialidade.....Psicologia Clínica

2015

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Psicologia na área de especialização de Psicologia Clínica realizada sob a orientação de Prof. Doutor Victor Cláudio, apresentada no ISPA - Instituto Universitário no ano de 2015

**Palavras-chave:** Memória Autobiográfica; Vinculação; Esquemas; Depressão

**Keywords:** Autobiographical Memory; Attachment; Schemas; Depression

### **Categorias de Classificação da Tese**

#### **2300 Human Experimental Psychology**

**2340** Cognitive Processes

**2343** Learning & Memory

#### **3200 Psychological & Physical Disorders**

**3210** Psychological Disorders

Aos meus pais,  
pelo amor e apoio incondicional  
por terem tornado este percurso possível.  
Por me terem tornado a pessoa que sou.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Doutor Victor Cláudio, por toda a orientação, motivação constante e apoio ao longo de todo o processo de realização desta investigação. Não posso deixar de expressar o meu profundo agradecimento por ser o responsável pela descoberta desta área do conhecimento. Permitiu-me aprender, e aprender a gostar, de fazer investigação nesta área tão vasta e interessante.

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa pela aprovação, acolhimento do projecto e aprovação da recolha de participantes.

Ao Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta pela aprovação, acolhimento do projecto e aprovação da recolha de participantes.

À Direcção da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares pela aprovação, acolhimento do projecto e aprovação da recolha de participantes.

À Dra. Maria João Silva pela incansável disponibilidade, simpatia, e profissionalismo demonstrados, não só aquando da recolha da amostra, mas também aquando de encontros pontuais no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

À Dra. Zita Gameiro, ao Dr. Ciro Oliveira, ao Dr. Filipe Vicente pela importante contribuição na recolha de participantes através disponibilidade e esforço em verificarem a sua lista de doentes.

À Prof<sup>a</sup>. Doutora Rosário Ramos pelo apoio estatístico e pela disponibilidade demonstrada nas longas horas em que, através da clareza das suas explicações, me permitiu derrotar esta Hidra de Lerna.

À Dra. Celeste Conceição pelo apoio nas questões linguísticas.

À Cátia Pereira e à Maria Alarcão pela ajuda das colegas na recolha da amostra.

Ao Sérgio o meu mais sincero e profundo agradecimento pelo amor e constante presença, apoio e paciência inesgotável ao longo deste percurso.

À Adelaide Claudino pela amizade, apoio e compreensão do percurso de um doutoramento.

À Joana Reis, Catarina Vieira, Sara Ferreira e Cecília Morais que me me alegraram por diversas vezes, pela amizade e apoio, e presença.

Ao meu irmão Daniel, que pela sua presença e carinho, me demonstrou que tenho um irmão com quem posso contar.

Aos meus sogros, D. Emília e Sr. José, que apesar da distância, sempre demonstraram preocupação e apoio através da disponibilidade e contactos frequentes.

Aos participantes, sem os quais esta investigação não teria sido possível.

## RESUMO

Esta investigação partiu do objectivo geral de estabelecer uma relação entre memórias autobiográficas, esquemas precoces desadaptativos, vinculação e relações interpessoais na génese e manutenção da depressão major. Procurou ainda analisar a evocação de memórias autobiográficas involuntárias na depressão major. A depressão é uma perturbação emocional com uma elevada prevalência, em que se verificam alterações cognitivas ao nível mnésico, designadamente na memória autobiográfica. A vinculação, esquemas e relações interpessoais parecem relacionar-se com a memória autobiográfica, aspectos que em conjunto podem ser factores importantes à compreensão da depressão e sua manutenção. Os resultados observados apontam, nos sujeitos deprimidos, para a evocação de memórias autobiográficas de valência emocional negativa e para a diminuição da especificidade da memória. Estes resultados foram também observáveis no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada. O mesmo não se verificou nos sujeitos sem alteração psicopatológica que, apresentaram um predomínio de acontecimentos de valência emocional positiva, sendo igualmente específicos. Os acontecimentos de valência emocional negativa e os esquemas precoces demonstraram ser variáveis determinantes para a depressão. Constatámos uma tendência, para na presença de esquemas precoces existir uma maior evocação de informação de valência emocional negativa. Estes acabam por se reforçar mutuamente, levando também ao reforço do ciclo depressivo. Na evocação de memórias autobiográficas involuntárias, os sujeitos deprimidos evocaram um maior número de acontecimentos de valência emocional negativa e de acontecimentos específicos, embora ao nível da valência se tenha verificado uma tendência para a recuperação de informação emocionalmente positiva. Esta investigação permitiu-nos obter uma compreensão alargada dos diferentes factores que contribuem para a génese e manutenção da depressão, bem como identifica possíveis factores de maior vulnerabilidade para a manutenção do ciclo depressivo. Sublinha ainda a importância do papel dos esquemas nos diferentes processos de evocação e, sugere que durante o processo psicoterapêutico exista igualmente um enfoque na recuperação da informação de forma involuntária.

## **ABSTRACT**

This research began with the general objective of establishing a relationship between autobiographical memories, early maladaptive schemas, attachment and interpersonal relations in the genesis and maintenance of major depression. It also aimed to analyze the recall of involuntary autobiographical memories in major depression. Depression is an emotional disorder with a high prevalence, in which are present cognitive changes at the mnemonic level, namely in autobiographical memory. Attachment, schemas and interpersonal relationships seem to relate to autobiographical memory, aspects that together can be important factors for the understanding of depression and its maintenance. The results obtained point out, in depressed subjects, to the recall of autobiographical memories of negative emotional valence and to the decreased specificity of memory. These results were also observed in the group of subjects with generalized anxiety. The same result was not observed in subjects without psychopathology which presented a predominance of positive emotional valence events, which also were specific. The negative emotional valence events and early schemas have proven to be determinant variables for depression. We noted a tendency for, in the presence of early schemas, to exist a larger recall of information of negative emotional valence: These ultimately reinforce each other, also leading to the reinforcement of the depressive cycle. In the recall of involuntary autobiographical memories, depressed subjects evoked a greater number events of negative emotional valence and of specific events; although at the level of valence there has been a trend towards a retrieval of positive emotional information. This research allowed us to obtain a broad understanding of the different factors that contribute to the genesis and maintenance of depression, while also identifying possible areas of greater vulnerability for the maintenance of the depressive cycle. It also stresses the important roles of schemas in the different processes of retrieval and suggests that during the psychotherapeutic process there is also a focus on involuntary retrieval of information.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	5
<b>CAPÍTULO I – PERSPECTIVA COGNITIVA DA DEPRESSÃO</b> .....	7
<b>Modelo Cognitivo de Beck para a Depressão</b> .....	9
Esquemas.....	9
Processamento da Informação Disfuncional.....	12
<b>CAPÍTULO II – MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA</b> .....	13
<b>Funções das Memórias Autobiográficas</b> .....	13
<b>Perspectiva de William Brewer</b> .....	15
<b>Perspectiva de Marigold Linton</b> .....	17
<b>Perspectiva de Ulric Neisser</b> .....	18
<b>Perspectiva de Craig Barclay</b> .....	18
<b>Perspectiva de Martin Conway</b> .....	19
<b>Estratégias de Evocação</b> .....	21
<b>Memórias Autobiográficas Voluntárias e Involuntárias</b> .....	23
<b>CAPÍTULO III – MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS INVOLUNTÁRIAS</b> .....	24
<b>Perspectiva Psicodinâmica</b> .....	26
Memórias Involuntárias Simbólicas.....	26
Recordações involuntárias de eventos traumáticos.....	26
Sonho diurno.....	27

<b>Perspectiva Cognitiva</b> .....	28
Teorias Cognitivas com ideias psicodinâmicas.....	28
Processamento da Informação.....	29
Teorias Neurais.....	30
<b>Perspectiva Estética</b> .....	30
<b>Codificação e Recuperação de Memórias Autobiográficas Involuntárias</b> ....	31
<b>Metodologias de Estudo das Memórias Autobiográficas Involuntárias</b> .....	33
<b>Características das Memórias Autobiográficas Involuntárias</b> .....	34
<b>Características dos Estímulos no Processo de Evocação</b> .....	35
<b>Factores que Influenciam o Processo de Evocação</b> .....	36
<b>CAPÍTULO IV – MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS E DEPRESSÃO</b> .....	37
<b>CAPÍTULO V – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA VINCULAÇÃO</b> .....	39
<b>Perspectiva de John Bowlby</b> .....	39
Modelos Internos Dinâmicos.....	42
<b>Perspectiva de Mary Ainsworth</b> .....	43
<b>Perspectiva de Mario Mikulincer e Philip Shaver</b> .....	45
<b>Perspectiva de Bartholomew</b> .....	47
<b>Contributos Cindy Hazan e Phillip Shaver</b> .....	47
<b>Vinculação, Depressão e Memórias Autobiográficas</b> .....	47
<b>CAPÍTULO VI – RELAÇÕES INTERPESSOAIS</b> .....	49
<b>Relações Interpessoais na Depressão</b> .....	51

<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	53
<b>CAPÍTULO VII – OBJECTIVOS, HIPÓTESES E MÉTODO</b> .....	55
<b>Objectivos</b> .....	55
<b>Hipóteses</b> .....	55
<b>Método</b> .....	55
Delineamento.....	57
Participantes.....	57
Instrumentos.....	64
Procedimento.....	73
<b>CAPÍTULO VIII – RESULTADOS</b> .....	79
<b>Primeira Parte</b> .....	79
Análises de Resultados das Escalas Clínicas.....	79
<b>Segunda Parte</b> .....	93
Análise de Resultados da Tarefa de Memória Autobiográfica.....	93
Análises dos Tempos de Latência das Palavras-Estímulo e Tipos de Acontecimentos Evocados.....	99
Análises das Palavras-Estímulo da Tarefa de Memória Autobiográfica...	104
Análise dos Conteúdos das Memórias Autobiográficas.....	105
Análise da Antiguidade das Memórias Autobiográficas.....	107
Análise da relação entre a Tarefa de Memória Autobiográfica e as Escalas Clínicas.....	109
Relação entre os Acontecimentos Evocados, Tempo de Latência e Tipo de Memória com o BDI, o Hamiton e o STAI.....	110
Relação entre os Acontecimentos Evocados, Questionário de Esquemas e EVA.....	111

Relação entre os Tempo de Latência, Tipo de Memória, Esquemas e EVA.....	112
Relação entre os Acontecimentos Evocados, Tempo de Latência, Tipo de Acontecimento e o IIP-64.....	113
Modelo de Regressão Logística Multinomial.....	113
<b>Terceira Parte.....</b>	<b>116</b>
Análises de Resultados do Diário de Memórias Autobiográficas Involuntárias.....	116
<b>Análise Comparativa entre Memórias Autobiográficas Involuntárias e Voluntárias.....</b>	<b>144</b>
Análise da Valência Emocional dos Acontecimentos.....	144
Análise do Tipo de Acontecimentos Involuntários e Voluntários Evocados.....	145
<b>CAPÍTULO IX – DISCUSSÃO E SÍNTESE.....</b>	<b>147</b>
Análise e Discussão das Escalas Clínicas.....	147
Análise e Discussão das Memórias Autobiográficas Voluntárias.....	142
Análise e Discussão das Memórias Autobiográficas Involuntárias.....	162
Análise e Discussão das Memórias Autobiográficas Involuntárias e Voluntárias.....	169
<b>CAPÍTULO X – CONCLUSÃO.....</b>	<b>172</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>177</b>

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Resumo da Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra.....	59
Quadro 2: Síntese das categorias da Classificação Nacional de Profissões.....	60
Quadro 3: Resumo da Caracterização Clínica da Amostra.....	61
Quadro 4: Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	80
Quadro 5: Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major) e dos sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) no Inventário de Depressão de Beck (BDI) e na Escala de Depressão de Hamilton (HRSD) nos dois momentos.....	84
Quadro 6: Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) no Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	85
Quadro 7: Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) na Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	87
Quadro 8: Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) no Questionário de Esquemas de Young.....	89

Quadro 9: Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) no Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64).....91

Quadro 10: Médias, Desvio-Padrão e níveis da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) na Tarefa de Memória Autobiográfica.....94

Quadro 11: Médias, Desvio-Padrão e níveis da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) na continuação da análise da Tarefa de Memória Autobiográfica.....98

Quadro 12: Médias, Desvio-Padrão e níveis da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) na Tarefa de Memória Autobiográfica – Tempos de Latência e Tipo de Acontecimento.....100

Quadro 13: Médias e Desvio-Padrão dos acontecimentos evocados nas palavras-estímulo dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica).....104

Quadro 14: Valores percentuais dos Conteúdos dos Acontecimentos evocados nas palavras-estímulo dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade

generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica).....	106
Quadro 15: Valores percentuais da Antiguidade dos Acontecimentos Evocados nas palavras-estímulo dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica).....	108
Quadro 16: Valores absolutos e percentuais dos diferentes locais onde estavam no momento da evocação da memória.....	117
Quadro 17: Valores absolutos e percentuais O que Estavam a Fazer no momento da recuperação da memória.....	119
Quadro 18: Valores absolutos e percentuais acerca da existência de Pensamento associado....	121
Quadro 19: Conteúdo do pensamento associado à memória nos sujeitos dos três grupos.....	121
Quadro 20: Variáveis Gerais avaliadas nas Memórias Autobiográficas Involuntárias.....	122
Quadro 21: Especificidade da memória autobiográfica involuntária.....	125
Quadro 22: Conteúdo do acontecimento recuperado nos três grupos, sujeitos deprimidos, sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica.....	126
Quadro 23: Impacto da memória involuntária no humor nos três grupos.....	127
Quadro 24: Reacção física à memória involuntária nos três grupos – sujeitos deprimidos, sujeitos com depressão major e sujeitos sem alteração psicopatológica.....	128
Quadro 25: Características do meio envolvente nos sujeitos deprimidos.....	129
Quadro 26: Características do meio envolvente nos sujeitos com ansiedade generalizada.....	130
Quadro 27: Características do meio envolvente nos sujeitos sem alteração psicopatológica.....	131
Quadro 28:Valores percentuais da Recorrência do Acontecimento em função da Antiguidade..	133
Quadro 29: Tipo de Acontecimentos Involuntários Envocados nos três grupos em estudo.....	143
Quadro 30: Análise Comparativa do Tipo de Acontecimento Involuntário e Voluntário Evocado pelos três grupos.....	145



**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 – Análise da Recorrência em função da Antiguidade da Memória Autobiográfica Involuntária nos três grupos em estudo.....	132
Figura 2 – Análise da Valência em função da Antiguidade da Memória Autobiográfica Involuntária nos três grupos em estudo.....	134
Figura 3 – Resultados da variável Comum em função da Antiguidade nos três grupos.....	137
Figura 4 – Análise da Valência do Acontecimento Evocado em função da Intensidade nos três grupos.....	138



**ÍNDICE DE ANEXOS**

ANEXO A: Carta de Consentimento Informado.....	205
ANEXO B: Questionário de Caracterização da Amostra.....	209
ANEXO C: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	213
ANEXO D: Escala de Depressão de Hamilton (HRSD).....	217
ANEXO E: Inventário de Depressão de BECK (BDI).....	221
ANEXO F: Escala Estado-Traço de Ansiedade (STAI).....	229
ANEXO G: Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	233
ANEXO H: Questionário de Esquemas de Young.....	237
ANEXO I: Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64).....	247



**LISTA DE ABREVIATURAS**

a.C. – antes de Cristo

d.C. – depois de Cristo

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações

CID – Classificação Internacional de Doenças

ICS – Interação de Sub-sistemas Cognitivos

SPAARS – Sistema de Representação Esquemático, Proposicional, Analógico e Associativo

SMS - Sistema de Memórias do Self

CEE - Conhecimentos de Eventos Específicos

EE - Elemento Episódico

CaR-FA-X – Captura e Ruminação – Evitamento Funcional – Disfunção do Controlo Executivo

Car – Captura e Ruminação

FA – Evitamento Funcional

X – Disfunção do Controlo Executivo

IPC - Modelo Interpessoal Circular ou Circumplexo

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

SCID-I - Entrevista Clínica estruturada para as perturbações do DSM-IV eixo I

BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos

SCL-90 – *Symptom Checklist-90*

HRSD – Escala de Depressão de Hamilton

BDI – Inventário de Depressão de Beck

STAI – Inventário Estado-Traço de Ansiedade

EVA – Escala de Vinculação do Adulto

IIP-64 – Inventário de Problemas Interpessoais

HRSD – Escala de Depressão de Hamilton

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

DP – Desvio Padrão

IGS – Índice Geral de Sintomas

TSP – Total de Sintomas Positivos

ISP – Índice de Sintomas Positivos

## INTRODUÇÃO



A depressão é uma das perturbações mais frequentemente diagnosticada pelos profissionais de saúde mental (Young, Rygh, Weinberger & Beck, 2008). A depressão tem sido um tema de destaque na saúde mental devido essencialmente à sua prevalência elevada e potencialidades na prevenção. A prevenção tem passado pela análise da importância etiológica que os fatores de risco apresentam.

Calcula-se que, em todo o mundo, existam 350 milhões de indivíduos com depressão. De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que em 2020 a depressão será a segunda problemática de maior incapacidade na população em todas as faixas etárias. Em 2030 é projetado que a depressão seja a patologia com a maior carga global da doença (WHO, 2001, 2008).

As alterações cognitivas são um sintoma frequentemente verificado em indivíduos com depressão major, dentro desta categoria encontram-se as alterações mnésicas, especificamente alterações ao nível da memória autobiográfica.

A literatura tem evidenciado de forma sustentada o enviesamento negativo da memória na presença de depressão clínica. Todavia, existe um número reduzido de estudos dedicados à recuperação de memórias autobiográficas involuntárias, levando-nos a questionar se o enviesamento da memória ocorre de igual modo perante a recuperação espontânea de um acontecimento.

A vinculação, esquemas e relações interpessoais parecem relacionar-se com a memória autobiográfica, aspectos que em conjunto podem ser factores importantes a compreensão da depressão e para a sua manutenção.

No campo da saúde mental, a depressão apresenta-se como uma com elevada prevalência e potencialidades na prevenção, levado a que seja um tema de destaque nesta área. A prevenção tem passado pela análise da importância etiológica que os factores de risco apresentam.

Nestas áreas de investigação, os diferentes aspectos cognitivos têm sido abordados de forma independente, designadamente no estudo das memórias autobiográficas, vinculação, esquemas precoces desadaptativos e relações interpessoais. Assim, surge como fundamental desenvolver uma investigação que contribua para a compreensão dos diferentes aspectos cognitivos associados à depressão, qual a relação entre estes aspectos e, ainda determinar que impacto têm as memórias autobiográficas involuntárias. Simultaneamente pretende auxiliar na prevenção desta perturbação emocional.

Na Parte I da investigação apresentamos os principais pressupostos teóricos nos quais se alicerça o estudo.

Desta forma, no Capítulo I desenvolvemos a depressão segundo a perspectiva cognitiva, incidindo no modelo cognitivo de Beck, bem como nos esquemas e no processamento da informação disfuncional que ocorre na depressão.

Nos Capítulos II e III desenvolvemos os principais fundamentos teóricos sobre Memórias Autobiográficas (voluntárias e involuntárias).

Na depressão existe um enviesamento negativo da memória. Assim, no Capítulo IV apresentamos a relação entre memória autobiográfica e depressão.

O Capítulo V remete para as perspectivas teóricas sobre vinculação e o Capítulo VI desenvolve as teorias sobre Relações Interpessoais.

Na Parte II, no Capítulo VII apresentamos o estudo empírico desta investigação, designadamente os objectivos, hipóteses e método da mesma.

No Capítulo VIII apresentamos os principais resultados da investigação.

Por fim os Capítulos XI e X apresentam uma análise, discussão e conclusão dos principais resultados encontrados.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## CAPÍTULO I – PERSPECTIVA COGNITIVA DA DEPRESSÃO

Desde os primórdios da Grécia antiga que encontramos escritos relativos à depressão (do grego *depremere* - “pressionar para baixo”), previamente designada de melancolia e, cujo conceito apresenta semelhanças e pontos de ligação com as definições da era moderna. Recuperamos a primeira definição de melancolia em Hipócrates nas suas obras intituladas *Corpus Hippocraticum* do século IV a.C.. Hipócrates associa a melancolia a um estado de desânimo e a uma disfunção cerebral, causada por um excesso de bílis negra (do grego *melas* - “preto” e *cholé* - “bílis”), que conseqüentemente, levaria a uma diminuição do apetite, insónia, irritabilidade e inquietação. A bílis negra representaria um dos quatro fluídos corporais (bílis amarela, bílis negra, sangue e fleuma) que denominou de humores. Desta forma, Hipócrates considerou que a manifestação das perturbações mentais decorreria do desequilíbrio entre os fluídos (Jackson, 1983). Areteo de Capadócia, no século II d.C. descreve a melancolia como uma manifestação do estado de ânimo; uma doença com ausência de um estado febril, em que o espírito permaneceria fixo na tristeza, existindo igualmente sentimentos de indiferença, agitação psicomotora ou tendência para o suicídio (Maddux & Winstead, 2012).

Na Era Moderna salientam-se dois nomes que contribuíram para o desenvolvimento do conceito de depressão: Philippe Pinel e Emil Kraepelin. No início do século XIX, Philippe Pinel conceptualiza a melancolia como uma doença caracterizada pela presença de sentimentos de desespero, abatimento e consternação, acrescentando igualmente uma sensação de orgulho excessiva (Vallejo, 2011). Subseqüentemente, no final do século XIX, Emil Kraepelin, pioneiro das classificações modernas de perturbações mentais pela introdução da diacrónica do sintoma psicopatológico, propõe, através da introdução do conceito actualmente conhecido por dicotomia kraepeliniana, a divisão e categorização da perturbação mental em duas categorias distintas: demência precoce e psicose maniaco-depressiva. Caracteriza o estado depressivo pela presença de aspectos como abatimento, inibição do pensamento e conseqüente dificuldade na tomada de decisões (Vallejo, 2011). Com efeito, Kraepelin foi o responsável pela introdução do conceito de depressão da era contemporânea e perspectiva actual desta perturbação.

No amplo intervalo temporal, desde Hipócrates a Kraepelin, conseguimos obter uma compreensão do termo melancolia e dos seus pontos de ligação à compreensão da depressão na actualidade. De referir que, nos séculos XIX e XX verificou-se a adopção preferencial do termo depressão em detrimento do termo melancolia.

Numa perspectiva categorial encontramos a classificação de depressão no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). Embora possamos mencionar outras

classificações categoriais, como a Classificação Internacional de Doenças (CID), focaremos na classificação do DSM para a depressão. O DSM apresenta no capítulo das perturbações do humor os diferentes tipos de depressão. Destacamos a Depressão Major, pela sua centralidade no trabalho a que nos propomos. Desta forma, a quarta e quinta edições do DSM apresentam como critérios de diagnóstico para a depressão major a presença, com a duração de pelo menos duas semanas, de alterações afectivas como o humor deprimido ou perda de interesse ou prazer, de alterações cognitivas (por exemplo, diminuição da concentração, sentimentos de culpa e desvalorização) e de alterações comportamentais (por exemplo, alterações do sono ou apetite, fadiga e perda de energia) (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2011; DSM-5, American Psychiatric Association, 2014).

Quando se procura compreender a depressão à luz da perspectiva cognitiva, há que fazer referência ao modelo desenvolvido por Aaron T. Beck a partir da década de 60. O modelo cognitivo da depressão desenvolvido pelo autor, alicerçado em observações clínicas e empíricas, postulava a existência de três conceitos: 1) tríade cognitiva; 2) esquemas; 3) processamento de informação disfuncional ou erros cognitivos (Beck, 1963, 1964, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck & Alford, 2009). Posteriormente, o modelo proposto por Beck será descrito, de forma mais detalhada.

Outros modelos explicativos da teoria cognitiva da depressão que importam referir incluem o modelo do desamparo e do desespero, a teoria da rede associativa semântica e emocional, o modelo racional-emotivo e a teoria dos estilos de resposta. O modelo do desamparo proposto por Abramson, Seligman e Teasdale (1978) posteriormente reformulado e denominado de modelo do desespero (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Alloy, Abramson, Walshaw & Neeren, 2006), deriva do conceito de desamparo aprendido de Seligman (1975). Este modelo preconiza como factores causais que conduzem à depressão as atribuições feitas acerca de determinado acontecimento. A teoria de rede associativa semântica e emocional de Bower (1981) postulava, que a depressão resulta de redes cognitivas que seriam activadas por uma determinada emoção de acordo com os estímulos do contexto. O modelo racional-emotivo preconizado por Ellis (1994, 1996), remete para as crenças irracionais como factor para a depressão. A teoria dos estilos de resposta proposta por Nolen-Hoeksema (1987, 1992), em que o foco estaria continuamente nos sintomas de depressão.

Mais próximo no tempo, referimos o modelo ABC (Afecto, Biologia e Cognição) proposto por Hyde, Mezulis e Abramson (2008) que remete para a influência dos três factores que podem conduzir ao aumento do *stress*, à vulnerabilidade e à depressão. Por sua vez, Pössel e Knopf (2011) propõem que os modelos de Beck, de Abramson e o de Nolen-Hoeksema possam ser integrados

num único modelo, servindo de alicerces para investigações futuras e subsequente criação do modelo.

### **Modelo Cognitivo de Beck para a Depressão**

A teoria cognitiva da depressão foi proposta por Beck e desenvolvida através de observações clínicas e de inúmeros estudos.

Beck (1963, 1964) destacou a importância da emoção na depressão, verificando a existência de uma relação entre emoção e pensamento. E observando igualmente que a cognição era precedida pela emoção. Assim, de acordo com esta perspectiva, primeiro surgiria a emoção e depois a cognição.

Nesta perspectiva, a depressão resultava da activação de três padrões cognitivos – conhecida por tríade cognitiva composta pela visão negativa do *self*, do mundo e do futuro. O sujeito deprimido avalia as suas vivências maioritariamente como negativas, atribuindo ao contexto características de defeito, desaprovação e depreciação. Esta avaliação resulta numa sobrevalorização de aspectos do próprio, como por exemplo inadequação, rejeição ou desvalorização. Considera que a sua vida será marcada pelo sofrimento e dificuldades presentes, antecipando fracassos, frustrações ou depreciações (Beck, 1963, 1964, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck & Alford, 2009).

Outros conceitos que constituíram a base da teoria cognitiva de Beck, i.e., esquemas e processamento de informação disfuncional ou erros cognitivos são discutidos nos dois tópicos seguintes.

#### *Esquemas*

Na compreensão teórica dos esquemas importa considerar os contributos dos trabalhos de Bartlett e Beck, já que contêm um elevado valor explicativo directamente relacionado com a perspectiva cognitiva da depressão e que vão ao encontro das teorias actuais.

Para Bartlett (1995) os esquemas seriam estruturas não conscientes, compostos por conhecimento prévio de carácter geral com origem num acontecimento em particular. O autor no seu trabalho verificou que os esquemas teriam influência no processamento de informação e que

o acto de evocar seria um processo activo. Assim, os esquemas representariam a forma como o indivíduo percebe e recupera a informação, que poderia ser modificada pelos esquemas. Neste seguimento, na sua teoria dos esquemas, propõe que estes apresentariam as seguintes características: (1) Carácter geral dos esquemas, assumindo o seu funcionamento activo; (2) Funcionamento activo no processamento de informação através de processos do tipo *top-down*, em que existiria uma resposta particular a um acontecimento apesar de a representação ser geral e de *bottom-up*, possibilitando a modificação da representação do conhecimento de forma particular; (3) Níveis distintos de conhecimento e abstracção; (4) Organização em que estariam ligados uns aos outros; (5) Composto por conhecimento que se mantém sem qualquer mudança e por conhecimento que poderia variar; (6) Representação do conhecimento de forma genérica.

Nos trabalhos de Beck, Rush, Shaw, e Emery (1979) encontramos a seguinte definição de esquemas:

*“padrões cognitivos relativamente estáveis que formam a base para a regularidade das interpretações de um conjunto particular de situações”* (p. 12).

Nesta perspectiva os esquemas desadaptativos seriam desenvolvidos e estruturados durante a infância e activados perante acontecimentos de vida negativos. Os esquemas quando activados influenciariam negativamente o processamento da informação e seriam congruentes com o esquema (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Na teoria cognitiva da depressão de Beck (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck & Alford, 2009), os esquemas negativos do *self* ou depressogénicos representariam factores de vulnerabilidade para a depressão. Desta forma, da avaliação negativa do indivíduo resultariam esquemas idiossincráticos compostos por atitudes disfuncionais, enviesamentos cognitivos e objectivos irrealistas. Os esquemas desadaptativos quando activados remeteriam para pensamentos negativos característicos na depressão. O sujeito deprimido faria assim uma sobrevalorização de aspectos negativos relativos ao próprio (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Beck & Alford, 2009), existindo inclusive uma dificuldade em apresentar informação auto-referente positiva (Clark, Beck & Alford, 1999). Mais recentemente e na linha da perspectiva de Beck, Young, Klosko e Weishaar (2003) preconizaram que os esquemas poderiam ser adaptativos, contribuindo para funcionamento normal do indivíduo, ou desadaptativos com base em crenças nucleares disfuncionais que conduzem a sofrimento psicológico (Young, 2003).

Para Young (2003) as relações precoces estabelecidas com as figuras cuidadoras quando disfuncionais, levariam ao desenvolvimento de esquemas precoces desadaptativos. Estes esquemas seriam originados na infância com tendência para se desenvolverem e manterem ao longo da vida.

Os esquemas referentes a uma temática geral, seriam constituídos por memórias e emoções e, remeteriam para a relação do indivíduo consigo próprio ou com os outros (Young, Klosko, & Weishaar 2003, Cláudio, 2004, 2009; Cláudio, Aurélio, & Machado, 2011).

Inicialmente, Young (2003) identificou dezasseis esquemas precoces desadaptativos. O autor e seus colaboradores, numa revisão posterior propuseram a existência de dezoito esquemas precoces desadaptativos, que agruparam em cinco domínios (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

O primeiro domínio, denominado de Desconexão e Rejeição, estaria relacionado a uma expectativa por parte do indivíduo da ausência de previsibilidade na satisfação das suas necessidades, nomeadamente, segurança, estabilidade, nutrição, partilha de sentimentos, aceitação, respeito e empatia. Estaria associado aos seguintes esquemas: Abandono/Instabilidade; Defeituosidade/Vergonha; Desconfiança/Abuso; Privação Emocional e Isolamento Social/Alienação (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

O segundo domínio, foi designado de Autonomia e Desempenho Deficitários, que se relacionava com experiências precoces de hiperprotecção e minimização das capacidades de desempenho, resultando na interferência da independência e capacidade de sobrevivência. Englobaria os seguintes esquemas: Dependência/Incompetência; Fracasso; Vulnerabilidade ao Prejuízo ou à Doença e Emaranhamento/*Self* Subdesenvolvido (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

No que concerne ao terceiro domínio, Limites Deficitários, ligado a experiência precoces caracterizadas por permissividade e transmissão de uma sensação de superioridade em relação aos outros, o indivíduo apresentaria dificuldades dos limites internos, especificamente o respeito e a responsabilidade para com os outros ou, dificuldades no estabelecimento e cumprimento de objectivos pessoais. Conteria os esquemas: Merecimento/Grandiosidade e Autocontrolo/Autodisciplina Insuficientes (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

O quarto domínio denominado de Orientação para o Outro, estava associado a um foco excessivo no cumprimento das necessidades do outro em detrimento das próprias necessidades do indivíduo, com o objectivo de obter amor e aprovação, envolvendo o recalçamento das suas necessidades e emoções, em estreita relação com as experiências precoces vividas com os cuidadores. O quarto domínio englobaria os esquemas: Subjugação; Procura de Aprovação e Reconhecimento e Auto-Sacrifício (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

O quinto domínio, Hipervigilância e Inibição, remeteria para experiências precoces com cuidadores severos, exigentes e punitivos, resultando em indivíduos com uma inibição emocional e de escolhas pessoais excessivas, bem como de uma rigidez marcada no desempenho. Englobaria

os seguintes esquemas: Inibição Emocional; Negativismo/Pessimismo; Padrões Inflexíveis/Crítica Exagerada; Punitividade (Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

No trabalho de James e seus colaboradores encontramos uma revisão que preconiza a existência de uma relação entre esquemas e a literatura sobre memória, com a sua base no conceito de esquema da psicologia cognitiva. Existem dois aspectos primordiais: (1) o modelo diátese-stress, que conduz a que os esquemas sejam vistos como memórias uma vez que englobam a codificação e armazenamento de informação que pode ser activada perante uma pista; (2) episódios depressivos subsequentes apresentariam características idênticas perante os diferentes modos como a informação é armazenada (por exemplo, estratégias comportamentais, repetição de cognições, entre outros). Nesta explicação as representações multimodais referentes à depressão seriam armazenadas como uma concepção unitária e reactivadas em episódios depressivos subsequentes (James, Southam, & Blackburn, 2004; James, Reichelt, Freeston, & Barton, 2007). Esta revisão de James e seus colegas vai ao encontro do trabalho de Bartlett (1995).

Esta perspectiva descrita apresenta pontos semelhantes com outras propostas multi-representacionais, tais como a teoria ICS, Interação de Sub-sistemas Cognitivos preconizada por Barnard e Teasdale (1991) e Teasdale e Barnard (1993); ou o modelo SPAARS, Sistema de Representação Esquemático, Proposicional, Analógico e Associativo proposto por Power e Dalgleish (2008).

### *Processamento de Informação Disfuncional*

Na compreensão do processamento de informação importa fazer referência a Clark, Beck e Alford (1999) que postularam a ocorrência de dois níveis: (1) O nível primário que remete para a dimensão não-consciente do processamento de informação e ligado a necessidades básicas; (2) O nível secundário que corresponde à dimensão consciente, relacionado com um maior nível de complexidade. Na presença de um processamento de informação adaptativo, existiriam níveis de consciência distintos, i.e., o não-consciente e o consciente (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

A avaliação que o sujeito realiza sobre si próprio e sobre o meio remetia para a sua realidade individual e para a sua representação, ocorrendo através do processamento de informação. A representação do sujeito seria determinada por aspectos como o contexto e os esquemas do próprio através das suas vivências passadas (Beck, 1963). Na depressão esta representação não ocorreria de

forma adaptativa, existindo uma avaliação negativa auto-referente que seria activada pelos seus esquemas disfuncionais (Beck, 1983). Estaria assim relacionada com a tríade cognitiva descrita anteriormente.

Na perspectiva do modelo cognitivo, na depressão o enviesamento do processamento de informação ocorreria mediante erros sistemáticos com distorções cognitivas relativas ao próprio. Beck propõe uma classificação para estas cognições: Inferência Arbitrária; abstracção absolutista; hipergeneralização; magnificação e minimização; personalização; pensamento dicotómico (Beck, 1963, 1964). Nesta continuação, Beck (1963, 1964) caracterizou este enviesamento cognitivo, a que chamou de cognições depressivas, como sendo automáticas, involuntárias, plausíveis e perseverantes.

## **CAPÍTULO II – MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA**

Para uma compreensão do conceito de memória autobiográfica importa retornar a Brewer (1986), a que chamou inicialmente de memória pessoal e mais tarde de memória de recordação, e definiu como “*a recordação de um episódio específico do passado de uma pessoa*” (p. 34). Por sua vez, Baddeley (1992), propôs que a memória autobiográfica é “*a capacidade das pessoas recordarem as suas vidas*” (p. 26).

A memória autobiográfica é entendida como a capacidade de evocar um conjunto de acontecimentos referentes ao passado de experiências de vida pessoais (Nelson & Fivush, 2004; Rubin, 2005). Existe uma tendência para preservar o essencial da maioria dos acontecimentos, embora menos frequentemente os detalhes (Mathews, 2006; Nakash & Brody, 2006), em que os processos de codificação e recuperação são influenciados por aspectos como o contexto ou as emoções associadas (Bluck & Li, 2001). Rubin (1995) referiu que a memória autobiográfica é constituída por três componentes principais: imagética; emoções e narrativas verbais.

### **Funções das Memórias Autobiográficas**

Alicerçado nos trabalhos de Brown e Kulik (1977), de Neisser (1982) e Pillemer (1992) propõe a existência de três funções distintas da memória autobiográfica: *Psicodinâmica*, referente ao impacto emocional e psicológico da evocação de episódios passados; *Directiva*, orientadora de

atitudes e comportamentos presentes ou futuros; *Comunicação*, relativa à partilha de memórias pessoais com terceiros com vista a obter significados e objectivos interpessoais.

Em outro trabalho Bluck e colaboradores, consideraram que as memórias autobiográficas apresentariam três funções distintas: (1) *Directiva*, orientadora na resolução de problemas; (2) *Social*, proporcionando o estabelecimento de relações sociais através do material mnésico; (3) *Self*, que remete para a função de organização e continuidade do *self* (Bluck, 2003; Bluck, Alea, Habermas, & Rubin, 2005; Bluck & Alea, 2002, 2011; Cohen, 1998; Pillemer, 1992). Mais tarde, Williams, Conway e Cohen (2008) propuseram a existência de quatro funções para as memórias autobiográficas: Directiva; Social; Representação do *Self* e Auxiliar.

Relativamente à função directiva das memórias autobiográficas esta é considerada orientadora do pensamento e comportamento entre o presente e o futuro. A função directiva auxilia na resolução de problemas (Baddeley, 1988; Cohen, 1998; Schank, 1982) e serve de fonte de informação (Pillemer, 2003). Para Lockhart (1989) esta função das memórias autobiográficas fornece flexibilidade por forma a obter uma compreensão de acontecimentos do passado e prever outras vivências no futuro. Este aspecto vai ao encontro dos trabalhos de Pillemer (2003) e de Kuwabara e Pillemer (2010). Philippe e colaboradores (2011), realizaram um estudo numa tentativa de observar a associação entre memórias autobiográficas e a sua vivência emocional. Os resultados apurados sugerem que um estímulo específico, ou seja, temas específicos da memória autobiográfica estavam associados à experiência de emoções de ressonância negativa por parte do sujeito. Para os autores este aspecto estaria associado à função directiva deste tipo de memória, no que concerne a esta valência emocional, apresentando consequências a este nível (Philippe, Koestner, Lecours, Beaulieu-Pelletier, & Bois, 2011).

A função de *self* das memórias autobiográficas proporciona um sentido de continuidade da identidade e do *self* (Bluck & Alea, 2008), fornecendo um conhecimento de si e portanto em parte importante na formação e desenvolvimento do auto-conceito (e.g. Baddeley, 1988; Habermas & Bluck, 2000). A função de *self* demonstrou igualmente ser importante na regulação emocional no adulto (Pasupathi, 2003).

Por fim, a função social é considerada como facilitadora no estabelecimento de relações interpessoais e de intimidade com outros. Tal aspecto ocorre mediante a partilha de vivências e histórias de vida entre indivíduos (Alea & Bluck, 2003, 2007). A função social das memórias autobiográficas conduz a relações interpessoais mais satisfatórias (Alea & Vick, 2010).

Conway (2003) considerou que na recuperação de um mesmo acontecimento, as três funções descritas poderiam estar operacionais, todavia a investigação tem demonstrado que a sua

operacionalidade varia de acordo com o conteúdo das memórias autobiográficas. Vários estudos demonstraram que acontecimentos de valência positiva estão associados às funções de *self* e social, enquanto acontecimentos de valência negativa encontram-se mais associados à função directiva (Pasupathi, Lucas, & Coombs, 2002; McLean & Lilgendahl, 2008; Rasmussen & Berntsen, 2009). Waters e colegas desenvolveram um estudo em 2013 com o objectivo de analisar as três funções das memórias autobiográficas. Os resultados revelaram que os acontecimentos de ocorrência única estão mais associados às funções directivas e de *self*, os acontecimentos repetidos associados à função social (Waters, Bauer, & Fivush, 2013).

Descrevemos de seguida algumas das perspectivas do estudo das memórias autobiográficas, partindo de teorias clássicas até uma proposta mais contemporânea acerca da organização deste tipo de memória.

### **Perspectiva de William Brewer**

William Brewer propôs inicialmente o termo “memórias pessoais” para designar as memórias autobiográficas (Brewer & Pani, 1983; Brewer, 1986, 1988, 1992). Para Brewer (1986) memórias pessoais são “*memórias para informações relacionadas com o self*” (p. 26). Posteriormente, adoptou, o termo “memória de recordação” pelo seu carácter mais técnico (Brewer, 1995).

Os trabalhos de Brewer (1986) remetem para a existência de quatro tipos básicos de memórias autobiográficas organizadas de acordo com a sua forma de aquisição (ocorrência única ou repetida) ou pela sua forma de representação (com ou sem imagens). No seguimento, os quatro tipos básicos de memórias autobiográficas são: (1) Memória Pessoal, referente à experiência de um acontecimento particular do passado, com presença de uma imagem visual; (2) Facto Autobiográfico, evocação de um acontecimento passado com ausência de uma imagem visual; (3) Memória Pessoal Genérica, em que existiria uma imagem genérica de um acontecimento de vida passado; (4) Memória Semântica, que resultaria da experiência de um acontecimento específico de ocorrência repetida, com presença ou ausência de imagem visual.

Nesta perspectiva o *self* seria uma estrutura mental complexa, constituída pelo ego, esquemas do *self* e conhecimento autobiográfico da memória a longo-prazo. À medida que, os acontecimentos de vida do indivíduo se tornam conscientes (que ocorreria através do ego), seriam simultaneamente filtrados pelos esquemas do *self*. Os esquemas do *self*, seriam considerados estruturas de conhecimento geral presentes na memória a longo-prazo, contendo material não

consciente. Desta forma, a memória autobiográfica e o *self* estão relacionados, uma vez que, este tipo de memória seria uma parte integrante do *self* (Brewer, 1986).

Nesta perspectiva encontramos uma proposta referente à classificação da memória humana, na qual estariam incluídas as memórias autobiográficas. A classificação resultou do cruzamento de quatro tipos diferentes de *input* que denominou de Ego-self, Visuo-espacial, Visuo-temporal e Semântica, com as condições de aquisição (divididas em apenas uma ocorrência ou mais de uma ocorrência) e formas de representação da memória (acompanhada de imagem mental do acontecimento ou com ausência de imagem mental do acontecimento). Deste cruzamento resultaram oito tipos de memória: (1) Semântica com uma ocorrência, na qual não existe uma representação da imagem mental, por exemplo, as representações proposicionais. (2) Semântica com várias ocorrências, referente a uma representação através de estruturas de conhecimento com um grau de elaboração mais elevado, acompanhada por uma ausência de imagem mental. (3) Ego-self com uma ocorrência, referente a informações relacionadas com o *self* que seriam memórias pessoais de experiências particulares da vida do indivíduo. O tipo de representação poderia ser acompanhada de imagem mental originando uma memória pessoal (acontecimento particular vivenciado pelo indivíduo) ou com ausência de imagem mental que remeteria para um facto autobiográfico (acontecimento relacionado com o *self* sem as particularidades de uma memória pessoal). (4) Ego-self com várias ocorrências, relativo a memórias pessoais genéricas que na presença de uma imagem mental apresentariam detalhes específicos que permitiriam distingui-las de memórias pessoais de outros acontecimentos. (5) Visuo-espacial com uma ocorrência, na qual a exposição a estímulos visuo-espaciais originaria uma imagem visual, em que na presença de informações relativas ao Ego estaríamos perante uma memória pessoal, ou na ausência de informações relativas ao Ego seriam memórias despersonalizadas. (6) Visuo-espacial com várias ocorrências, distinguindo a presença de imagem (imagem visual genérica) ou ausência de imagem (esquemas de locais ou objectos). (7) Visuo-temporal com uma ocorrência, acontecimentos e acções nas quais não era claro que tipo de representação com imagem originaria, embora na ausência de imagem a informação seria representada na forma de scripts. (8) Visuo-temporal com várias ocorrências, referentes a imagens genéricas de acontecimentos cuja representação ocorreria na presença de uma imagem mental e, na ausência de imagem a representação da informação seria na forma de scripts.

## Perspectiva de Marigold Linton

Na continuação da discussão sobre memórias autobiográficas fazemos referência aos contributos de Linton (1975, 1979, 1982, 1986). A autora analisou longitudinalmente as suas próprias memórias autobiográficas, por intermédio de três métodos distintos: método de reconhecimento; método de evocação com recurso a pistas; método de evocação livre. As análises dos conteúdos das memórias autobiográficas foram organizadas através de uma estrutura hierárquica, em que cada nível desta classificação se encontrava relacionado com o nível anterior e com o nível posterior. Assim, Linton propôs a seguinte classificação hierárquica: (1) Tonalidade de humor, podendo ser positiva ou negativa e com uma representação simples ou alargada; (2) Temas e Sub-temas, cujas temáticas mais observadas foram as comuns e as duradouras; (3) Extensões, reflectiriam unidades de informação relativas a acontecimentos de vida e que possibilitariam a descrição de aspectos específicos de vida; (4) Acontecimentos ou Episódios, relativos a acontecimentos com conteúdos do *self* de um conjunto de acções ou acontecimentos, com aspectos temporais e espaciais específicos, seriam relacionados com acontecimentos isolados e com uma coerência independentes do todo da vida do indivíduo. Ainda neste nível se encontram as Amálgamas, em que os acontecimentos não apresentariam qualquer relação (Linton, 1975, 1979, 1982, 1986).

Nas suas observações acerca dos conteúdos das suas memórias verificou que os acontecimentos de tonalidade negativa diminuiriam ao longo do tempo, contudo salientou que em geral existia uma estabilidade na evocação dos conteúdos observados. Assim, ao longo do estudo verificou uma preferência por acontecimentos de valência positiva ou invés de acontecimentos de valência negativa. Conclui que as extensões representam um aspecto significativo, já que permitiriam o acesso a um maior número de unidades de informação e acesso a unidades de informação mais detalhadas durante o processo de evocação. O estudo de Linton ostenta algumas estratégias de evocação e análise referentes às memórias autobiográficas (Linton, 1975, 1979, 1982, 1986).

## **Perspectiva de Ulric Neisser**

A teoria proposta por Neisser (1986, 1988, 1994), considerava uma visão ecológica como modo de compreensão das memórias autobiográficas. Nesta perspectiva o contexto é real de forma equitativa em todos os níveis de análise, e as vivências desses diferentes níveis geralmente são especificados por diferentes tipos de informação. Desta forma, o autor argumenta que as memórias autobiográficas seriam organizadas em unidades mais amplas, que reflectiriam a realidade através de estruturas compreensivas que estariam interrelacionadas.

De acordo com Neisser (1986, 1988, 1994), a capacidade de estar atento à informação no contexto é limitada, ou seja, não é possível prestar atenção em simultâneo a todos os acontecimentos. As memórias autobiográficas dependeriam da forma como a informação foi percebida ao invés do que ocorreu na realidade. Os acontecimentos que são experienciados apresentam uma estrutura encadeada (tal como os acontecimentos reais), em que a capacidade de prestar atenção teria modificações no foco de acontecimento para outro. Estas modificações estariam relacionadas com os objectivos pretendidos.

O contexto representa igualmente a realidade nos diferentes níveis de análise e, os acontecimentos presentes nos diferentes níveis são especificados por diferentes tipos de informação. Para o autor, estes níveis de análise dos acontecimentos autobiográficos encontram-se representados na memória, dando origem a diferentes traços mnésicos (Neisser, 1986).

O processo de evocação poderia derivar do contexto ao acontecimento ou o inverso, em que a evocação partiria de um acontecimento específico. Postula que o processo associativo entre acontecimentos ocorreria igualmente através da sua relação temporal. Desta forma, o processo de reconstrução da informação na memória apresenta também uma estrutura encadeada da própria realidade e que teria influência no processo de evocação (Neisser, 1986).

## **Perspectiva de Craig Barclay**

Na perspectiva de Barclay (1986), o material autobiográfico levaria a uma organização conceptual e armazenamento de informação referente aos esquemas do *self*. Quando a informação era recuperada, o conhecimento autobiográfico referente ao *self* levaria à reconstrução do acontecimento, todavia representaria elaborações imprecisas de vivências do passado. Desta forma,

era considerado que as memórias de acontecimentos de vida sofriam alterações, devido a uma identificação incorrecta de informações de acontecimentos similares (Barclay, 1986).

Numa investigação conduzida por Barclay e Wellman (1986), com o objectivo de analisar as memórias autobiográficas dos indivíduos, especificamente a exactidão dos acontecimentos, utilizaram uma tarefa de identificação de um acontecimento descrito pelo indivíduo com as modificações apresentadas no registo, ou uma descrição feita por outro indivíduo. O registo deveria conter o conteúdo do acontecimento, contendo um mínimo de três elementos – acontecimento, contexto e reacção. Os resultados demonstram que a identificação de acontecimentos da memória autobiográfica seria exacta e inexacta, perante a observação de duas perspectivas diferentes. Acrescentam a importância dos esquemas na análise dos resultados das memórias autobiográficas, já que os acontecimentos deveriam ser integrados nas estruturas de conhecimento do próprio.

Em resumo, verificamos que a perspectiva de Barclay (1986) encontra-se na mesma linha dos trabalhos anteriores realizados por Linton (1975, 1979, 1982, 1986) e Neisser (1986).

### **Perspectiva de Martin Conway**

O modelo, Sistema de Memórias do Self (SMS) de Conway e Pleydell-Pearce (2000), preconiza que o processo de evocação de memórias autobiográficas ocorria através de um sistema resultante da complementaridade entre o *working self* e a base de conhecimento autobiográfico e que conduziria à formação de modelos de evocação. Esta perspectiva preconiza que as memórias autobiográficas são “*construções mentais dinâmicas e transitórias decorrentes de uma base de conhecimento implícito*” (Conway & Pleydell-Pearce, 2000, p. 261).

O conceito de conhecimento autobiográfico proposto neste modelo e analisado em investigações anteriores (Conway, 1990; Anderson & Conway, 1993), distinguia três níveis de especificidade: (1) Períodos de Vida, formado pelo conhecimento geral que caracteriza um determinado período de vida do sujeito, tal como actividades, locais, pessoas, objectivos ou outros; (2) Eventos Gerais, que se traduziriam num nível de maior especificidade e heterogeneidade; (3) Conhecimentos de Eventos Específicos (CEE), composto por uma maior discriminabilidade e vividez dos eventos, gerados por pistas preservadas do primeiro nível. Desta forma, estes níveis levariam à estruturação hierárquica da base de conhecimento autobiográfico. Esta base de conhecimento poderia desencadear a activação de padrões que conduziriam à formação de uma memória autobiográfica. Recentemente, considerou-se que o terceiro nível de especificidade –

Conhecimentos de Eventos Específicos (CEE) – apresentaria uma organização mais complexa, passando a designar-se por Elemento Episódico (EE) (Conway, 2009; Conway & Jobson, 2012).

Outro aspecto relevante para a compreensão do modelo SMS é a relação entre o *self* e a memória autobiográfica. Os estudos de Conway e Tacchi (1996) e Conway e Haque (1999) analisaram a importância das memórias autobiográficas no *self*, assumindo este um papel de destaque na construção da identidade. O *self* e a memória autobiográfica estariam associados ao conceito de *working self*, que seria formado por objectivos organizados hierarquicamente, que teriam como função regular a construção da memória autobiográfica, a sua codificação e recuperação. Funcionaria como um sistema de ligação à realidade, através da *correspondência* e *coerência* dos objectivos do sistema *self* na base do conhecimento. Funcionaria como forma de controlar as cognições e comportamentos do sujeito e, de igual forma, importante no controlo da redução das discrepâncias do *self* (Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Conway, 2005).

Os sujeitos deprimidos apresentariam uma dificuldade em aceder a um nível superior de especificidade, uma vez que a procura de informação destabilizaria o *working self*. Assim, nos sujeitos deprimidos a procura de informação terminaria antes da construção da memória específica, privilegiando a informação mais geral. Uma maior especificidade estaria associada a memórias autobiográficas de conteúdo emocional doloroso, desta forma o término da procura de informação serviria como mecanismo de protecção no acesso a estes conteúdos (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

Nesta perspectiva, a activação do conhecimento autobiográfico definido pelo *working self* e pelos seus objectivos, gerariam modelos de evocação determinantes para o processo de procura de informação. Esta relação entre conhecimento autobiográfico e *working self*, seria influenciada pelas experiências iniciais estabelecidas com os prestadores de cuidados que, por sua vez, formam parte do *self*. Perante experiências iniciais baseadas numa relação do tipo inseguro, os modelos de evocação funcionariam como uma espécie de controlo ao acesso a memórias emocionais ou de vinculação. Este controlo implicaria uma inibição que impediria a reactivação de emoções de valência negativa e comportamentos de vinculação disfuncionais que, por sua vez, poderiam aumentar as divergências face ao *self* (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

A função primordial do modelo de evocação seria o de separar as representações mentais que são memórias daquelas que não o são, ocorrendo com a evocação de experiências prévias e do surgimento de conhecimento na consciência. A representação mental originaria uma memória através da discriminação das categorias de conhecimento que têm de ser combinadas. Funcionariam como bloqueadores ou atenuadores de informação relativa a eventos de experiências

emocionais intensas que poderiam ter um impacto negativo no *self*. Posteriormente, desenvolveremos, os aspectos relacionados com vinculação já que são importantes na compreensão da evocação das memórias autobiográficas conteúdos (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

No modelo SMS, a construção da memória autobiográfica ocorreria através de duas formas de evocação distintas: Evocação Generativa e Evocação Directa. Na Evocação Generativa, uma memória autobiográfica seria construída após cumprimento dos critérios do modelo de evocação e dos processos de controlo inerentes. Este modelo de evocação seria gerado pela formação de padrões de activação resultantes do *working self* e da base do conhecimento. Na Evocação Directa, a memória autobiográfica surgiria quando existisse uma sobreposição dos padrões de activação (que ocorre através de estímulos específicos) com os objectivos do *working self*. Estaria associada à recuperação da informação de forma espontânea conteúdos (Conway & Pleydell-Pearce, 2000).

A aplicabilidade do modelo SMS de Conway e Pleydell-Pearce (2000), em sujeitos com alteração psicopatológica, tal como na depressão em que existe um enviesamento da memória, apresenta implicações importantes na compreensão das memórias autobiográficas, nomeadamente, a codificação e recuperação da informação.

### **Estratégias de Evocação**

No processo de evocação das memórias autobiográficas os indivíduos utilizariam diferentes estratégias para a recuperação da informação.

Na perspectiva de Reiser e colaboradores a recuperação de memórias autobiográficas ocorreria através de um processo direccionado de procura de informação, em que as estratégias de evocação da informação considerariam apenas os acontecimentos que poderiam ser relevantes (Reiser, Black, & Kalamarides, 1986).

O modelo, Contexto e Conteúdo, considera que os acontecimentos armazenados na memória seriam recuperados em primeira instância pelo contexto geral no qual o acontecimento foi codificado. Existiria depois uma procura de detalhes específicos que identificam e diferenciam o acontecimento de outros naquele contexto (Reiser, 1983; Reiser, Black & Abelson, 1985; Reiser, Black, & Kalamarides, 1986).

A organização das memórias autobiográficas ocorre através de estruturas de conhecimento complexas com vista a planear e compreender as vivências do contexto real. As estratégias de recuperação consistiriam na selecção de um contexto apropriado para a procura de informação.

Em segundo lugar, as estratégias de recuperação seriam relativas à procura de informação no contexto seleccionado. O objectivo seria seleccionar as características que discriminam uns acontecimentos de outros. Perante a ausência de informações suficientes para que ocorra a discriminação do acontecimento, as estratégias de recuperação inferem que características se relacionam com o acontecimento. As inferências ocorrem através de mecanismos que têm por base informações gerais presentes nas estruturas de conhecimento (Reiser, Black, & Kalamarides, 1986).

Uma estratégia de recuperação é considerada eficaz com a utilização das informações disponíveis para fornecer características que seriam pistas de recuperação eficazes. Na maioria das vezes, as estratégias de recuperação ocorrem mediante um raciocínio causal por forma a obter o acontecimento armazenado na memória. Desta forma, as estruturas acedidas seriam estruturas prováveis de conhecimento com informações necessárias para o planeamento de acções com vista a alcançar o resultado pretendido (Reiser, Black, & Kalamarides, 1986).

Reiser e seus colaboradores referem que a representação causal da informação estaria relacionada com a representação dos elementos de um acontecimento presente na memória e, seria construído mediante o conhecimento causal e ligado às estruturas de planeamento da memória. Os autores salientam ainda, que os acontecimentos mais relevantes seriam aqueles que representam a motivação envolvida, as acções utilizadas para alcançar a recuperação do acontecimento, os resultados alcançados e os efeitos do acontecimento no comportamento do indivíduo (Reiser, Black, & Kalamarides, 1986).

Williams e Broadbent (1986) realizaram um estudo através da utilização do método da apresentação de palavras como pistas, com o objectivo de analisar as memórias autobiográficas dos sujeitos. Os participantes eram solicitados a evocar um acontecimento específico das suas vidas. Consideraram que uma memória autobiográfica específica era referente a acontecimentos cuja duração fosse inferior a um dia (24 horas). Seguindo a óptica dos autores podemos considerar o seguinte exemplo de uma memória específica, *“O último exame que fiz na universidade”*. No estudo dos autores, as respostas eram cotadas como específicas (se reunissem os critérios de uma memória deste tipo) ou não-específicas.

Posteriormente, Williams e Driscchel (1992) propuseram uma distinção das memórias não-específicas em memórias categóricas e memórias alargadas, seriam memórias mais generalistas em que existiria uma procura de informação de nível intermédio. As memórias categóricas referiam-se aos acontecimentos que eram específicos no tempo, englobando todo um conjunto de acontecimentos. Um exemplo deste tipo de memória seria *“Cada vez que fiz um exame na universidade”*. Por outro lado, as memórias alargadas referiam-se a acontecimentos que ocorreram num período

superior a um dia. Podemos considerar um exemplo de memória alargada “*O meu primeiro ano na universidade*”. Williams e Dritschel (1992) argumentam que perante acontecimentos não-específicos existiria um erro no processo de evocação, sendo frequente em sujeitos com alterações psicopatológicas, como a depressão. Williams e colaboradores num artigo de revisão abordam este aspecto nas alterações psicopatológicas (Williams, et al., 2007).

Williams (2006) propôs um modelo, o modelo CaR-FA-X, com o objectivo de compreender os mecanismos que ocorriam para a generalização da memória. Considerou a existência de três mecanismos: (1) CaR, denominado de Captura e Ruminação, seria resultado de uma procura particular da informação perante a palavra estímulo, cuja divergência no efeito de palavras de valência positiva ou valência negativa poderia existir devido a relações idiossincráticas entre as preocupações do indivíduo e a pista. No caso dos sujeitos deprimidos poderia existir uma tentativa de evocar uma memória específica de valência positiva, todavia existiria uma inibição causada por pensamentos ruminantes activados pela palavra positiva, conduzindo a um processamento analítico negativo. Este último aspecto é concordante com o trabalho de Watkins e Teasdale (2004). (2) FA, designado de Evitamento Funcional, ligado ao reduzido controlo executivo necessário ao processo de evitamento na memória, que se verifica nos sujeitos deprimidos através da recuperação da informação de forma mais lenta e consecutivamente aumento de memórias categóricas. (3) X, intitulado de Disfunção do Controlo Executivo, remete a dificuldade em manter a instrução para ser específico na memória, tal como ocorre no caso da depressão (Williams, 2006). O modelo CaR-FA-X foi utilizado em investigações mais recentes (e.g. Dritschel, 2011; Summer, et al., 2014), verificando-se nos sujeitos deprimidos o efeito dos três mecanismos acima descritos.

### **Memórias Autobiográficas Voluntárias e Involuntárias**

Procurando explicitar as semelhanças e diferenças entre estes dois tipos de memória autobiográfica, Berntsen (2009) contempla que ambas surgiriam através da influência recíproca entre o processo de recuperação da informação e o conhecimento autobiográfico armazenado. Particularizando, afirma que ambas partilhariam os mesmos factores básicos de codificação e armazenamento da informação. Todavia, a principal diferença residiria na forma como a informação é recuperada.

Neste sentido, Berntsen (2009) elucida que as memórias voluntárias seriam recuperadas através da iniciação e monitorização da procura consciente de informação. Surgiriam através de

processos cíclicos do tipo *top-down*, com recurso a pistas. Por sua vez, as memórias involuntárias surgiriam através de processos associativos sem uma procura consciente da informação. As pistas para a recuperação de memórias involuntárias, caracterizadas por serem situacionais e não seleccionadas, encontrar-se-iam presentes no meio ambiente ou no pensamento. Nesta sequência, não existiria uma elaboração direccionada para a procura de informação no processo de recuperação. Seria a capacidade de discriminação da pista que determinaria o surgimento ou não de uma memória autobiográfica involuntária.

Relativamente à frequência, observou-se que as memórias autobiográficas involuntárias são registadas como sendo três vezes mais frequentes quando comparadas à evocação de memórias autobiográficas involuntárias (Rasmussen & Berntsen, 2011).

Berntsen (2009) menciona que as memórias autobiográficas involuntárias fornecem mais informações episódicas quando comparadas com a recuperação voluntária. O processo de evocação de memórias involuntárias poderia apresentar mais frequentemente a função directiva do que as funções de *self* e social.

No que respeita à especificidade, as memórias autobiográficas involuntárias demonstram ser mais específicas comparativamente às voluntárias (e.g. Berntsen & Hall, 2004; Schlagman & Kvavilashvili, 2008). Este aspecto reforça a ideia de que a função directiva encontra-se mais presente nas memórias autobiográficas involuntárias e que estas são orientadoras do comportamento presente (Berntsen, 2009).

### CAPITULO III – MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS INVOLUNTÁRIAS

O estudo das memórias autobiográficas involuntárias é um campo recente entre os investigadores cognitivistas.

Para iniciar uma compreensão dos múltiplos aspectos que integram as memórias autobiográficas involuntárias importa retornar a Hermann Ebbinghaus (1885/1964). Definiu Memórias Autobiográficas Involuntárias como: “*Estados mentais uma vez presentes na consciência voltam a esta com aparente espontaneidade e sem qualquer acto de vontade*” (p. 2).

Nesta linha Berntsen em 1996 definiu Memórias Autobiográficas Involuntárias como: “*Uma memória de uma experiência pessoal trazida à consciência com aparente espontaneidade, isto é, sem tentativas precedentes de a recuperar*” (p. 435). Deste modo, estas memórias são espontâneas e subjectivamente

vivenciadas como não intencionais (Berntsen, 1996, 2009; Conway & Pleydell-Pearce, 2000; Mace, 2004; Schacter, 1987).

Para Roberts (2002), as memórias autobiográficas involuntárias apresentariam a função de continuidade e ampliação temporal, cuja importância se prenderia também na aprendizagem e planeamento. Na perspectiva de Berntsen e Jacobsen (2008), a função apresentada por Roberts apresentaria três particularidades: (1) A sensação de continuidade remeteria para uma colocação subjectiva no tempo, permitindo uma avaliação da situação pessoal presente; (2) A subjectividade do tempo em situações cognitivamente pouco exigentes, isto é em situações em que a atenção não estaria focada em acções presentes, possibilitaria uma reflexão da vida pessoal passada e preparação para o futuro; (3) A informação significativa para uma situação actual, poderia aumentar através da sobreposição do conteúdo da memória com o contexto da recuperação, permitindo assim a resolução de problemas e consciência da vida pessoal.

O processo de evocação das memórias autobiográficas involuntárias exige um controlo executivo reduzido, o que segundo Klinger (1975), devido ao carácter aleatório do estímulo, várias memórias poderiam ser activadas, mesmo que insignificantes para a situação presente. Acrescenta que estas memórias poderiam abordar preocupações actuais e serem significativas para a vida do indivíduo de uma forma global.

Tal como abordámos no ponto anterior, as memórias autobiográficas apresentariam três funções distintas: *Directiva*, *Social* e *Self* (Bluck, 2003; Bluck, Alea, Habermas, & Rubin, 2005; Bluck & Alea, 2002; Cohen, 1998; Pillemer, 1992). Através destas funções subsistiria uma sensação de continuidade e uma perspectiva temporal mais ampla. Para Rubin e Berntsen (2009), as memórias autobiográficas involuntárias apresentariam as três funções descritas. Contudo, Rasmussen e Berntsen (2009) advogam que a função directiva estaria particularmente associada à recuperação de memórias autobiográficas involuntárias, devido às características dos estímulos e da sua sobreposição com o contexto. Deste modo, os processos associativos na recuperação das memórias, resultaria no maior acesso a acontecimentos específicos.

Pillemer (2003), um dos autores que revisitou a função directiva das memórias autobiográficas, inscreve-a como a mais básica e antiga do ponto de vista evolutivo e, portanto mais associada à sobrevivência. Pillemer defende a dificuldade em identificar a função directiva na evocação estratégica. Seguindo esta linha de raciocínio, a função directiva estaria presente na recuperação espontânea, ou seja, involuntária (Rasmussen & Berntsen, 2009).

De seguida, descrevemos três perspectivas referentes a diferentes modelos com objectivo de obtermos uma compreensão mais aprofundada das memórias autobiográficas involuntárias.

## Perspectiva Psicodinâmica

### *Memórias Involuntárias Simbólicas*

Spence (1988) sublinhou que as memórias autobiográficas involuntárias seriam referências simbólicas que ocultariam desejos e fantasias subjacentes. De acordo com esta perspectiva psicanalítica clássica, uma memória autobiográfica involuntária poderia constituir-se como um mecanismo de defesa, impedindo que determinados aspectos surgissem na consciência. A memória evocada possibilitaria o bloqueio de outras memórias de natureza ameaçadora. Representaria *insight*, auxiliando na compreensão de diferentes situações. Poderia ainda representar informação codificada para a situação em que emerge. Face a esta conceptualização, a memória autobiográfica involuntária surgiria quando o indivíduo se encontrasse num estado passivo de consciência, denominado de recordação passiva, e geralmente sem pistas identificadas.

A perspectiva de Spence (1988) surge em consonância com as reflexões de Freud (1905/1963) no que concerne ao caso Dora. A presença e persistência de pensamentos indesejados, estaria relacionado com mecanismos de defesa inconscientes e com a ocultação de outros aspectos perturbadores. Freud (1899/1953) denominou este bloqueio de conteúdos ameaçadores de recordação encobridora. Com efeito, a concepção de Freud (1905/1963) sobre pensamentos e memórias involuntárias persistentes remeteria para uma função de defesa contra a percepção dos conflitos inconscientes.

### *Recordações involuntárias de eventos traumáticos*

Freud (1920/1955) defende que o conceito de trauma poderia ser compreendido como um acontecimento que superou a capacidade de processamento. Desta forma, os processos de elaboração e integração do acontecimento não seriam possíveis de ocorrer. Freud defende que o conceito de trauma deveria ser visto exclusivamente em termos do impacto que uma determinada experiência traumática exerce sobre o indivíduo. Assim, o estímulo traumático proveniente do mundo externo teria capacidade para penetrar, o que foi designado de escudo protector do sistema nervoso (Freud, 1920/1955).

Horowitz (1969) postula a existência de uma forma especial de armazenamento da experiência traumática até à sua integração na memória, denominada de armazenamento activo de memória. Neste armazenamento haveria uma propensão intrínseca e automática para tornar consciente o conteúdo da experiência traumática. Assim, as memórias involuntárias de natureza traumática surgiriam repetidamente na consciência

Alicerçados em conceitos similares, os escritos sobre o armazenamento activo de memória e a interacção entre intrusões e evitamento propostos por Horowitz aparentam basear-se no conceito de repetição compulsiva de Freud (1914/1959) e, estaria estreitamente relacionado com o conceito de recalçamento. A repetição compulsiva remeteria para a reprodução da experiência traumática (por exemplo, através de sonhos), cuja origem e manutenção ocorreria devido ao facto do material traumático se encontrar reprimido.

Teorias recentes referem que as memórias traumáticas integrariam reproduções precisas dos diferentes aspectos do material traumático. Desta forma, estas memórias seriam compreendidas como referências exactas de uma realidade passada intacta e, que surgiriam através de pistas situacionais não-verbais (Brewin & Holmes, 2003).

### *Sonho diurno*

Nos pressupostos de Freud (1920/1955), o sonho diurno, estaria ligado ao princípio do prazer com vista à satisfação de necessidades básicas de cariz instintivo, do qual resultaria a redução da excitação interna. Este princípio seria activado dentro do organismo, existindo uma disputa com o princípio da realidade. A disputa entre o princípio do prazer e o princípio da realidade conduziria ao adiamento ou impedimento da satisfação, o que na óptica de Freud poderia gerar o recalçamento. No quadro da Teoria Psicanalítica, o sonhar diurno sempre que intenso poderia levar ao desenvolvimento da histeria. Tal facto, poderia ocorrer se o seu conteúdo tivesse sido recalçado, acedendo posteriormente à consciência na forma de fantasias involuntárias (Freud, 1908/1959).

Singer (1978, 1988) rejeita a explicação psicanalítica, segundo a qual o sonho diurno derivaria de desejos reprimidos. Defende que o sonhar diurno seria geralmente involuntário, operando independentemente da estimulação externa. Acrescentou ainda, que apresentaria funções meramente cognitivas, como o planeamento ou resolução de problemas. Nesta perspectiva o seu conteúdo seria definido em parte por objectivos ou problemas não resolvidos, estreitamente relacionado com a esfera emocional do indivíduo.

De forma análoga, Klinger (1971, 1978, 1990) postula que seria através de factores motivacionais internos e estímulos externos e da interacção entre estes factores que surgiriam as imagens e pensamentos automáticos. Klinger concebe que o pensamento involuntário seria decorrente da conjugação de uma situação externa e de factores motivacionais internos (do próprio). A proposta de Klinger surge como contrária às ideias de Singer (1966).

## **Perspectiva Cognitiva**

### *Teorias Cognitivas com ideias psicodinâmicas*

Os pressupostos psicodinâmicos das teorias cognitivas, fundamentais para a compreensão das memórias autobiográficas involuntárias, encontram-se estruturados em três blocos distintos:

1. *Supressão do Pensamento*. Este ponto das teorias cognitivas remete para um processo em que existe uma tentativa de impedir alguns pensamentos indesejados de aceder à consciência. Numa investigação realizada com o objectivo de analisar a supressão de pensamentos indesejados, verificou-se um efeito paradoxal. Contrariamente ao esperado perante tentativas de suprimir tais pensamento, a probabilidade destes surgirem aumenta (Wenzlaff & Wegner, 2000). Este efeito, é explicado através de dois processos de controlo mental. Um processo operacional voluntário que procura manter determinada informação fora da consciência e, um processo involuntário que ocorre através de uma monitorização inconsciente dos conteúdos mentais com sinais do alvo pensado, sendo indicativo de uma falha no impedimento de um pensamento aceder à consciência (Wegner, 1994, 1997; Wenzlaff & Wegner, 2000; Wegner, Quillan, & Houston, 1996). Desta forma, os acessos voluntários e involuntários à informação são, paradoxalmente, reforçados na tentativa de suprimir o pensamento.

2. *Activação e Propagação Pré-consciente*. Activação pré-consciente refere-se a um estado não-consciente de activação, potencialmente acessível à consciência e iniciada de forma automática, ou seja, sem qualquer procura explícita (Mandler, 1994, 2007). Nesta perspectiva a activação pré-consciente automática ocorre através de uma rede associativa que, quando comparada à recuperação consciente, activa mais partes desta rede associativa. De acordo com esta perspectiva, determinado acontecimento pode não ser acedido perante uma procura estratégica consciente, surgir espontaneamente quando tais tentativas de recuperação são interrompidas.

3. *Recuperação Directa e Crítica do Self*. O termo recuperação directa, introduzido por Conway em 1992, refere-se à evocação de um acontecimento que surge de forma espontânea e experienciada de um modo subjectivo. Esta forma de recuperação ocorre, mediante uma pista suficientemente diferenciada, em que a rede associativa da memória autobiográfica é activada levando à construção automática de uma representação de memória. Assim, com base neste modo de evocação de um acontecimento surge sem qualquer procura consciente da informação (Conway, 1992). Concomitantemente a recuperação directa assenta no princípio da codificação da especificidade de Tulving e Thomson (1973). De acordo com este princípio, uma pista para uma memória autobiográfica episódica revela ser útil quando a sua codificação ocorreu em conjunto com a informação a ser recordada.

#### *Processamento da Informação*

Numa abordagem à cognição e ao facto desta ser orientada por regras, Schank (1982, 1999) propôs uma teoria denominada de Memória Dinâmica. Assim, com base nesta premissa, a questão “Se a cognição é orientada por regras, como lidamos com situações novas para os quais não existem regras aplicadas?”, apresenta-se como premente. Esta questão encontra resposta no processamento da nova situação, alicerçado em memórias involuntárias semelhantes que ocorreram no passado.

A recuperação de memórias involuntárias, segundo Schank ocorre mediante uma estrutura global da situação actual, ou seja, através de meta-estruturas. Mais concretamente, menciona que a memória é recuperada através de estruturas isomorfas, ou seja, as estruturas que regulam o processamento da nova situação e as estruturas da memória a longo prazo. Neste sentido, a memória involuntária através de representações passadas similares, possibilita o processamento da informação, conduzindo a que seja constituída uma nova estrutura, de ordem superior na memória, (Schank, 1982).

Ross (1984) corrobora este anunciado, afirmando que memórias involuntárias de acontecimentos relevantes do passado surgem durante a aprendizagem de algo novo, clarificando serem frequentes e desencadeadas por características concretas do contexto.

Por outro lado, Morton, Hammersley e Bekerian (1985) explicam que o armazenamento das memórias ocorreria através de registos distintos, individualmente ligados a uma chave de acesso, através dos quais a memória seria activada. Com efeito, segundo os autores, estas chaves de acesso incluiriam representações concretas do acontecimento e, concomitantemente, não teriam qualquer analogia com o conteúdo proposicional da memória. Neste sentido, as memórias autobiográficas

involuntárias seriam recuperadas através de pistas suficientemente discriminadas, embora periféricas ao conteúdo da memória (Morton, 1990).

### *Teorias Neurais*

A memória autobiográfica involuntária e as regiões cerebrais envolvidas na sua codificação e recuperação, como vector de investigação, têm sido escassamente estudadas. Contudo, existe um consenso que são os lobos temporais, hipocampo e áreas vizinhas, que surgem como áreas do cérebro implicadas nos processos de codificação e recuperação da memória autobiográfica (Penfield, 1947; Moscovitch, 1995; Rubin, 2006; Hall, 2007).

Em relação a esta questão, Penfield (1947) nos seus trabalhos pioneiros, defende a importância dos lobos temporais na recuperação memórias autobiográficas involuntárias. Estes trabalhos conduzidos com recurso à estimulação eléctrica do cérebro durante uma neurocirurgia, designadamente nos lobos temporais, demonstraram que alguns indivíduos apresentaram fragmentos pouco detalhados de episódios pessoais do passado, remetendo para a activação da memória involuntária.

Na década de noventa, Moscovitch introduz uma teoria neuronal que procurou explicitar que áreas do cérebro estão envolvidas durante os processos de codificação e recuperação da informação. Assim, propõe os lobos temporais médios, hipocampo e estruturas límbicas como áreas envolvidas. Partindo deste pressuposto, estabelece a distinção entre recuperação associativa e recuperação estratégica. A primeira ocorreria na presença de uma pista que seria suficientemente diferenciada para a recuperação da memória e, a segunda ocorreria com uma pista que serviria para uma procura do material a ser recuperado (Moscovitch, 1995). Desta forma, a distinção proposta corresponderia à evocação involuntária e evocação voluntária, respectivamente.

### **Perspectiva Estética**

Lançando uma breve descrição sobre os escritos das memórias autobiográficas involuntárias segundo a perspectiva estética, vários autores têm abordado este tipo de memória com enfoque nas emoções associadas. Com este propósito, encontramos no romancista Marcel Proust um enfoque na compreensão das memórias autobiográficas involuntárias. O autor refere ser uma forma única de capturar a essência do passado, associado à vivência emocional intensa do acontecimento (Proust, 1928/2003).

Subjacente à perspectiva de Proust, as características estéticas remetem para a singularidade das memórias autobiográficas involuntárias, baseado no facto destas surgirem de um modo não interpretado. As memórias autobiográficas involuntárias caracterizam-se pelo seu carácter espontâneo e inesperado, bem como pela preservação das suas características originais. Deste modo, existe uma vivência emocional intensa das recordações do passado associadas à sua identidade. Para Proust é a ausência de uma procura voluntária da informação e conseqüente interpretação narrativa que preserva a singularidade da memória autobiográfica involuntária (Proust, 1928/2003).

De acordo com Epstein (2004), a qualidade estética da memória autobiográfica involuntária advém do seu carácter não interpretado, ou seja, as suas características originais são possíveis de serem recuperadas com a singularidade do contexto original.

Numa linha de raciocínio semelhante, Salaman (1982) afirma, que as memórias autobiográficas espontâneas estão carregadas de vivências emocionais intensas, existindo uma alegria associada singular que não seria explicada. Para Berntsen (2001), a intensidade de uma emoção associada à memória, poderia constituir-se como um modo significativo de continuidade da identidade.

### **Codificação e Recuperação de Memórias Autobiográficas Involuntárias**

Quando se procura compreender os processos envolvidos na codificação e recuperação de memórias autobiográficas involuntárias, deveremos olhar para o princípio da especificidade da codificação, proposto por Tulving e Thomson (1973). De acordo com este princípio, *“as operações específicas na codificação praticadas sobre o que é percebido determinam o que é armazenado na memória, e o que é armazenado determina que estímulos para a recuperação são eficazes no acesso ao que está armazenado”* (Tulving & Thomson, 1973, p. 369).

Na perspectiva do princípio da especificidade da codificação, a evocação de um acontecimento ou de determinada informação dependeria de dois aspectos: (1) processos iniciais de codificação e traços de memória resultantes; (2) posterior contexto e estímulos de recuperação. Com efeito, preconizaram a interrelação dos processos de codificação e recuperação da informação, que determinariam o traço de memória. Segundo este princípio a evocação e reconhecimento da informação seriam influenciados pelas condições de codificação e de recuperação, ou seja, no primeiro caso a informação a ser recordada seria preservada na memória mediante o contexto da codificação e, no segundo caso seria possível preservar as condições de

codificação da informação mediante o contexto de recuperação. Decorrente da interrelação destes processos, um estímulo poderia ser eficaz numa determinada situação e não se verificar o mesmo em outras situações. A informação a ser recuperada dependeria essencialmente da sua codificação inicial e, determinaria a eficácia de um estímulo em específico (Tulving & Thomson, 1973).

Desta forma, o contributo do princípio da especificidade da codificação na recuperação de memórias autobiográficas involuntárias assenta no facto das memórias serem activadas através de processos associativos, isto é, mediante um estímulo presente no meio ou no pensamento e, igualmente presente durante a sua codificação (Tulving & Thomson, 1973).

Segundo Tulving (1974), existe uma distinção entre acessibilidade e disponibilidade, dois conceitos auxiliares na compreensão do motivo pelo qual determinado acontecimento é recuperado em detrimento de outros acontecimentos armazenados na memória. Assim, de acordo com esta distinção a informação pode estar disponível na memória, ou seja, armazenada na memória e não se encontrar acessível no momento da recuperação. Para Watkins e Watkins (1975), uma pista associada apenas a um item da informação, ao invés de relacionada com um variado número de itens de informação, constituiria as características apropriadas para a activação de uma memória.

No seguimento deste enunciado, importa perceber qual o motivo para um determinado estímulo gerar a activação de uma memória autobiográfica involuntária, enquanto outros estímulos presentes em simultâneo não a originam. A compreensão deste facto reside na acessibilidade da memória, designadamente nas suas restrições, em que o efeito da recência ou da emoção pode exercer influência permitindo que algumas memórias sejam recuperadas em detrimento de outras (Tversky, & Kahneman, 1973). Outros aspectos a ter em conta prendem-se com o desvio da atenção para um determinado estímulo num dado momento (Berntsen, 2009), e a sua capacidade para discriminar um item de informação armazenada na memória (Rubin, 1995).

Tomando como base as considerações de Berntsen (2009), o facto de apenas ser necessária a presença do estímulo para activar uma memória, conduziria a uma constante recuperação de memórias involuntárias, o que não sucede. Desta forma, distinguiu cinco aspectos para responder à questão, directamente relacionados com a noção de discriminabilidade do estímulo: (1) Estímulo insuficiente, expressão introduzida por Rubin (1995), remeteria para que numa dada situação o estímulo apenas se associaria a um acontecimento passado e, estaria relacionado com níveis elevados de capacidade discriminativa do estímulo; (2) Distintividade, relacionado com o facto de um estímulo associado a um acontecimento passado ser distinto dos restantes; (3) Estímulos múltiplos, que em conjunto com a capacidade do estímulo discriminar um item de informação, poderiam levar a um aumento da probabilidade de surgirem memórias espontâneas; (4) Vieses motivacionais, em que as memórias espontâneas seriam activadas com base na influência destes

factores através do foco num único estímulo; (5) Ensaio, emoção e recência, aspectos que conduziriam a que o estímulo activasse um maior número de memórias e, tal ocorreria devido ao aumento da potência das conexões necessárias para a activação da memória.

### **Metodologias de Estudo das Memórias Autobiográficas Involuntárias**

O método de estudo das memórias autobiográficas involuntárias pode assumir várias formas. Reason (1990) considerou quatro formas distintas de investigar os erros involuntários, isto é, o método de amostragem, o método laboratorial, o método por inquéritos e o método de diário. Embora estes métodos tenham surgido para estudar os erros involuntários, todos foram utilizados no estudo das memórias autobiográficas involuntárias.

O método de amostragem consistiria em recolher exemplos de memórias autobiográficas involuntárias. Para Reason (1990), a recolha de exemplos seria efectuada de forma sistemática e, forneceria uma lista de múltiplas subclasses de erros involuntários de um modo global. Pormenorizando para as memórias autobiográficas involuntárias, a recolha de exemplos seria realizada através de conversas privadas com terceiros (Schank, 1982), observação de casos clínicos (Ehlers et al., 2002), e através da literatura (Salaman, 1982; Spence, 1988). Retomando a Reason (1990), a desvantagem deste método residiria no facto de poder existir um enviesamento, ou seja, negligenciar alguns exemplos recolhidos e tendencialmente procurar outros exemplos que ajustassem na teoria.

No método laboratorial existe uma diferenciação nas investigações. Por um lado, existem estudos que incidem no controlo dos processos de codificação (Holmes, Brewin, & Hennessy, 2004; Holmes & Bourne, 2008; Hall & Berntsen, 2008), por outro lado, estudos que controlam os processos de recuperação das memórias autobiográficas involuntárias (Ball, 2007; Mace, 2006; Schlagman, & Kvavilashvili, 2008). Hall e colaboradores conduziram um estudo em que tentaram controlar ambos os processos de memória, ou seja, a codificação e recuperação de memórias autobiográficas involuntárias (Hall & Berntsen, 2008). O método laboratorial é vantajoso já que permite o controlo e manipulação de variáveis. Todavia, a principal desvantagem reside na ausência do contexto natural, isto é, das características quotidianas do meio envolvente.

O método por inquéritos seria conduzido através do preenchimento de questionários em papel, ou através de entrevistas presenciais ou telefónicas, assentando em apreciações retrospectivas do indivíduo. Este método contemplaria a última memória autobiográfica

involuntária que o indivíduo recorde. Desta forma, os resultados obtidos poderiam ser enviesados e incertos, uma vez que o indivíduo poderia recuperar acontecimentos distintos (Berntsen, 2009). A limitação do método de estudo por inquéritos prende-se com o facto de que as memórias autobiográficas involuntárias do indivíduo fossem influenciadas pelas suas crenças, afastando-se de uma observação objectiva do acontecimento recuperado (Nisbett & Wilson, 1977). Berntsen (2009) argumenta que estudos baseados no método por inquéritos devem incluir questões simples e não devem reflectir observações retrospectivas do próprio indivíduo que sejam demasiado complexas.

O método do diário permite que os indivíduos registem as suas memórias autobiográficas involuntárias imediatamente após a sua recuperação. Em investigações realizadas através do método de diário é entregue ao participante um caderno em papel (ou em suporte electrónico) que contém um conjunto de questões que devem ser respondidas aquando da recuperação de uma memória autobiográfica involuntária. Desta forma, seria possível analisar a relação entre o acontecimento recuperado e o contexto. Constituiria um modo de obter informações sobre o que levaria ao surgimento de memórias autobiográficas involuntárias no quotidiano. Concomitantemente permitiria analisar o estado emocional no momento da recuperação e o seu impacto no indivíduo (Berntsen, 2009). O método por diário permitiria a existência de uma menor contaminação dos resultados, uma vez que não se fundamentaria na retrospectiva do indivíduo (Ericsson & Simon, 1980; Nisbett & Wilson, 1977). Berntsen (2009) aponta como limitação deste método a ausência de monitorização por parte do investigador, ou seja, as memórias poderiam não ser anotadas de acordo com as instruções fornecidas, ou poderia existir um esquecimento. Desta forma, a autora sugere que o número de memórias autobiográficas involuntárias diárias deveria ser limitado, por exemplo, anotar apenas os primeiros dois acontecimentos do dia, e preencher um questionário com questões específicas para cada acontecimento recuperado.

### **Características das Memórias Autobiográficas Involuntárias**

As memórias autobiográficas involuntárias são frequentes no dia-a-dia do ser humano. Investigações conduzidas com recurso ao método por diário apuraram que são evocadas entre três a cinco memórias autobiográficas involuntárias por dia (Berntsen, 1996, 2007; Kvavilashvili & Mandler, 2004; Mace, 2004, 2005). Em total paralelismo, Rubin e Berntsen (2009) verificaram que um acontecimento recuperado de forma involuntária é classificado como tão prevalente quanto o mesmo acontecimento recuperado voluntariamente.

No que respeita à valência emocional da memória, Berntsen (1996) apurou um predomínio da evocação de acontecimentos de valência emocional positiva comparativamente às valências emocionais negativa e neutra. Vários estudos corroboram estes resultados (Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Berntsen & Rubin, 2002; Berntsen & Hall, 2004). A investigação demonstra a existência de uma congruência entre o estado de humor antes da evocação da memória e o seu conteúdo emocional (Berntsen, 1996, 2001; Berntsen & Hall, 2004). Berntsen (1996) concluiu que existe uma relação entre a valência emocional da memória e o seu impacto no humor.

### **Características dos Estímulos no Processo de Evocação**

Na tentativa de caracterizar os estímulos que conduzem à evocação da memória autobiográfica involuntária, vários estudos conduzidos através do método do diário, apuraram que para a generalidade das memórias existe a identificação de estímulos específicos (Berntsen, 1996, 2001; Berntsen & Hall, 2004; Mace, 2004; Schlagman, Kvavilashvili, & Schulz, 2007; Ball & Little, 2006; Kvavilashvili & Mandler, 2004; Schlagman & Kvavilashvili, 2008).

Nos estudos pioneiros de Berntsen, os estímulos identificáveis são categorizados em três partes: Externos, referentes a elementos presentes no ambiente físico; internos, relacionados a aspectos como as emoções ou pensamentos; e mistos, contemplando aspectos internos e externos (Berntsen, 1996). A investigação é clara ao demonstrar que as memórias autobiográficas involuntárias são mais frequentemente activadas por estímulos externos em comparação com os estímulos internos (Berntsen, 1996, 2001; Berntsen & Hall, 2004; Mace, 2004; Schlagman, Kvavilashvili, & Schulz, 2007). Com efeito, Berntsen (2009) relaciona este aspecto com a própria natureza espontânea da memória autobiográfica involuntária, uma vez que existe uma ausência de controlo dos estímulos externos constantemente presentes no dia-a-dia dos indivíduos. Importa sublinhar que o facto da maioria das memórias autobiográficas involuntárias apresentarem semelhanças entre o conteúdo da memória e o contexto da recuperação, encontra-se em consonância com o princípio da especificidade da codificação de Tulving e Thomson (1973), isto é, perante um estímulo presente no meio ou no pensamento, a memória surgiria se a informação a ser lembrada tivesse presente durante a sua codificação. Contrariamente, Morton (1990) apontou que as características dos estímulos das memórias autobiográficas involuntárias são irrelevantes para o conteúdo real da memória, uma vez que surgem como secundárias ao acontecimento evocado.

Berntsen ao procurar identificar quais os aspectos comuns entre o acontecimento recuperado e o estímulo, propôs a classificação dos estímulos em categorias distintas (Berntsen, 1996). Observou que as categorias assinaladas com maior frequência eram referentes a objectos, temas (de vida e genéricos), actividades e pessoas. As categorias com menor prevalência eram referentes a locais, experiências sensoriais (por exemplo, olfactiva ou auditiva), sentimentos e palavras. Na procura da compreensão da evocação de memórias, originadas apenas através de estímulos sensoriais, importa apontar o trabalho de Berntsen (2001) que, concluiu que a maioria dos estímulos sensoriais eram auditivos (usualmente música), seguido de estímulos visuais, tácteis, gustativos, olfactivos, somáticos e cinestésicos.

Em relação à discriminabilidade dos estímulos, Berntsen (1998) verificou que os estímulos centrais relacionados com o conteúdo da memória, activariam um maior número de memórias autobiográficas involuntárias em comparação com estímulos periféricos. Os resultados encontrados por Schlagman, Kvavilashvili e Schulz (2007) numa investigação conduzida através do método do diário, corroboram os resultados de Berntsen.

### **Factores que Influenciam o Processo de Evocação**

Ao procurarmos compreender como a atenção influencia a evocação de memórias autobiográficas involuntárias, assinala-se a diferenciação proposta por Kahneman (1973) entre um modo de atenção voluntária e um modo de atenção involuntária. Na atenção voluntária existe um foco de actividades actuais seleccionadas, por exemplo trabalhar num projecto para a faculdade. Por outro lado, na atenção involuntária o foco encontra-se patente em características relacionadas com o próprio ou relacionadas com aspectos causadores de surpresa ou admiração. Desta forma, a atenção involuntária relaciona-se com a teoria do sonhar acordado de Singer (1966). Existe uma maior activação de memórias autobiográficas involuntárias quando a atenção se encontra num modo involuntário, ou seja, quando não existe uma concentração plena na tarefa.

Revisitando os aspectos relativos à atenção na evocação de memórias autobiográficas involuntárias, os investigadores constatam que estas são mais frequentes em momentos de estados de consciência difusa, comparativamente a momentos de maior concentração (Berntsen, 1998; Johannessen & Berntsen, 2010; Kvavilashvili & Mandler, 2004; Rasmussen & Berntsen, 2011). Adicionalmente, Kvavilashvili e Mandler (2004) apuraram que, no momento da evocação, os sujeitos encontravam-se a realizar actividades diárias de forma relativamente automática. Posteriormente, estes resultados foram corroborados por Schlagman, Kvavilashvili e Schulz (2007).

Relativamente ao estado difuso de consciência, sublinha-se que os aspectos acima referidos encontram-se em consonância com os postulados de Singer acerca do sonho diurno e de *task-unrelated thoughts*. Segundo as considerações do autor, à medida que aumenta a exigência cognitiva numa determinada situação diminui a frequência dos *task-unrelated thoughts* (Singer, 1966, 1975, 1993). Analogamente, numa investigação conduzida através do método laboratorial, verificou-se que tarefas que exigem maiores níveis de concentração sobrevêm como impedidoras para a activação de memórias autobiográficas involuntárias (Ball, 2007). Desta forma, Baddeley (1993) advoga que ambas, evocação de memórias autobiográficas involuntárias e actividades cognitivas mais exigentes, utilizam os mesmos mecanismos.

Os factores motivacionais que exercem influência nos estímulos para a evocação de memórias autobiográficas involuntárias podem, segundo Berntsen (2009), ser entendidos através de três constructos presentes na literatura. O primeiro constructo, denominado de *Preocupações Presentes*, foi proposto por Klinger (1978) e contemplava que existiria interiormente um aumento do interesse relacionado com o estímulo. O segundo constructo foi proposto por Klos e Singer (1981), designado por Assuntos Pessoais Inacabados, estaria relacionado com questões pessoais por resolver, prolongadas no tempo e que teriam impacto na vida pessoal do indivíduo. O terceiro constructo foi proposto Bernsten que designou por Acontecimentos Turbulentos, ou seja, acontecimentos recentes positivos ou negativos com impacto na vida pessoal do indivíduo (Berntsen, 2009).

Berntsen (2007) sobre os factores motivacionais e a sua relação com os processos associativos das memórias autobiográficas involuntárias remetem para a interacção entre dois aspectos distintos: (1) Situação Imediata, que se refere a um momento específico que surge como estímulo para a memória; (2) Situação de Vida, que integraria uma reflexão presente sobre passado e futuro, conduzindo a uma maior sensibilidade para estímulos relacionados com memórias da vida pessoal do indivíduo.

## **CAPÍTULO IV – MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS E DEPRESSÃO**

A investigação tem sido crescente na relação entre memórias autobiográficas e depressão. Seguidamente, analisamos várias investigações que avaliam o efeito da depressão neste tipo de memória.

Um dos aspectos conhecidos sobre o efeito da depressão na evocação de memórias autobiográficas é a sua generalização. Numa meta-análise realizada sobre este ponto verificaram nos vários estudos, que quanto maior o número de memórias autobiográficas categóricas e alargadas no primeiro momento de avaliação, maior a sintomatologia depressiva nas avaliações seguintes e adicionalmente um reduzido número de memórias específicas. Observaram uma relação entre a generalização da memória e o curso da depressão (Summer, Griffith, & Mineka, 2010). O efeito da redução da especificidade e conseqüente generalização da memória autobiográfica na depressão encontra-se bem documentado na literatura, sendo confirmado por várias investigações (e.g. Cláudio, 2004; Anderson, Goddard, & Powell, 2010; Mowlds, et al., 2010; Cláudio, Aurélio, & Machado, 2011; Semkovska, Noone, Carton, & McLoughlin, 2012; Liu, Li., Xiao, Yang, & Jiang, 2012; Summer, Mineka, & McAdams, 2013; Smets, Griffith, Wessel, Walschaerts, & Raes, 2013; Andersson, Hesser, Cima, & Weise, 2013), sendo indiferente da cultura em que o sujeito está inserido (Dritschel, Kao, Astell, Neufeind, & Lai, 2011). Contudo, analisando as memórias autobiográficas relativamente às estratégias de evocação, verificamos uma maior especificidade de memórias autobiográficas involuntárias, existindo a evocação de um maior número de memórias específicas involuntárias por parte dos sujeitos deprimidos (Watson, Berntsen, Kuyken, & Watkins, 2013).

No que respeita à valência, existe uma preferência pela evocação de informação negativa. O estudo conduzido por Cláudio e colaboradores, partindo do objectivo de analisar a relação entre a depressão e as memórias autobiográficas, observou que os sujeitos deprimidos evocavam um maior número de memórias autobiográficas de valência negativa em comparação com os sujeitos com diagnóstico de perturbação de pânico e sujeitos sem alteração psicopatológica. No mesmo estudo, observou que a evocação de informação de valência emocional negativa por parte dos sujeitos deprimidos estava relacionada com os conteúdos dos esquemas do *self*. Mencionam que são os conteúdos negativos dos esquemas que conduzem a um processamento da informação negativo e conseqüente manutenção da depressão (Cláudio, Aurélio, & Machado, 2011). O maior número de memórias de valência negativa foi observado noutras investigações (e.g. Wisco & Nolen-Hoeksema, 2009; Werner-Seidler & Moulds, 2012). As características de um determinado acontecimento influenciam o processamento da informação. Todavia, a emoção presente no momento da recuperação da informação tem impacto na forma como o passado é recuperado e reconstruído (Holland & Kensinger, 2010), resultando num enviesamento cognitivo assim como verificado na depressão.

Observou-se uma congruência entre a valência da palavra-estímulo e a valência do acontecimento evocado. Num estudo realizado por Young, Erikson e Drevets (2012), verificou-se

que na maioria dos casos a palavra-estímulo e a valência do acontecimento estavam associadas. Todavia, os autores salientam que este aspecto não ocorreu em todas as valências, tal como na valência neutra. Argumentam que a integração da valência neutra na avaliação das memórias autobiográficas poderia ser útil na depressão, uma vez que proporcionaria informações acerca do processamento da informação nesta perturbação emocional (Young, Erikson, & Drevets, 2012). Estes resultados são concordantes com diversas investigações (e.g. Cláudio, 2004; Aurélio e Cláudio, 2009; Cláudio Aurélio, & Machado, 2011).

## **CAPÍTULO V – PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA VINCULAÇÃO**

A teoria da vinculação desenvolveu-se na segunda metade do século XX resultando dos trabalhos de John Bowlby e de Mary Ainsworth (Bowlby, 1969/1982; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Esta teoria integra os modelos da psicanálise, psicologia cognitivo-desenvolvimental, controlo de sistemas e etologia (Bowlby, 1969/1982).

A vinculação refere-se a uma ligação afectiva estabelecida com a figura de vinculação, caracterizada como única e insubstituível, cuja relação permanece no espaço e no tempo (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

Seguidamente, abordamos os pressupostos teóricos que consideramos relevantes na compreensão da vinculação.

### **Perspectiva de John Bowlby**

O desenvolvimento da teoria da vinculação preconizada por John Bowlby teve influência dos trabalhos Honrad Lorenz (1952) sobre o *imprinting* nas suas investigações com gansos e patos. Outros autores influenciaram igualmente Bowlby, tais como Robert Hinde (1966), Harry Harlow (1959), George Miller, Eugene Galanter e Karl Pribram (1960), entre outros.

Bowlby (1969/1982) refere que o bebé nasce com um conjunto de comportamentos denominado de comportamentos de vinculação. Estes comportamentos seriam escolhidos por forma a obter e manter a proximidade para com uma figura de vinculação, como por exemplo os pais ou avós, que protegeriam, contribuiriam para a regulação emocional e favoreceriam a exploração do meio de uma forma saudável e adaptativa. Defende que alguns dos comportamentos

na infância que medeiam a vinculação são o sugar, sorrir, chorar, abraçar, gatinhar, agarrar e falar. Neste seguimento, propõe a divisão dos comportamentos de vinculação em dois grupos distintos: (1) Comportamentos de sinalização, que guiariam a figura de vinculação até à criança; (2) Comportamentos de abordagem, que guiariam a criança até à figura de vinculação. Na idade adulta são as relações do indivíduo com outros significativos, como companheiros amorosos ou amigos próximos, que estariam presentes nos momentos de procura de proximidade ou apoio emocional.

O Sistema Comportamental de Vinculação, alicerçado na etologia, foi conceptualizado por Bowlby (1969/1982, 1973, 1980) como um sistema que assentaria na escolha, activação e cessação de comportamentos de procura de proximidade para com uma figura significativa, por forma a alcançar protecção sempre que necessária. Acrescenta que o objectivo do sistema estaria patente na incrementação da sensação de segurança do indivíduo, isto é, o mundo é um local a partir do qual se pode explorar o meio, quer físico quer relacional (Bowlby, 1969/1982). O sistema implicaria necessariamente uma motivação intrínseca da criança para a exploração, aspecto que vai ao encontro da concepção de motivação de Piaget (1954). Procedendo do objectivo natural do sistema de vinculação, Bowlby (1969/1982) refere que este seria activado perante situações de ameaças ou dificuldades (simbólicas ou reais), ou perante a avaliação da ausência de disponibilidade e responsividade da figura de vinculação. Menciona que a activação do sistema de vinculação ocorreria de forma semelhante nos adultos, já que estes seriam expostos a ameaças conscientes e inconscientes. O sistema de vinculação permaneceria activado até à sensação de segurança ser novamente instituída, isto é, até ao restabelecimento da proximidade com a figura de vinculação.

Bowlby refere que este sistema seria activado ao longo da vida através de pensamentos e comportamentos relacionados com a proximidade reconhecendo, no entanto, que este sistema de vinculação seria mais importante nos primeiros tempos de vida (Bowlby, 1988). Na idade adulta não existiriam necessariamente comportamentos de proximidade para a activação do sistema de vinculação. Nesta fase poderíamos verificar a activação de representações mentais da relação do indivíduo com outro significativo, por forma a obter a protecção necessária e consequente sentimento de segurança, auxiliando nos momentos considerados de ameaça (Mikulincer & Shaver, 2004).

Outro aspecto da perspectiva de Bowlby (1969/1982) diz respeito ao sistema de vinculação que funcionaria através de um conjunto complexo de objectivos corrigidos. Desde a criança ao adulto existiria uma avaliação do próprio sobre os comportamentos de proximidade que estaria a utilizar e, se necessário corrigiria os comportamentos com o intuito de obter o resultado mais eficiente. A correcção dos comportamentos de vinculação ocorreria através de três processos

cognitivos: (1) Processamento da informação do ambiente em que o indivíduo está inserido através da monitorização e avaliação de eventuais acontecimentos considerados de ameaças; (2) Avaliação e monitorização dos comportamentos de vinculação seleccionados, conduzindo ao ajustamento dos comportamentos em conformidade com o contexto; (3) Avaliação e monitorização da disponibilidade da figura de vinculação com os comportamentos utilizados por forma a alcançar a proximidade desejada (e.g., Miller, Galanter, & Pribram, 1960). Bretherton (1991) defendeu que a vinculação poderia ser organizada como scripts através da repetição da vivência de um acontecimento que, por sua vez, levariam ao desenvolvimento de representações mentais mais vastas.

A teoria de Bowlby (1979) fundamenta que as emoções se encontrariam associadas aos benefícios da procura de proximidade de forma adaptativa. A avaliação do indivíduo acerca da disponibilidade da figura de vinculação seria acompanhada por emoções, avaliação que ocorreria desde a infância à idade adulta. As emoções desempenhariam assim funções fundamentais ao nível de factores motivacionais, da monitorização do *self*, ou da comunicação (Bowlby 1969/1982). Proximidade e suporte por parte da figura de vinculação apresentariam uma importante função no indivíduo, nomeadamente na regulação de emoções negativas como por exemplo a tristeza ou a raiva (Bowlby 1973, 1980). Tomando de exemplo dificuldades ao nível da auto-eficácia ou auto-estima, estas ocorreriam perante interferências, por períodos prolongados no tempo, na relação de vinculação com a figura significativa (Bowlby 1969/1982).

Teorias mais recentes que se debruçaram sobre esta temática, evidenciaram que a segurança na relação de vinculação estaria associada à forma como as emoções são reguladas, partilhadas e comunicadas. Tal facto remeteria para as diferenças individuais na relação de vinculação relativamente à segurança e, para o modo como a regulação emocional seria utilizada e a sua importância para a relação de vinculação (Cassidy & Kobak, 1988; Cassidy, 1994; Thompson & Meyer, 2007).

Fazendo a ligação com a discussão do tópico seguinte a propósito das diferenças individuais do funcionamento do sistema de vinculação, Bowlby e Ainsworth abordaram nas suas teorias o modo como a regulação do sistema de vinculação ocorreria, tomando em consideração aspectos como os esquemas cognitivos, memórias e outras representações mentais. Perante a indisponibilidade da figura de vinculação, vários autores (e.g., Cassidy & Kobak, 1988) consideraram que o indivíduo adoptaria estratégias de vinculação secundárias através de duas formas distintas, i.e. hiperactivação ou desactivação.

Desta forma, estratégias de hiperactivação a que Bowlby (1969/1982) denominou de protesto, estariam ligadas a avaliações amplificadas, atenção exacerbada de potenciais ameaças e ruminação de ameaças prévias, levando a uma reactivação do sistema de vinculação com a procura de atenção ou cuidados. Contrariamente, as estratégias de desactivação que Bowlby (1969/1982) designou de auto-confiança compulsiva, estariam ligadas a uma inibição ou supressão de pensamentos relacionados com ameaças, e desvio da atenção de potenciais ameaças, levando a um evitamento de pensar se necessitam de atenção ou cuidados (Shaver & Mikulincer, 2002; Mikulincer & Shaver, 2003, 2007).

### *Modelos Internos Dinâmicos*

Os modelos internos dinâmicos foram descritos por Bowlby (1973, 1981, 1988) na tentativa de explicar a relação entre desenvolvimento, vinculação e saúde mental. Concebeu que estes seriam formados por componentes cognitivos e afectivos, maioritariamente não conscientes, originando representações mentais de cariz generalizado e tendencialmente estável sobre o *self*, os outros e o mundo. O autor postula a existência de duas formas destes modelos: (1) Modelos internos dinâmicos dos outros, que remetem para a representação das respostas das figuras de vinculação perante as necessidades do indivíduo; (2) Modelos internos dinâmicos do *self*, caracterizados pela representação da segurança e competência do *self* (Bowlby, 1969/1982).

Bowlby (1969/1982) refere que a constituição dos modelos internos dinâmicos ocorre de forma activa, por um lado através da repetição das interacções do indivíduo com a figura de vinculação no seu contexto, por outro pelas experiências relacionais posteriores e da sua integração. De acordo com o autor, estes modelos têm como função antecipar, interpretar e guiar as interacções do indivíduo com outros.

Nestas estruturas cognitivas e afectivas estariam presentes memórias que contribuiriam para as expectativas e avaliações do indivíduo. De igual modo estariam presentes crenças, atitudes e memórias autobiográficas e episódicas relativas ao *self* e aos outros, fornecendo conhecimento acerca das relações de vinculação e das suas interacções, bem como da regulação das emoções e comportamento a adoptar nas relações de proximidade (por exemplo relação amorosa ou amigos próximos) (Collins & Read, 1994). Os modelos internos dinâmicos conduziriam emoções, cognições e comportamentos, podendo constituir um viés na codificação cognitiva, interpretação e armazenamento de memórias referentes a interacções entre o indivíduo e a figura de vinculação.

Representam aspectos como a regulação de estratégias utilizadas na relação de vinculação, que podem modular emoções, cognições e comportamentos (Mikulincer & Shaver, 2007).

Os modelos internos dinâmicos poderiam originar associações bloqueadoras ou atenuadoras da informação. Perante a activação de um modelo interno levaria a modelos internos congruentes e simultaneamente bloquearia os modelos internos incongruentes. Assim, experienciar ou pensar num acontecimento tido como seguro, activaria memórias no mesmo sentido, ou seja, episódios em que a procura de proximidade foi bem-sucedida. Esta congruência seria igualmente relevante dado que memórias de estratégias de hiperactivação e desactivação (estratégias utilizadas em relações do tipo inseguro) estariam menos acessíveis. Os modelos internos dinâmicos referentes a uma determinada figura de vinculação, originariam associações bloqueadoras ou atenuadoras da informação e consequentes modelos internos referentes a relações com outros significativos. Por fim, importa salientar que a rede de memórias associativas forma uma hierarquia através da generalização e consolidação cognitiva. Nesta hierarquia modelos específicos de uma relação formam memórias episódicas que servem de modelo, e estes modelos específicos tornam-se modelos de esquemas relacionais genéricos (Mikulincer & Shaver, 2007).

Na perspectiva de Bowlby (1988), seria imprescindível um modelo interno dinâmico do *self* de forma contínua, para o desenvolvimento de uma relação de vinculação segura, dando particular ênfase a este aspecto. De igual modo, postula que as figuras de vinculação devem estar em sintonia com o desenvolvimento das competências cognitivas, sociais e de comunicação.

Os modelos internos dinâmicos são caracterizados por serem estáveis, embora de acordo com Bowlby (1969/1982) poderiam ser influenciados da seguinte forma: a) Confiança na disponibilidade da figura de vinculação; b) Resistência a novos comportamentos da díade; c) Automatização perante interacções repetidas. Na relação de vinculação segura, após reconhecimento de que os modelos internos dinâmicos não são os adequados perante determinado acontecimento, levaria a uma revisão destes modelos, por parte da criança ou adulto, por forma a alcançar a sua estabilização.

### **Perspectiva de Mary Ainsworth**

Uma teoria que nos parece importante referenciar, foi preconizada por Mary Ainsworth nos finais de 1953. Anteriormente ao desenvolvimento dos seus trabalhos colaborou com John

Bowlby na Clínica de Tavistok em Londres, estando já familiarizada com vários dos seus conceitos e métodos de investigação.

Ainsworth iniciou os seus trabalhos em Uganda com o desenvolvimento de um estudo observacional em contexto naturalista, cujo objectivo seria o de observar a relação de vinculação entre o cuidador e o bebé. Observou mães e bebés (com idades compreendidas entre 1 e 24 meses) através de visitas de duas em duas semanas por um período de duas horas, ao longo de nove meses. Esta investigação forneceu importantes conclusões acerca das diferenças individuais da relação entre a figura de vinculação e o bebé. Verificou que existiam diferenças na sensibilidade e espontaneidade da figura de vinculação relativamente aos sinais do bebé (Ainsworth, 1963, 1967).

As observações de Ainsworth no Uganda resultaram na definição em três padrões de vinculação que designou por: a) Seguro, padrão em que se verificou uma exploração adaptada do meio na presença da figura de vinculação e choro reduzido; b) Inseguro, padrão que verificou existir uma exploração do meio reduzida mesmo na presença da figura de vinculação e choro elevado; c) Ainda não-vinculados, padrão em que não se verificou quaisquer comportamentos diferenciados em relação à figura de vinculação (Ainsworth, 1963, 1967). Tornaremos e desenvolveremos o tópico dos padrões de vinculação, mais à frente neste capítulo.

Em Baltimore, Mary Ainsworth desenvolveu um novo estudo observacional em contexto naturalista. Realizou dezoito visitas com a duração de quatro horas ao cuidador e bebé, entre o primeiro mês e as cinquenta e quatro semanas de idade, em que eram efectuados registos a cada cinco minutos. O objectivo seria o de obter narrativas da relação de vinculação entre o cuidador e o bebé em contexto naturalista, destacando padrões de comportamentos observados ao invés da frequência desses comportamentos. Nas suas conclusões colocou ênfase na espontaneidade e sensibilidade da figura de vinculação (Ainsworth, 1963, 1967).

No seguimento desta perspectiva, Ainsworth desenvolve uma experiência em contexto de laboratório, por forma a analisar aprofundadamente a utilização da figura de vinculação como base segura, originando o conhecido procedimento designado por Situação Estranha (Ainsworth & Wittig, 1969). Com esta experiência verificou que as crianças na ausência da figura de vinculação ou na presença da figura de vinculação de um estranho brincavam com menor vigor (Ainsworth & Bell, 1970). A experiência da Situação Estranha veio demonstrar a relação entre a figura de vinculação e o bebé e a organização do seu comportamento no contexto desta relação. Assim, a autora concluiu que a Situação Estranha seria mais relevante para avaliar as diferenças individuais da relação de vinculação (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

A classificação de Ainsworth, embora remeta para os padrões de vinculação estabelecidos na infância, consideramos apresentar de forma muito sucinta esta classificação, já que seria importante para melhor compreensão das relações de vinculação no adulto.

Ainsworth e colaboradores (1978) nos seus trabalhos sobre a relação de vinculação da criança com a figura de vinculação, distinguiu inicialmente três padrões que designou de A, B, C, correspondendo aos seguintes estilos de vinculação:

- 1) Padrão A ou Vinculação Evitante – caracteriza-se por uma reduzida procura de contacto, procura de proximidade ou interacção com a figura de vinculação após o seu regresso na Situação Estranha. Outra característica é o evitamento aquando do regresso da figura de vinculação;
- 2) Padrão B ou Vinculação Segura – caracteriza-se por uma procura activa de proximidade da figura de vinculação, sobretudo nos momentos de regresso desta na Situação Estranha. Quando alcançado o contacto, a criança procura a sua manutenção, com ausência de evitamento;
- 3) Padrão C ou Vinculação Ansiosa – caracteriza-se por uma reduzida exploração do meio, bem como de uma passividade aumentada. Durante o regresso da figura de vinculação na Situação Estranha, existe uma ambivalência entre a procura de contacto e o seu evitamento.

Na referência de Ainsworth e colegas de 1978 podem-se consultar outras distinções na classificação das relações de vinculação. Importa mencionar que existem aspectos teóricos comuns às diferentes classificações, tais como procura de proximidade, choro, resistência, locomoção, exploração e manipulação de brinquedos, manutenção do contacto ou comportamento de evitamento (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978).

### **Perspectiva de Mario Mikulincer e Philip Shaver**

O Modelo de Activação e Dinâmica do Sistema de Vinculação proposto por Mikulincer e Shaver (Shaver & Mikulincer, 2002; Mikulincer & Shaver, 2003, 2007), integrando várias investigações clássicas de autores como Bowlby (1969/1982, 1973, 1980), Cassidy e Kobak (1988), Ainsworth (1991) ou Main (1995), surgiria como um modelo de controlo de sistemas da vinculação na idade adulta.

Este modelo apresentaria três componentes principais: (1) Avaliação e monitorização de ameaças ou dificuldades, que poderia conduzir à activação do sistema de vinculação. (2) Avaliação

e monitorização da disponibilidade e responsividade da figura vinculação estaria relacionado com o grau de segurança na relação de vinculação, bem como as diferenças individuais desta relação. É composta por representações mentais esquemáticas e memórias de experiências e potenciais ameaças vivenciadas. Na idade adulta esta componente apresentaria uma elaboração elevada devido ao grande número de experiências vividas. (3) Avaliação e monitorização da viabilidade e utilidade da procura de proximidade com a figura de vinculação, estaria relacionada com as diferenças individuais no estilo de vinculação, designadamente no estilo inseguro. Mikulincer e Shaver referem que a terceira componente envolveria estratégias de regulação emocional de hiperactivação ou desactivação (Cassidy & Kobak, 1988). Estas estratégias de vinculação secundárias implicariam uma “escolha”, dado que existiria uma relação com as experiências de vida com início na infância e consequentes respostas para com a figura de vinculação (Shaver & Mikulincer, 2002; Mikulincer & Shaver, 2003, 2007). As descrições das estratégias de vinculação secundárias foram abordadas anteriormente, pelo que apenas as mencionamos neste ponto.

O sistema de vinculação seria activado perante acontecimentos que se constituem como ameaças para o indivíduo. Estes acontecimentos podem ser ameaças físicas ou psicológicas relacionadas ou não com a vinculação (tal como ocorre na infância). A activação do sistema de vinculação ocorreria de forma automática, acedendo a representações mentais relacionadas com a vinculação, tais como pensamentos ou imagens da figura de vinculação e estratégias utilizadas na procura de proximidade. Todavia, não seria apenas a sua ocorrência (acontecimentos de ameaça) que conduziria à activação do sistema de vinculação, existindo necessariamente uma avaliação subjectiva dos acontecimentos de ameaça. Mikulincer e Shaver consideram que para além da presença da ameaça, seria igualmente fundamental a própria percepção do indivíduo para que a activação do sistema ocorresse. A avaliação subjectiva do indivíduo poderia ter consequências negativas para a sua sobrevivência, ajustamento e bem-estar. Estes aspectos vão ao encontro das teorias contemporâneas sobre emoção (e.g., Shaver e Mikulincer, 2007; Gross, 2007). Para os autores, pensamentos relacionados com ameaças poderiam activar o sistema de vinculação de forma idêntica à avaliação subjectiva que descrevemos (Shaver & Mikulincer, 2002; Mikulincer & Shaver, 2003, 2007).

Na perspectiva de Mikulincer e Shaver, o sentimento de segurança por parte do indivíduo poderia ser desenvolvido através do que designaram de representações do *self* baseados na segurança. Assim, a activação do sistema de vinculação poderia remeter para os seguintes aspectos: a) *Self* em relação com uma figura de vinculação que reforce a segurança, isto é representações mentais do próprio *self* resultantes de interações prévias com figuras de vinculação disponíveis e responsivas; b) Representações cuidadoras do *self*, seriam as representações mentais do próprio *self*

através da identificação de características de figuras de vinculação cuidadoras (Mikulincer & Shaver, 2004).

### **Perspectiva de Bartholomew**

Bartholomew (1990) formula o seu modelo com base nos conceitos de Bowlby (1969/1982) acerca dos modelos internos dinâmicos do *self* e dos outros. Os estilos de vinculação seriam assentes em duas dimensões principais, o ansioso e o evitante. A autora propõe assim, uma conceptualização da dimensão da ansiedade com o modelo interno do *self*, e a dimensão de evitamento conceptualizada através do modelo interno dos outros. O modelo do *self* estaria relacionado com o grau de ansiedade e dependência presente nas relações de proximidade. O modelo dos outros estaria relacionado com o grau de disponibilidade ou responsividade e evitamento dos outros (Bartholomew & Shaver, 1998).

Nesta classificação encontramos a divisão das relações de vinculação em quatro estilos diferentes: seguro; amedrontado; preocupado; desligado (Bartholomew & Horowitz, 1991).

### **Contributos Cindy Hazan e Phillip Shaver**

Hazan e Shaver (1987, 1990) nos seus trabalhos recorreram à classificação de Ainsworth no que concerne aos estilos de vinculação (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978), como alicerces na compreensão das diferenças individuais dos adultos relativamente a emoções, pensamentos e comportamentos nas suas relações amorosas. Os autores desenvolveram frases relativas aos três tipos de vinculação, evitante, seguro e ansioso-ambivalente, em que os indivíduos deveriam mencionar com qual frase se identificariam no que respeita às suas relações amorosas.

### **Vinculação, Depressão e Memórias Autobiográficas**

Ao longo do desenvolvimento do indivíduo verifica-se que o bem-estar psicológico é influenciado por um factor determinante, os estilos de vinculação. Vários autores têm debruçado as suas investigações na influência da vinculação no bem-estar psicológico (Bowlby, 1988; Shaver & Mikulincer, 2007).

Os pressupostos de Bowlby fazem referência à correspondência entre a relação de vinculação estabelecida na infância e o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta. Bowlby propôs que relações de vinculação inseguras contribuem de forma directa para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Bowlby, 1988). Tal facto é corroborado por um vasto número de investigações (e.g., Hankin, Kassel, & Abela, 2005; Surcinelli, Rossi, Montebanocci, & Baldaro, 2010; Marganska, Gallagher, & Miranda, 2013; Monti & Rudolph, 2014).

Um estudo recente realizado com estudantes universitários pretendeu analisar o papel da desregulação emocional nesta população, na relação entre sintomatologia depressiva e de ansiedade generalizada. Os resultados apontaram no sentido de uma relação inversa entre a vinculação segura e os sintomas depressivos. O mesmo estudo verificou que pessoas com um estilo de vinculação inseguro apresentavam valores elevados nas escalas de avaliação da desregulação emocional. Acrescentam que este estilo de vinculação poderá promover estratégias de regulação emocional ineficazes. Na análise individual de cada estilo de vinculação com as diferentes psicopatologias, observou-se que os estilos de vinculação amedrontado e o preocupado surgiam associados tanto aos sintomas depressivos como de ansiedade generalizada, enquanto o estilo de vinculação desligado estava apenas associado aos sintomas depressivos (Marganska, Gallagher, & Miranda, 2013). Outra investigação conduzida por Permuy e colaboradores em 2010, obteve resultados semelhantes, embora apenas relativamente aos estilos de vinculação amedrontado e o preocupado (Permuy, Merino, & Fernandez-Rey, 2010).

Encontramos na literatura investigação que sustenta a relação entre vinculação insegura e depressão. Seguidamente abordamos de forma sucinta factores que poderão aumentar a vulnerabilidade para o desenvolvimento desta psicopatologia.

A relação entre vinculação e a vulnerabilidade para a depressão poderia ocorrer por intermédio de uma inter-relação entre processos relativos a mecanismos cognitivos, estratégias de *coping* e relacionamento interpessoal. Relativamente aos mecanismos cognitivos a investigação aponta para alguns factores como baixa auto-estima (e.g., Hankin, Kassel, & Abela, 2005; Kang, Lee, & Kang, 2014), perfeccionismo desadaptativo (e.g., Wei, Russell, Mallinckrodt, & Zakalik, 2004; Gnilka, Ashby, & Noble, 2013), percepção de falta de suporte social (e.g., Vogel & Wei, 2005). A investigação aponta no sentido de uma relação entre a vinculação e a capacidade de resolução de problemas, como um exemplo de outro factor, que pode contribuir para a depressão (e.g., Olhaberry, et al., 2014). Importa ainda salientar que as dificuldades nas relações interpessoais, a sua relação com a vinculação e depressão seria a falta de assertividade (e.g., Pearson, Watkins, Mullan, & Moberly, 2010).

No estudo desenvolvido por Sutin e Gillath em 2009, foi analisado o conteúdo das memórias autobiográficas como uma variável mediadora no que concerne aos estilos de vinculação ansioso e evitante e à sintomatologia depressiva. Os resultados foram em linha com o esperado pelos autores, ou seja, existia uma relação entre os estilos de vinculação ansioso e evitante relativamente à sintomatologia depressiva. Especificamente, o conteúdo emocional das memórias autobiográficas surgiu como variável mediadora para a vinculação ansiosa e os sintomas depressivos. A coerência e a intensidade emocional das memórias autobiográficas mediaram a associação entre a vinculação evitante e os sintomas depressivos e, as memórias autobiográficas de valência negativa surgiram como mediadoras da vinculação ansiosa e os sintomas depressivos. Sutin e Gillath (2009) mencionam ainda que no estilo de vinculação seguro verificou-se uma maior coerência da memória. Concluem que a evocação de memórias autobiográficas de conteúdo incoerente pelo indivíduo apresenta consequências negativas, uma vez que o indivíduo é incapaz de aceder aos acontecimentos significativos da sua vida, bem como utilizar estes acontecimentos significativos para compreender o *self*. A coerência da memória pode ter impacto nas relações interpessoais estabelecidas pelo indivíduo (Sutin & Gillath, 2009).

Outra investigação demonstra que a activação da representação mental das figuras de vinculação conduz à recuperação da informação de cariz afectivo. Relativamente ao estilo de vinculação evitante verificou-se uma associação com uma menor recuperação de informação afectiva, contudo este aspecto não foi observado no estilo de vinculação ansioso. Através dos resultados obtidos no estudo, concluíram que estes são consistentes com o facto de um indivíduo com um estilo de vinculação evitante apresentar uma representação mental das figuras de vinculação mais negativa (Selcuk, Zayas, Günaydin, Hazan, & Kross, 2012). Na mesma linha encontra-se o estudo de Haggerty e colaboradores (2010) que verificou que o estilo de vinculação evitante relaciona-se com a evocação de um maior número de memórias autobiográficas de valência negativa, perante um acontecimento envolvendo as figuras de vinculação. Tal como no trabalho apresentado anteriormente, este aspecto não foi observado no estilo de vinculação ansioso (Haggerty, Siefert, & Weinberg, 2010).

## **CAPÍTULO VI – RELAÇÕES INTERPESSOAIS**

Encontramos nos trabalhos de Sullivan (1940, 1953) investigação referente à teoria das relações interpessoais. O autor considerou que o desenvolvimento e funcionamento adaptativo da personalidade ocorreriam mediante as relações interpessoais. Os padrões interpessoais seriam

formados através da vivência de experiências interpessoais, dando origem a concepções (latentes) acerca do *self*, dito por outras palavras, as experiências interpessoais exerceriam influência na constituição do *self*. Estas concepções foram designadas por Sullivan de personificações – i.e. organizações das experiências interpessoais do indivíduo referentes ao passado e de carácter subjectivo. Preconiza que além da situação interpessoal, a própria dinâmica decorrente entre indivíduos na situação interpessoal deve ser considerada no estudo desta área do conhecimento (Sullivan, 1940, 1953).

O Modelo Interpessoal Circular ou Circumplexo - IPC foi preconizado por Leary (1957) e utilizado ao longo dos anos nos trabalhos de vários investigadores (e.g. Horowitz, et al., 2006; Gurtman, 2009; Gredecki & Ireland, 2012). Constituído por uma estrutura de duas dimensões: a vertical composta por aspectos como o controlo ou autonomia; a horizontal composta por aspectos como a afiliação e conexão. Horowitz e Strack (2011) acrescentam que o modelo permite verificar a totalidade dos comportamentos interpessoais através da combinação dos quatro polos das dimensões vertical e horizontal.

O comportamento interpessoal do indivíduo reflecte em parte as experiências iniciais com as figuras de vinculação, ou seja, os modelos internos dinâmicos do *self* e dos outros (Henry, 1994). Horowitz e seus colaboradores (1993) argumentam que através do Modelo Interpessoal Circular ou Circumplexo, poderia obter-se uma compreensão dos problemas interpessoais do indivíduo e que demonstraria as suas percepções e expectativas desadaptativas (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993). Os problemas interpessoais seriam em parte o resultado das experiências iniciais do indivíduo através das suas relações de vinculação (Horowitz, 1994). Estes problemas são compreendidos através de um conflito interno entre o desejo do indivíduo em expressar um determinado comportamento e a ansiedade por expressão do comportamento. O conflito surgiria devido às aprendizagens no passado ao nível interpessoal, revelando assim o estilo de vinculação (Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993; Horowitz & Strack, 2011). Várias investigações incidiram no estudo da relação entre os estilos de vinculação no adulto e as relações interpessoais em diversas populações (e.g. Berry, Band, Corcoran, Barrouclough, & Wearden, 2007; Haggerty, Hilsenroth, & Vala-Stewart, 2009; Bosmans, Braet, & Van Vlierberghe, 2010; Cantazaro & Wei, 2010).

Haggerty, Hilsenroth e Vala-Stewart (2009) na sua investigação desenvolvida com uma amostra clínica, verificaram que valores elevados no estilo de vinculação ansioso estavam relacionados com comportamentos interpessoais de maior dependência para com o outro, associado a uma visão negativa do *self*. No mesmo estudo o estilo de vinculação evitante estava

relacionado com uma visão negativa dos outros, existindo assim uma procura de maior independência.

### **Relações Interpessoais na Depressão**

Lewinsohn (1974, 1975) propôs que nos deprimidos existiriam défices ao nível das suas competências sociais e que estes défices constituiriam um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento desta perturbação emocional. Posteriormente, Lewinsohn e colaboradores (1985) referiram que as dificuldades nas competências sociais seriam um conseqüente decorrente da depressão. Contudo, importa mencionar que uma investigação de Petty, Sachs-Ericsson e Joiner (2004) concluiu que mesmo após a remissão da depressão, que estes indivíduos apresentavam um funcionamento interpessoal mais deficitário em comparação com indivíduos sem alteração psicopatológica.

Na depressão, existe uma tendência para os indivíduos fazerem uma avaliação mais negativa das suas competências sociais quando comparados com sujeitos sem depressão (Kandel & Davies, 1986; Huprich, Clancy, Bornstein, & Nelson-Gray, 2004), bem como apresentam níveis de bem-estar mais baixos nas suas relações interpessoais (Carton, Kessler, & Pape, 1999). Horowitz e Strack (2011) argumentam que indivíduos sem alteração psicopatológica apresentam uma tendência para sobrevalorizar as suas competências sociais, conjuntamente com o padrão de desvalorização por parte dos sujeitos deprimidos vai ao encontro da teoria do realismo depressivo de Alloy e Abramson (1988).

Uma investigação realizada por Zlotnick e colaboradores (2000), pretendeu analisar as relações interpessoais numa amostra de indivíduos deprimidos e, verificou que estes apresentavam relações interpessoais íntimas mais deficitárias quando comparados com um grupo de indivíduos sem alteração psicopatológica (Zlotnick, Kohn, Keitner, & Della Grotta, 2000). Mais recentemente, Rappaport, Moskowitz e D'Antono (2014) comparando indivíduos deprimidos e indivíduos ansiosos, observaram que ambos os grupos apresentavam uma maior submissão nas relações interpessoais. De um modo geral, o próprio contacto com o sujeito deprimido apresenta alterações, como por exemplo ao nível do contacto visual, gesticulação, expressão facial ou o discurso (Horowitz & Strack, 2011). Estas alterações seriam o reflexo de sentimentos como a tristeza ou zanga e, estariam igualmente associadas a revelações mais negativas sobre o próprio (Gurtman, 1987).

Na depressão seria igualmente comum, que indivíduos com esta perturbação emocional procurem de forma excessiva, a confirmação de diferentes aspectos por parte dos outros (Joiner & Metalsky, 2001), sendo resultante de uma baixa auto-estima (Joiner, Katz, & Lew, 1999) e, podendo conduzir à rejeição por parte dos outros nas suas interações sociais (Joiner, 1999; Weinstock & Whisman, 2004). De um modo geral, a rejeição dos indivíduos deprimidos seria consequência da tendência destes indivíduos em procurar relações interpessoais, com uma ressonância emocional negativa para o próprio, como forma de confirmar a visão negativa que têm do *self* (Giesler & Swann, 1999). Neste seguimento, importa ainda referir que os indivíduos deprimidos encontram-se, tendencialmente, em relações interpessoais turbulentas e insatisfatórias (Segrin, Powell, Givertz, & Backin, 2003).

Importa ainda mencionar que as dificuldades nas relações interpessoais presentes na depressão estariam associadas a um risco de suicídio aumentado (e.g., Joiner et al., 2009; Van Orden et al., 2010; Davidson, Wingate, Grant, Judah, & Mills, 2011; Kleiman, Liu, & Riskind, 2014).

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## **CAPÍTULO VII – OBJECTIVOS, HIPÓTESES E MÉTODO**

### **Objectivos**

Com bases nos pressupostos teóricos apresentados e com vista à operacionalização das variáveis em estudo, estabelecemos os objectivos e hipóteses que apresentamos de seguida.

O objectivo geral é o de estabelecer uma relação entre memórias autobiográficas, esquemas precoces desadaptativos, estilos de vinculação e relações interpessoais na génese e manutenção da depressão major. O presente estudo pretende de igual modo analisar as memórias autobiográficas involuntárias.

Decorrente do objectivo geral, a presente investigação assenta nos seguintes objectivos específicos:

(1) Descrever e analisar as memórias autobiográficas nos sujeitos com depressão major, sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica).

(2) Analisar a influência dos estilos de vinculação, esquemas precoces desadaptativos e relações interpessoais na evocação de memórias autobiográficas em sujeitos com depressão major, comparativamente aos sujeitos com ansiedade generalizada e aos sujeitos sem alteração psicopatológica.

(3) Descrever e analisar as memórias autobiográficas involuntárias nos sujeitos com depressão major, sujeitos com perturbação ansiedade generalizada e sem alteração psicopatológica.

(4) Comparar memórias autobiográficas voluntárias e involuntárias relativamente à valência e tipo de memória.

### **Hipóteses**

Com base nos objectivos acima enunciados estabelecemos as seguintes hipóteses:

1ª Os três grupos apresentam diferenças significativas nas memórias autobiográficas, esquemas precoces desadaptativos, vinculação e relações interpessoais.

2ª Os sujeitos deprimidos evocam mais memórias autobiográficas de valência negativa, do que os sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

3ª Os sujeitos deprimidos apresentam uma relação significativa entre a evocação de memórias autobiográficas negativas e os esquemas precoces desadaptativos do que os restantes grupos.

4ª Os sujeitos deprimidos apresentam uma relação entre a evocação de memórias autobiográficas de valência negativa e dimensões associadas a um estilo de vinculação inseguro.

5ª Nos diferentes grupos em estudo são evocadas mais memórias autobiográficas involuntárias específicas do que memórias autobiográficas involuntárias categóricas e alargadas.

6ª Nos diferentes grupos em estudo são evocadas mais memórias autobiográficas involuntárias específicas em comparação com as memórias autobiográficas voluntárias.

7ª Os sujeitos deprimidos evocam mais memórias autobiográficas involuntárias de valência positiva em comparação com as memórias autobiográficas voluntárias.

## Método

### *Delineamento*

Partindo do princípio geral da investigação, o presente estudo é observacional, uma vez que não existiu qualquer intervenção com os participantes e, alicerça-se num desenho de investigação do tipo descritivo e de natureza transversal, já que os dados foram recolhidos num único período de tempo. É ainda de comparação entre grupos na medida em que foram escolhidos três grupos e, um grupo (depressão major) dispor de particularidades de interesse para o estudo e os outros grupos não (Ribeiro, 2010).

Importa mencionar que o estudo obedece a uma leitura retrospectiva, pelo facto dos sujeitos seleccionados para a amostra serem sujeitos com depressão major, com ansiedade generalizada e sem alteração psicopatológica e não serem, por exemplo, sujeitos com predisposição para o desenvolvimento destas psicopatologias.

A presente investigação tem como objectivo principal o de estabelecer uma relação entre memórias autobiográficas, esquemas precoces desadaptativos, vinculação e relações interpessoais na depressão major. Tendo em conta o objectivo geral, estamos perante uma investigação do tipo correlacional cujo intuito foi o de “*averiguar se existe ou não relação entre duas ou mais variáveis quantificáveis*” (Carmo e Ferreira, 2008, p. 238).

### *Participantes*

#### *Sujeitos com Diagnóstico de Depressão Major*

Integraram a amostra um total de 33 sujeitos com diagnóstico de episódio depressivo major.

Os critérios de inclusão na amostra foram: a) Idade igual ou superior a 18 anos; b) apresentar um episódio depressivo major segundo os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR); c) alfabetização; d) aceitação da participação na investigação.

Os participantes foram excluídos do estudo, caso apresentassem um dos seguintes critérios:

1) Depressões com sintomas psicóticos; perturbações bipolares; 2) perturbações do humor secundárias a estado físico geral (por exemplo: hipotireoidismo), induzidas por álcool ou outra substância; 3) perturbações relacionadas com substâncias - de utilização ou induzidas por álcool, drogas ou fármacos; 4) esquizofrenia e outras perturbações psicóticas (psicose breve, perturbação delirante crónica, perturbação esquizoaffectiva, etc); 5) demências (alzheimer, vascular, fronto-temporal, pseudodemência); 6) perturbações mnésicas; 7) perturbações factícias; 8) perturbações dissociativas (por exemplo, amnésia dissociativa e fuga dissociativa).

A amostra foi recolhida nos seguintes locais: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - consulta externa de psicologia e psiquiatria do hospital, consulta de psicologia do Espaço Terapêutico Comunitário de Vila Franca de Xira, consulta de psiquiatria do Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório de Sintra; Hospital Garcia de Orta - consulta externa de psicologia e psiquiatria; consulta de psicologia da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares.

Os 33 participantes da amostra apresentavam uma média de idades situada nos 43.73 anos com um desvio-padrão de 11.79. Tinham idades compreendidas entre o mínimo de 20 anos e máximo de 59 anos. Verificamos que a maioria dos participantes situava-se na faixa etária entre os 50 e os 59 anos (36.3%) – ver Quadro 1.

Constata-se uma evidente maioria de sujeitos do género feminino (87.9%) face ao género masculino (12.1%) – ver Quadro 1.

No que concerne ao estado civil constata-se que 36.4% dos sujeitos eram casados, 27.3% eram solteiros, 21.2% vivam em união de facto, 9.1% eram viúvos e 6.1% eram divorciados, ver Quadro 1.

Relativamente às habilitações literárias, considerámos o último nível educativo completo. Tal como podemos observar no Quadro 1, 45.5% dos sujeitos tinham o ensino secundário. Os sujeitos com o ensino básico e o ensino primário apresentavam a mesma percentagem (21.2%) e, os sujeitos com o ensino superior apresentavam uma percentagem de 12.1%.

A classificação da situação profissional foi dividida em quatro categorias, ver Quadro 1: Empregado, desempregado, reformado ou estudante. Observámos que a maioria dos sujeitos estava empregada (63.7%), os sujeitos noutra situação profissional apresentavam uma percentagem de 36.4% – especificando, 27.3% estavam desempregados e 9.1% estavam reformados. Nenhum participante se incluía na categoria de estudante.

## Quadro 1:

*Resumo da Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra*

	Depressão Major N=33	Ansiedade Generalizada N=30	Sem alteração psicopatológica N=48
Idade (anos), (DP)	43.73 (11.79)	41.07 (12.07)	39.08 (11.97)
Género, %			
Feminino	87.9%	63.3%	62.5%
Masculino	12.1%	36.7%	37.5%
Estado Civil, %			
Solteiro	27.3%	30%	54.2%
Casado	36.4%	50%	31.3%
União de Facto	6.1%	6.7%	2.1%
Divorciado	21.2%	13.3%	12.5%
Viúvo	9.1%	0%	0%
Escolaridade, %			
Ensino Primário	21.2%	13.3%	4.2%
Ensino Básico	21.2%	13.3%	8.3%
Ensino Secundário	45.5%	53.3%	50%
Ensino Superior	12.1%	20%	37.5%
Situação Profissional, %			
Empregado	63.7%	56.7%	64.6%
Desempregado	27.3%	3.3%	8.3%
Estudante	0%	23.3%	27.1%
Reformado	9.1%	16.7%	0%

No que respeita à profissão dos sujeitos, ou seja, o conjunto de sujeitos empregados (63.7%), utilizou-se a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 1994). As diferentes profissões foram aglomeradas em nove dimensões, como podemos observar no quadro 2.

## Quadro 2:

*Síntese das categorias da Classificação Nacional de Profissões*

---

**Categorias**

---

Categoria 1	Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa
Categoria 2	Especialistas das profissões intelectuais e científicas
Categoria 3	Técnicos e profissionais de nível intermédio
Categoria 4	Pessoal administrativo e similares
Categoria 5	Pessoal dos serviços e vendedores
Categoria 6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas
Categoria 7	Operários, artífices e trabalhadores similares
Categoria 8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
Categoria 9	Trabalhadores não qualificados

---

As profissões mais representadas foram as do grupo 5 (Pessoal dos serviços e vendedores) com uma expressão percentual de 18.2% e, do grupo 9 (trabalhadores não qualificados), com um valor de 15.2%. O grupo 3 (Técnicos e profissionais de nível intermédio) e o grupo 4 (Pessoal administrativo e similares) apresentavam o mesmo valor percentual (9.1%). O grupo 2 (Especialistas das profissões intelectuais e científicas) abrangia 6.1% do total de participantes. Observámos dois grupos profissionais que apresentavam apenas um registo (Grupo 1 – Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa e Grupo 7 – Operários, artífices e trabalhadores similares). Verificámos igualmente que, em dois grupos profissionais não se observa qualquer registo (Grupo 6 – Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas e Grupos 8 – Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem), ver Quadro 2.

## Quadro 3:

*Resumo da Caracterização Clínica da Amostra*

	Depressão Major N=33	Ansiedade Generalizada N=30	Sem Alteração Psicopatológica N=48
Psicoterapia, %			
Sim	93.9%	80%	0%
Não	6.1%	20%	100%
Medicação, %			
Sim	93.9%	90%	0%
Não	6.1%	10%	100%
Última Alteração na Medicação, %			
0-2 meses	64.5%	48.1%	NA
3-5 meses	22.6%	14.8%	
6-11 meses	9.7%	7.4%	
12 ou mais meses	3.2%	29.6%	

Observámos que 93.9% encontravam-se em apoio psicológico/psicoterapêutico, 90.9% estavam apenas em tratamento psiquiátrico e 87.9% encontravam-se em ambos os tipos de apoio (apoio psicológico/psicoterapêutico e tratamento psiquiátrico) – ver Quadro 3.

Relativamente à medicação, 93.9% encontravam-se a tomar psicofármacos. Constata-se que o total de sujeitos medicados encontrava-se a tomar antidepressivos (100%), 90.3% estavam a tomar ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos, 41.9% encontravam-se a tomar estabilizadores de humor e 22.6% estavam a tomar antipsicóticos. Para a maioria dos sujeitos a última alteração à medicação tinha sido realizada entre 0 a 2 meses (64.5%), 22.6% entre 3 a 5 meses, 9.7% entre 6 a 11 meses e, para apenas um sujeito (3.2%) tinha sido realizada há 12 ou mais meses, ver Quadro 3.

### *Sujeitos com Diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada*

A amostra foi constituída por um total de 30 participantes com diagnóstico de perturbação de ansiedade generalizada.

Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes: a) Idade igual ou superior a 18 anos; b) apresentarem perturbação de ansiedade generalizada segundo os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR); c) alfabetização; d) aceitação da participação na investigação.

A amostra foi recolhida em diversos locais: Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa - consulta externa de psicologia e psiquiatria do hospital, consulta de psiquiatria do Centro Integrado de Tratamento e Reabilitação em Ambulatório de Sintra; Hospital Garcia de Orta - consulta externa de psicologia e psiquiatria; consulta privada de psicoterapia.

Os participantes apresentavam uma média de idades de 41.07 anos, com um desvio-padrão de 12.07, ver Quadro 1. As idades estavam compreendidas entre os 22 e os 58 anos de idade. A maioria dos sujeitos encontrava-se na faixa etária dos 40 aos 49 anos com 30%, seguido da faixa etária dos 50 aos 59 anos com 26.7% e da faixa etária de sujeitos com menos de 30 anos com 26.6%. A faixa etária dos 30 aos 39 anos representava 16.6% do total de sujeitos.

Relativamente ao género verificámos uma maior expressão de sujeitos do sexo feminino (63.3%) comparativamente ao sexo masculino (36.7%), ver Quadro 1.

No que respeita ao estado civil, constata-se através do Quadro 1, que 50% estavam casados, 30% eram solteiros, 13.3% estavam divorciados e 6.7% encontravam-se a viver em união de facto. Não observámos nenhum sujeito com o estado civil viúvo.

Constatámos que a maioria dos sujeitos apresenta habilitações literárias ao nível do ensino secundário (53.3%), seguido do ensino superior (20%) e, com o mesmo valor percentual encontravam-se sujeitos com o ensino básico e o ensino primário (13.3%) – ver Quadro 1.

Observámos através do Quadro 1, que 56.7% dos sujeitos estavam empregados e 43.3% encontravam-se noutra situação, especificamente 23.3% eram estudantes, seguido dos sujeitos reformados (16.7%) e apenas um sujeito estava desempregado (3.3%).

Para analisar as profissões utilizámos a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 1994) descrita no ponto anterior (ver Quadro 2). Analisando a percentagem de sujeitos empregados (56.7%), verificámos que a maioria (16.7%) apresenta profissões do grupo 5 (Pessoal dos serviços

e vendedores), seguido do grupo 3 (Técnicos e profissionais de nível intermédio) com um valor percentual de 13.3%. Os grupos 4 (Pessoal administrativo e similares) e 9 (Trabalhadores não qualificados) apresentaram o mesmo valor de 10%. O grupo 2 (Especialistas das profissões intelectuais e científicas) apresentou o valor de 6.7%. Quatro grupos (1, 6, 7, 8) não registaram nenhum sujeito com as profissões destas categorias.

Constata-se que 80% estava em apoio psicológico/psicoterapêutico e que 76.7% estava em tratamento psiquiátrico. Verificámos que 70% encontrava-se simultaneamente em apoio psicológico/psicoterapêutico e em tratamento psiquiátrico – ver Quadro 3.

Observámos através do Quadro 3, que 90% estava a tomar medicação psicofarmacológica, destes 88.9% tomavam antidepressivos, 81.5% ansiolíticos, sedativos ou hipnóticos, 25.9% tomavam antipsicóticos e 11.1% estava a tomar estabilizadores de humor. A maioria tinha tido a última alteração à medicação entre 0 a 2 meses (48.1%), 29.6% tinha sido há 12 ou mais meses. Entre 3 a 5 meses encontravam-se 14.8% dos sujeitos e entre 6 a 11 meses 7.4%.

#### *Sujeitos sem Alteração Psicopatológica*

A amostra é constituída por um total de 48 participantes provenientes de diversas universidades e empresas.

Os critérios de inclusão na amostra foram: a) Idade igual ou superior a 18 anos; b) não apresentarem história passada ou presente de psicopatologia; c) não existir toma passada ou presente de psicofármacos; d) alfabetização; e) aceitação da participação na investigação.

A média de idades dos sujeitos situava-se nos 39.08 anos, com um desvio-padrão de 11.97. As idades estavam compreendidas entre um mínimo de 19 anos e um máximo de 58 anos. A maioria dos sujeitos tinha entre 40 e 49 anos (31.2%), seguidos dos sujeitos com menos de 30 anos (27.1%). Os sujeitos entre os 30 e 39 anos representavam 22.9% e os sujeitos entre os 50 e os 59 anos 18.8% - ver Quadro 1.

Podemos observar através do Quadro 1, que o sexo feminino representava 62.5% e o sexo masculino 37.5% do total de sujeitos da amostra.

No que concerne ao estado civil, 54.5% eram solteiros, 31.3% eram casados, 12.5% eram divorciados e 2.1% viviam em união de facto, ver Quadro 1. Neste grupo à semelhança do grupo de sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada, não existiam sujeitos viúvos.

Constatámos uma maior expressão percentual de sujeitos que apresentam o ensino secundário concluído (50%), seguido dos sujeitos com o ensino superior (37.5%). Os sujeitos com o ensino básico apresentaram um valor de 8.3% e os sujeitos com o ensino primário representavam 4.2% da amostra, ver Quadro 1.

Observámos através do Quadro 1, que 64.6% dos sujeitos estavam empregados e 10.4% estavam noutra situação. Destes 27.1% eram estudantes e 8.3% estavam desempregados. Neste grupo não se assinalaram sujeitos reformados.

Do total de sujeitos empregados (64.6%) e de acordo com a Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 1994), a maioria tinha profissões que se englobavam no grupo 2 (Especialistas das profissões intelectuais e científicas) com uma expressão percentual de 22.9%, seguido das profissões do grupo 3 (Técnicos e profissionais de nível intermédio). Com o mesmo valor percentual encontravam-se os grupos 1 (Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores da empresa) e 5 (Pessoal dos serviços e vendedores) com 8.3%. Do mesmo modo com um valor igual estavam os grupos 4 (Pessoal administrativo e similares), 7 (Operários, artífices e trabalhadores similares) e 9 (Trabalhadores não qualificados) representando 2.1% do total da amostra. Tal como nos sujeitos com depressão major e nos sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada, não observámos nenhum sujeito com profissão dos grupos 6 (Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas) e 8 (Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem), ver Quadro 1.

### *Instrumentos*

#### *Questionário de Caracterização da Amostra*

O Questionário de Caracterização da Amostra foi construído com o objectivo de recolher alguns dados sócio-demográficos e questões clínicas gerais. As variáveis sócio-demográficas integraram aspectos como a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, profissão, situação profissional. As questões clínicas contemplavam aspectos como o apoio psicológico/psicoterapêutico, tratamento psiquiátrico, medicação e última alteração à medicação.

Tarefa de Memória Autobiográfica

Tarefa elaborada por Cláudio em 2004, que na sua versão original era constituída por 30 substantivos. Posteriormente foi realizada uma versão reduzida em 2011 não publicada com 21 substantivos, divididos em três valências emocionais – positiva, negativa e neutra. Acrescido dos 21 substantivos, a tarefa apresenta cinco palavras de treino de valência emocional neutra, por forma a certificar que o participante compreendeu o que era pedido. A instrução era repetida caso existisse uma incompreensão por parte do sujeito. A tarefa era apenas iniciada quando todos os sujeitos não demonstrassem qualquer dúvida.

Desta forma, a tarefa é composta pelos seguintes substantivos de treino de valência neutra: *Sala, Prateleira, Cabelo, Bola e Escova*. Os substantivos de valência emocional positiva são os seguintes: *Alegria, Sinceridade, Solidariedade, Felicidade, Amor, Inteligência e Amizade*. Relativamente à valência emocional negativa encontramos os seguintes substantivos: *Solidão, Tristeza, Medo, Maldade, Doença, Mentira e Dor*. Por fim, os substantivos de valência emocional neutra são: *Chão, Água, Caneta, Sapato, Mesa, Parede e Janela*.

A instrução dada ao sujeito foi a seguinte: *“No ecrã vão aparecer palavras. Quero que leia cada uma das palavras com atenção e relate um acontecimento da sua vida que essa palavra lhe recorde. Não há respostas certas ou erradas, já que os acontecimentos são diferentes para pessoas diferentes”*. Entre as palavras perguntávamos ao sujeito: *“E esta palavra que acontecimento de vida lhe recorda?”*.

As respostas dos participantes foram gravadas em áudio, depois de solicitada a necessária autorização. Para garantir o anonimato das gravações e antes da instrução, o sujeito indicava qual o código do participante (informação dada a cada participante pelo investigador). Os substantivos foram apresentados individualmente com recurso de um computador, através do programa informático Microsoft Office Power Point, existindo um tempo de exposição definido de um minuto.

Nesta investigação a Tarefa de Memória Autobiográfica apresentou um Alfa de Chronbach, no grupo de sujeitos deprimidos de .54, no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .58 e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .64.

A Tarefa de Memória Autobiográfica permitiu avaliar a recuperação de memórias autobiográficas voluntárias. Uma vez que se trata de um instrumento aplicado com recurso a computador, este encontra-se em documento online, disponível através do seguinte link: <http://goo.gl/Gf8Z3q>

Diário de Memórias Autobiográficas Involuntárias

Diário estruturado desenvolvido por Berntsen em 1996. Neste estudo utilizámos uma tradução realizada para a investigação. Foi entregue a cada sujeito um diário para avaliação das memórias autobiográficas involuntárias.

O diário é constituído por vinte e três questões que devem ser respondidas para cada memória espontânea recuperada. É dividido em duas partes, a primeira que deve ser respondida após a recuperação do acontecimento e a segunda que contém informações mais detalhadas sobre o acontecimento recuperado. Na sua totalidade, permite o preenchimento de vinte memórias. Os registos foram efectuados pelos próprios sujeitos que deveriam preencher duas memórias por dia.

As instruções apresentadas no diário são as seguintes: *“Esta tarefa tem como objectivo o registo de 20 memórias autobiográficas involuntárias. Ou seja, memórias de eventos da sua vida que surgem na sua mente sem que tenha, no momento, qualquer intenção de as evocar. Este caderno deve andar consigo. Sempre que tenha uma memória autobiográfica involuntária, deve fazer registo da mesma neste diário. Para tal deve preencher imediatamente (dentro do possível) a primeira parte do questionário em relação a essa memória. Quando tiver disponibilidade deve, no próprio dia em que lhe surgiu a memória, preencher a segunda parte do questionário para a memória. Se tiver tempo, nada impede o preenchimento de ambas as partes num mesmo momento. No máximo só deve registar duas memórias por dia. Se lhe ocorrerem mais memórias num mesmo dia, estas não deverão ser registadas. É garantida a sua confidencialidade em relação aos dados recolhidos nesta tarefa. De qualquer forma, se não se sentir confortável a partilhar alguma memória, pode escolher não a registar (como se nunca lhe tivesse surgido na mente)”*.

Para cada evento recuperado o sujeito deveria responder às seguintes questões da primeira parte do diário:

- 1) “Onde estava quando a memória surgiu?”;
- 2) “O que estava a fazer?”;
- 3) “Estava a pensar em alguma coisa quando surgiu a memória? (Descreva o quê);
- 4) A sua atenção estava focada em tarefas ou pensamentos?;
- 5) Como estava o seu humor?;
- 6) Descreva sucintamente a memória (pode responder usando palavras-chave);
- 7) Quão vívida é a memória?;
- 8) Já pensou anteriormente nesta memória?;
- 9) A memória influenciou o seu humor?;

- 10) Reagiu fisicamente à memória? (por exemplo, falando consigo mesmo, sorrindo, chorando, tremendo, palpitações, rindo, batendo em coisas, etc);
- 11) A situação lembrada era emocionalmente positiva ou negativa quando ocorreu?;
- 12) A situação lembrada era emocionalmente intensa ou sem intensidade quando ocorreu?;
- 13) Esta memória refere-se a um episódio específico do seu passado?.

A segunda parte do diário continha as seguintes questões:

- 14) Descreva a memória em detalhe (O que aconteceu? Quem estava lá? Onde é que aconteceu?);
- 15) Compare o conteúdo da memória com o que aconteceu à sua volta e com o que estava a pensar mesmo antes de esta surgir na sua mente. Será que algo do meio envolvente, da actividade que estava a desempenhar, da sua atenção, ou dos seus pensamentos no momento se repetiu na sua memória?;
- 16) Estas características comuns estavam presentes no meio envolvente (externo) ou apenas no que estava a pensar (interno)?;
- 17) A memória está relacionada com um evento que era comum ou fora do comum na altura em que ocorreu?;
- 18) Quando me recordei do episódio eu experienciei principalmente o que aconteceu na perspectiva de (Eu Próprio ou de um Observador);
- 19) O episódio de que se lembrou teve alguma consequência na sua vida?;
- 20) Sinto que este evento se tornou parte da minha identidade;
- 21) Sinto que este evento se tornou central na minha história;
- 22) Frequentemente penso nos efeitos que este evento terá no meu futuro;
- 23) Aproximadamente que idade tem na sua memória? Na memória tenho \_\_\_ anos.

O preenchimento do diário compreendia respostas a perguntas abertas, como por exemplo “*Onde estava quando a memória surgiu na sua mente?*”; numa escala tipo Likert, por exemplo “*Como estava o seu humor?*”; ou numa escala nominal, como por exemplo “*Esta memória refere-se a um episódio específico do seu passado?*” cujas opções são “*Sim*” ou “*Não*”.

Nesta investigação verificámos no Diário de Memórias Autobiográficas Involuntárias um Alfa de Chronbach, no grupo de sujeitos deprimidos de .86 e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .82.

O diário permitiu obter memórias autobiográficas involuntárias dos sujeitos.

### Entrevista Clínica Estruturada (SCID-I)

A Entrevista Clínica estruturada para as perturbações do DSM-IV eixo I (SCID-I) foi desenvolvida por First e colaboradores em 2003 e traduzida como versão de trabalho por Ângela Maia em 2005. Esta entrevista é dirigida por um técnico de saúde, sendo de fácil aplicação permite a avaliação de sintomatologia clínica e psicopatologia do eixo I dos indivíduos (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 2003). A SCID-I é composta por nove módulos de diagnóstico, contendo questões para o diagnóstico diferencial. Não implica a aplicação da totalidade dos módulos, existindo a possibilidade do entrevistador utilizar apenas os módulos que considera necessários. A entrevista permite a avaliação de perturbações do humor e perturbações da ansiedade, servindo para a confirmação do diagnóstico dos grupos clínicos.

A SCID-I foi amável disponibilizada pela autora da tradução, Ângela Maia.

### Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (*Brief Symptom Inventory* – BSI) é um questionário de autopreenchimento, desenvolvido por Derogatis em 1982 e revisto em 1993, com o objectivo de avaliar os sintomas psicopatológicos. O BSI é uma versão reduzida do *System Checklist-90* (SCL-90) elaborado por Derogatis em 1977. As correlações efectuadas pelos autores da versão original com os itens do SCL-90 constataram que o BSI poderia sustentar as dimensões psicopatológicas (Derogatis, 1993), constituindo uma vantagem pelo número de itens.

O questionário é composto por 53 itens, divididos por nove dimensões – Somatização, Obsessões e Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo – e três índices – Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos. Os sujeitos deveriam responder mediante o grau que os diferentes sintomas constituíram um incómodo na última semana. As respostas são dadas numa escala tipo Likert de cinco pontos, variando entre “*Nunca*” (0 pontos) até “*Muitíssimas vezes*” (4 pontos).

Os sujeitos sem alteração psicopatológica que obtiveram valores iguais ou superiores ao ponto de corte ( $\geq 1.7$ ) no Índice de Sintomas Positivos foram excluídos da amostra, uma vez que seria indicador de presença de sintomas psicopatológicos (Canavarro, 1999).

Obtivemos para o Inventário de Sintomas Psicopatológicos um Alfa de Chronbach, no grupo de sujeitos deprimidos de .95, no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .97 e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .94.

O questionário foi traduzido e adaptado à população portuguesa por Canavarro em 1999 e disponibilizado pela autora para aplicação nesta investigação. O questionário encontra-se na secção dos anexos (ver Anexo C).

#### Escala de Depressão de Hamilton (HRSD)

A Escala de Depressão de Hamilton foi desenvolvida por Hamilton em 1957 e publicada em 1960. É constituída por 21 itens que avaliam a severidade da depressão, embora tivéssemos utilizado a versão com 17 itens tal como sugerido pelo autor (Hamilton, 1986).

O preenchimento é feito pelo entrevistador através da observação e avaliação das respostas dadas pelo indivíduo, pelo que faculta uma avaliação objectiva da severidade da depressão.

A escala avalia seis factores relativos à depressão: (1) Humor deprimido; (2) sintomas somáticos; (3) lentificação motora; (4) sintomas sociais; (5) sintomas de ansiedade; (6) sintomas cognitivos. A pontuação varia entre 0 e 2, em que o resultado final varia entre 0 e 50 pontos.

Neste estudo esta escala um Alfa de Chronbach, no grupo de sujeitos deprimidos de .78 e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .88.

A Escala de Hamilton para a Depressão encontra-se em anexo (ver Anexo D).

#### Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck foi desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh em 1961. Concordante com o modelo cognitivo da depressão de Beck já descrito. Neste estudo utilizámos uma versão traduzida elaborada em 1990, não publicada, testada numa amostra de 1500 participantes.

O inventário é constituído por 21 itens, permitindo uma avaliação da intensidade da depressão, através de manifestações cognitivas, comportamentais, afectivas e somáticas. Cada item apresenta quatro possibilidades de resposta e, a sua cotação varia entre 0 (ausência de sintoma) a 3 (presença mais acentuada do sintoma). Os sujeitos devem considerar a forma como se sentiram na última semana. Os resultados podem variar entre 0 e 63.

A severidade da depressão é dividida em diferentes níveis: resultados superiores a 4 são indicativos de depressão ligeira; resultados entre 14 e 20 remetem para a presença de depressão moderada; por fim resultados iguais ou superiores a 21 apontam para uma depressão grave (Beck & Beamesderfer, 1974). Uma classificação posterior proposta por Beck dividia a depressão em: Ausência de depressão para pontuações iguais ou inferiores a 9; depressão ligeira para pontuações entre 10 e 18; depressão moderada entre 14 e 29; pontuações iguais ou a 30 indicam a presença de depressão grave (Beck, Steer & Gabin, 1988).

Utilizámos como ponto de corte o valor de 13. Assim, os sujeitos sem alteração psicopatológica que apresentassem resultados iguais ou superiores a 13 pontos foram excluídos da amostra.

Neste estudo o BDI apresentou um Alfa de Chronbach, no grupo de sujeitos deprimidos de .78 e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .88.

Este instrumento permitiu avaliar a severidade da depressão nos sujeitos de forma subjectiva (ver Anexo E).

#### *Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI)*

O Inventário Estado-Traço de Ansiedade (*State-Trait Anxiety Inventory* – STAI) é um questionário de autopreenchimento, desenvolvido por Spielberger em 1983, com o objectivo de avaliar a ansiedade estado e a ansiedade traço. Foi traduzido e adaptado à população portuguesa por Santos e Silva em 1997.

Para Spielberger (1993), a ansiedade estado remete para o seu carácter temporal em que pode sentir tensão, nervosismo, preocupação ou apreensão. Por outro lado, a ansiedade traço é concordante com características relativamente estáveis, existindo uma tendência para a ansiedade.

O STAI é constituído por duas escalas (STAI Forma-Y1 e STAI Forma-Y2), cada uma com 20 itens que avaliam a ansiedade estado e a ansiedade traço respectivamente. Os itens são cotados

de acordo com uma escala tipo Likert de quatro pontos que varia entre 1 e 4 pontos. Os resultados finais variam entre um mínimo de 20 pontos e um máximo de 80 pontos.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica que obtiveram valores iguais ou superiores ao ponto de corte, i.e., 50 pontos foram excluídos da amostra.

O Alfa de Chronbach nesta investigação foi, no grupo de sujeitos deprimidos de .77 (Estado) e .83 (Traço). O grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .90 (Estado) e .86 (Traço). No grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica o Alfa foi de .87 (Estado) e .74 (Traço).

O Inventário Estado-Traço de Ansiedade foi autorizado e disponibilizado pela editora (ver Anexo F).

#### *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)*

A Escala de Vinculação do Adulto é um questionário de auto-preenchimento, desenvolvido por Collins e Read, 1990. A tradução e adaptação à população portuguesa foi realizada por Canavarro, 1995.

Canavarro (1997) nos seus primeiros estudos considerou a divisão da vinculação em três dimensões, i.e., Vinculação Ansiosa, Segura e Evitante, alicerçada no modelo de Hazan e Shaver (1987). Posteriormente, a autora preservou a divisão em três dimensões, designando por Ansiedade, Conforto com a Proximidade e Confiança nos Outros (Canavarro, 2006). A dimensão Ansiedade é caracterizada pelo grau de ansiedade sentido pelos sujeitos, baseado em dificuldades interpessoais como o medo de ser abandonado ou não ser desejado. Esta dimensão encontra-se associada ao estilo de vinculação ansioso. A segunda dimensão, Conforto com a Proximidade, é caracterizado pelo grau em que os sujeitos revelam estar confortáveis com a proximidade e intimidade, bem como sentem capacidade de confiar nos outros. Têm um grau de ansiedade baixo e, como tal, raramente são invadidos por sentimentos de receio de serem abandonados ou de não serem amados. Existe uma correspondência desta dimensão com o estilo de vinculação seguro. Por fim, a terceira dimensão, Confiança nos Outros, remete para o grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, correspondendo ao estilo de vinculação evitante.

O questionário é constituído por 18 itens divididos pelas três dimensões descritas (ansiedade, conforto com a proximidade, confiança nos outros). Os itens apresentam uma descrição do grau que o sujeito sente face às relações que estabelece. As respostas são dadas de

acordo com uma escala de cinco pontos, tipo Likert variando entre 1 “*Nada característico em mim*” até 5 “*Extremamente característico em mim*”.

Por forma a obtermos uma análise mais detalhada da vinculação optámos pela sua análise dimensional.

Obtivémos para EVA um Alfa de Chronbach, no grupo de sujeitos deprimidos de .67, no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .73 e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .70.

A Escala de Vinculação do Adulto foi disponibilizada pela autora Maria Cristina Canavarro (ver Anexo G).

### Questionário de Esquemas de Young

O questionário de Esquemas foi desenvolvido por Young e Brown em 1989 e publicado em 1990, sendo traduzido e adaptado à população portuguesa por Pinto-Gouveia e colaboradores em 1997.

É constituído por 123 itens, que permitem avaliar os Esquemas Precoces Desadaptativos dos sujeitos da amostra. Os itens abrangem seis domínios - Instabilidade e Separação, Indesejabilidade, Enfraquecimento da Autonomia, Enfraquecimento dos Limites, Redução da Auto-Expressão, Redução da Gratificação. Os domínios englobam quinze esquemas – Dependência, Auto-Sacrifício, Vulnerabilidade, Medo de Perder o Controlo, Perda Emocional, Abandono, Desconfiança, Isolamento Social, Deficiência, Auto-Imagem, Inferioridade, Culpa, Inibição Emocional, Padrão Rígido, Défice de Auto-Controlo.

Para cada item os sujeitos deveriam assinalar a opção que melhor os caracterizava. As respostas eram dadas numa escala tipo Likert de seis pontos, variando entre 1 “*Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser*” até 6 “*Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente*”. O resultado final do questionário podia variar entre 123 e 738.

O Alfa de Chronbach nesta investigação foi, no grupo de sujeitos deprimidos de .88, no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .92 e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .90.

O Questionário de Esquemas de Young encontra-se na secção dos anexos (ver Anexo H).

### *Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64)*

Inventário de Problemas Interpessoais é um instrumento de auto-preenchimento desenvolvido por Horowitz, Alden, Wiggins e Pincus em 2000. Utilizámos uma tradução realizada por Eva Martins, João Salgado, Tiago Bento e Paulo Machado, que se encontra a ser aferida para população portuguesa.

O inventário é constituído por 64 itens, que avaliam as dificuldades interpessoais em oito dimensões – Dominador/Controlador, Vingativo/Auto-centrado, Frio/Distante, Socialmente Inibido, Não-Assertivo, Complacente, Auto-Sacrifício e Intrusivo/Carente. Encontra-se dividido em duas partes, a primeira que remete para aspectos que o sujeito considera difíceis de fazer com os outros e, a segunda parte remete para aspectos que o sujeito faz em demasia. A resposta é dada numa escala tipo Likert de cinco pontos.

Obtivémos neste estudo, para o Inventário de Problemas Interpessoais um Alfa de Chronbach, no grupo de sujeitos deprimidos de .87, no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .91 e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada de .93.

O Inventário de Problemas Interpessoais foi disponibilizado pelos autores (ver Anexo I).

### *Procedimento*

A investigação teve início com a tradução do Diário de Memórias Autobiográficas Involuntárias descrita no ponto anterior. Todos os aspectos inerentes à tradução de um instrumento de avaliação foram assegurados por forma a garantir a exactidão linguística.

As autorizações para a utilização dos instrumentos que fazem parte do protocolo de avaliação foram solicitadas. Todos os instrumentos foram autorizados pelos diferentes autores, para utilização na presente investigação.

Com o objectivo de implementar o desenho metodológico da investigação, realizámos numa primeira fase contactos a várias instituições e apresentámos o projecto de investigação, com posterior entrega de requerimentos às comissões de ética com o objectivo de obter autorização para a recolha de dados. A investigação foi autorizada pelas unidades hospitalares e pela associação que acolheram o projecto. Todos os aspectos gerais de ética foram assegurados, existindo uma constante articulação com as instituições.

Os procedimentos à aplicação do protocolo de avaliação consistiam, num primeiro momento, na solicitação da participação através do consentimento informado, visando esclarecer a natureza da investigação bem como os objectivos da mesma e, garantir a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. A informação para além de ser fornecida oralmente era igualmente facultada através do consentimento informado por escrito (ver Anexo A). Após a aceitação da participação no estudo, iniciávamos a aplicação do protocolo de avaliação.

A aplicação do protocolo foi realizada individualmente. Apesar dos sujeitos terem sido encaminhados pelos psicólogos ou psiquiatras devidamente formados e experientes, considerámos necessária a aplicação da Entrevista Estruturada (SCID-I) como contraprova por forma a confirmar o diagnóstico.

Dado o número de instrumentos e o tempo de aplicação, realizámos a avaliação em dois momentos com intervalo de um mês entre as avaliações, por forma a controlar a eventual contaminação dos dados.

No primeiro momento de avaliação os instrumentos foram aplicados pela seguinte ordem:

- Questionário de Caracterização da Amostra;
- Entrevista Estruturada (SCID-I);
- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI);
- Inventário de Depressão de Beck (BDI);
- Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI);
- Escala de Vinculação do Adulto (EVA);
- Escala de Depressão de Hamilton (HRSD);

Foi ainda entregue a cada participante o Diário de Memórias Autobiográficas.

No segundo momento aplicámos os instrumentos de acordo com a seguinte ordem:

- Tarefa de Memória Autobiográfica;
- Inventário de Depressão de Beck (BDI);
- Questionário de Esquemas de Young;
- Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64);
- Escala de Depressão de Hamilton (HRSD).

Neste momento foram recolhidos os Diários de Memórias Autobiográficas Involuntárias.

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) e a Escala de Depressão de Hamilton (HRSD) foram aplicados nos dois momentos de avaliação aos grupos clínicos, por forma a assegurar que o grupo da depressão major se mantinha no episódio depressivo e que o grupo da ansiedade generalizada não tinha desenvolvido sintomas depressivos. Importa referir que o protocolo de avaliação foi aplicado aos sujeitos em regime de gabinete.

O tempo útil de aplicação do protocolo de avaliação foi em média de 2h15m (média dos dois momentos de avaliação em conjunto).

A análise de dados foi realizada com recurso ao programa estatístico “Statistical Package for the Social Sciences – SPSS”, versão 21.0, permitindo a construção de uma base de dados com todas as variáveis avaliadas no estudo, nos diferentes grupos que integraram a investigação.

A aplicação dos procedimentos estatísticos foi estruturada nas seguintes componentes consoante os objetivos subjacentes:

- Uma componente de estatística descritiva, realizada para a caracterização sócio-demográfica dos participantes e para apresentar uma análise exploratória dos resultados das variáveis em estudos, nomeadamente das escalas clínicas, da Tarefa de Memórias Autobiográficas e do Diário de Memórias Autobiográficas Involuntárias. Neste contexto, selecionaram-se técnicas adequadas ao tipo de variável: determinaram-se tabelas de frequências simples e tabelas de frequências cruzando variáveis em categorias (tipo nominal); calcularam-se medidas de localização (médias medianas), dispersão, curtose e assimetria, estas últimas para averiguar o afastamento da normalidade, condição de validade dos testes paramétricos (essencialmente) no caso de amostras relativamente pequenas ( $<30$  ou  $<40$ ); elaboraram-se diagramas de box-plot que ilustram graficamente a distribuição dos dados das variáveis quantitativas (contínuas e ordinais).

Com o objetivo de ilustrar o grau de proximidade entre os resultados de certas variáveis que estão em categorias, utilizou-se pontualmente o escalonamento multidimensional e o respetivo mapa de localização das variáveis.

Procedeu-se ainda à análise da consistência interna das escalas, utilizando o coeficiente de fiabilidade Alfa de Cronbach para cada uma das escalas utilizadas. Analisou-se adicionalmente se existia uma melhoria da fiabilidade por eliminação de algum item das escalas. Tal não se

verificou, pelo que todas as análises foram realizadas com os totais calculados inicialmente com todos os sub-itens das escalas (quando existiam).

O tamanho das amostras não permitiu uma análise fatorial confirmatória (i.e., modelos de equações estruturais).

- Estudo de correlação e de associação bivariada (entre duas variáveis). Neste tipo de análise, para variáveis quantitativas e na escala ordinal, utilizaram-se fundamentalmente dois coeficientes de correlação, o coeficiente de correlação: de Pearson, adequado para variáveis contínuas com distribuição aproximadamente normal e o coeficiente de correlação de Spearman, no caso das variáveis numa escala ordinal (tipo likert, por exemplo), e para variáveis contínuas que se afastam da normalidade.

As correlações entre duas variáveis serviram também como análise exploratória para identificação de variáveis candidatas a modelos de regressão, com mais do que uma variável.

O Teste de qui-quadrado para associação/independência, foi utilizado para o estudo das associações entre variáveis em categorias (grupos, etc), tendo sido complementado com o teste Z para comparação das proporções das colunas da tabela quando aplicável.

Recorremos a variantes do teste do qui-quadrado nos casos de falha de alguns pressupostos de validade. Optámos por uma alternativa baseada em reamostragem, que é a aplicação do teste do qui-quadrado com recurso ao método de amostragem por simulação de Monte Carlo, aplicado sobre tabelas de contingência.

Nas situações aplicáveis, calcularam-se os coeficientes que estimam a intensidade da associação entre as variáveis em categorias, nomeadamente o coeficiente Phi e o Coeficiente de Contingência C, ambos a variar entre 0 e 1 (não atingindo o 1), significando respetivamente ausência de associação e associação muito forte.

- Estudo de comparação entre grupos, comparação de variáveis dependentes em relação a fatores. Para estes objetivos utilizaram-se testes estatísticos do tipo paramétrico e não paramétrico (alternativo ao primeiro) e para amostras independentes (não relacionadas) e amostras dependentes (relacionadas ou emparelhadas).

Para a comparação de duas ou mais amostras ou grupos, utilizou-se o teste t (de Student) e a técnica de Análise de Variância (ANOVA) para comparação entre grupos. As alternativas não paramétricas, utilizadas em caso de falha de normalidade e para as escalas do tipo ordinal foram o teste de Mann-Whitney (amostras independentes), o teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas (relacionadas), o teste de Kruskal-Wallis para mais do que dois grupos independentes e o teste de

Friedman para mais do que dois grupos emparelhados e as respectivas técnicas de comparações múltiplas, quando aplicável.

Para avaliar a validade do pressuposto de normalidade dos dados com vista a comparação dos grupos através da ANOVA, procedeu-se ao estudo das medidas de curtose e assimetria e também à realização dos testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov com a correção de Shapiro-Wilk. Foi igualmente realizado o teste de homogeneidade das variâncias, o teste de Levene. Os testes de comparações múltiplas foram escolhidos conforme o número de comparações a fazer (com ou sem correção de Bonferroni), as variâncias serem ou não homogéneas (escolher entre comparações múltiplas de Tukey ou de Dunnett C, Duncan, etc.).

Utilizámos também a análise de variância Multivariada, MANOVA para os casos de mais do que uma variável dependente a comparar simultaneamente, e a ANOVA de medições repetidas (ANOVA para amostras emparelhadas). Os testes para amostras emparelhadas também foram aplicados nas comparações intra-grupos, quando se comparam os mesmos indivíduos em situações distintas.

Em todos os testes estatísticos foi considerado o nível de significância de 5% para a rejeição de uma hipótese, salvo algumas exceções.

- Modelos de Regressão para o estudo da relação entre uma variável dependente e uma ou mais variáveis independentes (ou seja, procura de preditores de uma variável dependente).

Neste contexto utilizaram-se Modelos de regressão linear e de regressão linear Multipla para variáveis dependentes quantitativas e modelos de Regressão Categorial (variável dependente em categorias, por exemplo os 3 grupos). No caso em que se investiga a influência de variáveis selecionadas sobre uma variável dependente, do tipo ordinal, foram tomados cuidados suplementares sobre a validade da decisão estatística. No geral foram calculados o coeficiente de determinação  $R^2$  e Coeficiente de determinação ajustados (para 2 ou mais variáveis independentes), para quantificar o poder explicativo do modelo, e feita uma análise dos resíduos do modelo ajustado. Foram experimentados mais de um método de seleção de variáveis (método enter e método stepwise).

O modelo de regressão Multinomial (tipo categorial), mais concretamente Regressão Logística Multinomial, foi utilizado na situação de investigar as variáveis determinantes para um indivíduo pertencer a um determinado Grupo (Depressão Major, Ansiedade Generalizada ou Sem Alteração Psicopatológica). Ou seja, este modelo serve como análise discriminante, pois permite encontrar

as variáveis que melhor discriminam os grupos. Para garantir a validade dos modelos estimados, o número de variáveis independentes escolhidas foi controlado.

Para a estimação dos parâmetros do modelo utilizou-se a estimação da máxima verosimilhança e algoritmos de seleção de variáveis *Stepwise*, *BackWard* e *Forward*. O modelo final selecionado foi o que apresenta um melhor poder explicativo, parcimónia e bom ajuste. Este tipo de regressão admite variáveis preditoras quantitativas (chamadas covariáveis) e variáveis qualitativas (ou fatores), e serve igualmente para identificar e quantificar fatores de risco (por exemplo para estar no grupo com depressão major), utilizando a medida *Odds ratio*. Relativamente às medidas de associação entre os preditores e a variável dependente, foram calculados o pseudo  $R^2$  e de Cox & Snell, de Nagelkerke e de McFadden.

Utilizou-se ainda o modelo loglinear, complementar e uma extensão do teste de qui-quadrado e serve para modelar as contagens de uma tabela de frequências, resultante do cruzamento de variáveis em categorias. Possibilita investigar a significância da interação entre categorias de duas ou mais variáveis qualitativas, que o teste do qui-quadrado não permite. No presente trabalho utilizou-se o modelo loglinear de Poisson.

## **CAPITULO VIII – RESULTADOS**

Iniciaremos este capítulo com a descrição relativa à análise de resultados das escalas clínicas. Na segunda parte focaremos na análise da tarefa de memória autobiográfica mediante os objectivos do estudo. A terceira parte remete para a análise do diário de memórias autobiográficas involuntárias e comparação com as memórias voluntárias, relativamente à valência e tipo de memória.

### **Primeira Parte**

#### *Análises de Resultados das Escalas Clínicas*

Analisámos os resultados das escalas clínicas utilizadas pela seguinte ordem: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI); Escala de Depressão de Hamilton (HRSD); Inventário de Depressão de Beck (BDI); Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI); Escala de Vinculação do Adulto (EVA); Questionário de Esquemas de Young; Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64). Para todas as escalas realizámos uma análise exploratória em cada grupo e, uma análise comparativa entre os três grupos em estudo.

*Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*

Analisámos os resultados obtidos no BSI, no que respeita às nove dimensões e três índices, nos três grupos de sujeitos que integraram o estudo.

## Quadro 4:

*Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) no Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*

	Depressão Major N = 33		Ansiedade Generalizada N = 30		Sem alteração psicopatológica N = 48		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Somatização	1.99	.95	1.23	.93	.26	.32	55.45*
Obsessões e Compulsões	2.67	.74	1.88	.88	.79	.49	75.14*
Sensibilidade Interpessoal	2.24	.89	1.48	1.06	.54	.46	46.35*
Depressão	3.01	.90	1.92	1.03	.45	.39	111.84*
Ansiedade	2.29	.89	1.75	.95	.53	.40	61.18*
Hostilidade	2.05	.95	1.63	1.04	.60	.47	34.74*
Ansiedade Fóbica	1.55	.97	1.20	.88	.18	.26	40.53*
Ideação Paranóide	2.31	1.02	1.51	.92	.64	.51	42.72*
Psicoticismo	2.01	.86	1.36	.86	.32	.32	63.23*
IGS	2.25	.69	1.56	.77	.48	.32	92.11*
TSP	44	8	36	13	20	12	46.74*
ISP	2.67	.55	2.16	.59	1.24	.19	107.14*

Nota: \* Diferenças significativas ( $p < .05$ ) no teste de ANOVA entre os três grupos

Os valores obtidos revelam que os sujeitos deprimidos apresentam médias mais elevadas nos três índices em comparação aos restantes grupos em estudo. Tanto no teste ANOVA como na alternativa não-paramétrica, i.e., no testes Kruskal-Wallis verificou-se igualmente a existência de diferenças significativas nos três grupos ( $p < .05$ ) – ver Quadro 4.

Os sujeitos deprimidos na dimensão *Somatização* apresentam uma média de 1.99 e  $DP=.95$ , com um valor mínimo de .14 e máximo de 3.57– ver Quadro 4. Estes valores diferem significativamente ( $p<.05$ ) dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $M = 1.23$ ,  $DP=.93$ , Mín.=.00 e Máx.=3.29) e dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M = .26$ ,  $DP=.32$ , Mín.=.00 e Máx.=1.29). As diferenças foram igualmente significativas ( $p<.05$ ) entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

Na dimensão *Obsessões e Compulsões*, a média dos sujeitos deprimidos é de 2.67 e  $DP=.74$ . O valor mínimo é de 1.17 e o valor máximo de 4.00, ver Quadro 4. A média dos sujeitos deprimidos apresenta diferenças significativas ( $p<.05$ ) em relação à média dos sujeitos com ansiedade generalizada cujo valor foi inferior,  $M = 1.88$  e  $DP=.88$ . O valor mínimo obtido neste grupo foi de .00 e máximo de 3.50. De forma análoga, os sujeitos deprimidos apresentam diferenças significativas ( $p<.05$ ) com médias superiores comparativamente aos sujeitos sem alteração psicopatológica,  $M = .79$  e  $DP=.49$ . De mencionar que estes sujeitos apresentam um mínimo de .00 e máximo de 2.17. As diferenças entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica são igualmente significativas ( $p<.05$ ), ver Quadro 4, com valores médios superiores dos primeiros face aos segundos.

Os resultados obtidos na dimensão *Sensibilidade Interpessoal*, ver Quadro 4 demonstraram, que os sujeitos deprimidos apresentam médias superiores em relação aos restantes grupos, i.e., sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica. A média dos sujeitos deprimidos é de 2.24 e  $DP=.89$ , com um mínimo de .00 e máximo de 4.00. A média destes sujeitos difere significativamente ( $p<.05$ ) dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $M = 1.48$ ,  $DP=1.06$ , Mín.=.00 e Máx.=4.00) e dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M = .54$ ,  $DP=.46$ , Mín.=.00 e Máx.=1.50). Entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica as diferenças foram igualmente significativas ( $p<.05$ ), com os últimos a apresentarem valores inferiores.

O grupo de sujeitos com depressão major, na dimensão *Depressão*, apresentou uma média de 3.01 e  $DP=.90$ , em que o mínimo registado foi de .83 e máximo de 4.00. No grupo de sujeitos com ansiedade generalizada a média foi de 1.92 e  $DP=1.03$  (Mín.=.00 e Máx.=3.67) e no grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica o valor médio foi de .45 e  $DP=.39$  (Mín.=.00 e Máx.=1.83), cujos valores médios foram inferiores aos restantes grupos em estudos – ver Quadro 4. Nesta dimensão as diferenças foram significativas ( $p<.05$ ) entre os sujeitos deprimidos com os sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica. Do mesmo modo, as diferenças foram estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

Na continuação desta análise verificamos através do Quadro 4, que na dimensão *Ansiedade*, a média dos sujeitos com depressão major é de 2.29 e  $DP=.89$ . Este grupo de sujeitos registou um valor mínimo de .33 e máximo 3.83. Os resultados obtidos pelos sujeitos com depressão major são significativamente superiores ( $p<.05$ ) aos resultados sujeitos com ansiedade generalizada e dos sujeitos sem alteração psicopatológica. O grupo de sujeitos com ansiedade generalizada apresenta uma média de 1.75 e  $DP=.95$ , em que o mínimo foi de .17 e máximo de 3.33. Estes sujeitos apresentam médias significativamente superiores ( $p<.05$ ) face aos sujeitos sem alteração psicopatológica. Assim, o grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica registou um valor médio de .53 e  $DP=.40$ . O valor mínimo destes sujeitos foi de .00 e máximo de 1.67.

Tal como temos vindo a observar também na dimensão *Hostilidade* foram os sujeitos deprimidos que apresentaram valores médios superiores em comparação aos restantes grupos em estudos – ver Quadro 4. Os sujeitos deprimidos apresentaram uma média de 2.05 e  $DP=.95$ , com um mínimo de .20 e máximo de 4.00. Estes valores médios foram significativamente superiores ( $p<.05$ ) comparativamente aos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=.60$ ,  $DP=.47$ , Mín.=.00 e Máx.=1.60). Contudo, os sujeitos deprimidos não apresentaram diferenças significativas ( $p\geq.05$ ) quando comparados com os sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=1.63$ ,  $DP=1.04$ , Mín.=.00 e Máx.=3.80). Constatamos que os sujeitos com ansiedade generalizada apresentaram diferenças significativas ( $p<.05$ ) em relação aos sujeitos sem alteração psicopatológica.

Na dimensão *Ansiedade Fóbica*, os sujeitos deprimidos registaram uma média de 1.55 e  $DP=.97$  (Mín.=.00 e Máx.=3.20), demonstrando ser superior em comparação com os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=.18$ ,  $DP=.26$ , Mín.=.00 e Máx.=.80), ver Quadro 4, embora estas diferenças não demonstrem ser significativas ( $p\geq.05$ ) quando comparados com os sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=1.20$ ,  $DP=.88$ , Mín.=.00 e Máx.=2.80). Entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológicas as diferenças observadas foram significativas ( $p<.05$ ).

No que concerne à dimensão *Ideação Paranóide*, verificamos no Quadro 4, que os sujeitos deprimidos apresentaram uma média de 2.31 e  $DP=1.02$ , com um mínimo de .00 e máximo de 3.80. A média dos sujeitos deprimidos foi significativamente superior ( $p<.05$ ) à dos sujeitos com ansiedade generalizada, em que se apurou uma média de 1.51 e  $DP=.92$ , cujo mínimo foi de .00 e máximo de 3.40. Os valores médios dos sujeitos deprimidos foram igualmente significativamente superiores ( $p<.05$ ) aos sujeitos sem alteração psicopatológica. Tal como o grupo de sujeitos deprimidos, também os sujeitos com ansiedade generalizada apresentaram diferenças significativas ( $p<.05$ ) face aos sujeitos sem alteração psicopatológica. Estes sujeitos sem alteração psicopatológica

apresentaram valores inferiores em relação aos restantes grupos em estudos. Apurámos uma média de .64 e  $DP=.51$ . O valor mínimo registado foi .00 e máximo 1.60.

À semelhança do que se verificou nas restantes dimensões, ver Quadro 4, também na dimensão *Psicoticismo* as médias mais elevadas observam-se no grupo de sujeitos com depressão major. A média destes sujeitos foi de 2.01 e  $DP=.86$ . O mínimo foi de .40 e máximo de 3.60. Esta média difere significativamente ( $p<.05$ ) das médias dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=1.36$ ,  $DP=.86$ , Mín.=.20 e Máx.=3.00) e dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=.32$ ,  $DP=.32$ , Mín.=.00 e Máx.=1.00). As diferenças observadas foram de igual forma significativas ( $p<.05$ ) entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

Verificámos que os sujeitos deprimidos, no *Índice Geral de Sintomas (IGS)*, obtiveram uma média de 2.25 e  $DP=.69$ , com um mínimo de .51 e máximo de 3.43 (ver Quadro 4). A média dos sujeitos deprimidos foi significativamente superior ( $p<.05$ ) à dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=1.56$ ,  $DP=.77$  – Mín.=.19 e Máx.=2.79) e à dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=.48$ ,  $DP=.32$  – Mín.=.02 e Máx.=1.25). O nível de significância foi igualmente significativo entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p<.05$ ), em que os primeiros obtiveram valores médios superiores face aos segundos.

No *Total de Sintomas Positivos (TSP)*, observámos que os sujeitos deprimidos apresentaram uma média de 44 e  $DP=8$ , com um valor mínimo de 19 e máximo de 53 – ver Quadro 4. A média dos sujeitos deprimidos foi significativamente superior ( $p<.05$ ) à média dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=36$ ,  $DP=13$  - Mín.=9 e Máx.=53), bem como à média dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=20$ ,  $DP=12$  - Mín.=1 e Máx.=48). De igual modo, o grupo de ansiedade generalizada apresenta diferenças significativas ( $p<.05$ ), com um valor médio superior face ao grupo sem alteração psicopatológica.

O *Índice de Sintomas Positivos (IPS)*, dos sujeitos deprimidos –  $M=2.67$  e  $DP=.65$  (Mín.=1.42 e Máx.=3.57) – registava uma média significativamente superior ( $p<.05$ ) aos restantes grupos em estudo – ver Quadro 4. Desta forma, os sujeitos com ansiedade generalizada apresentavam um valor médio de 2.16 e  $DP=.59$ , em que o valor mínimo é de 1.11 e máximo de 3.21. Os sujeitos sem alteração psicopatológica apresentavam uma média de 1.24 e  $DP=.19$ , com um mínimo de 1.00 e máximo de 1.63. As diferenças encontradas também foram significativas ( $p<.05$ ) entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica, em que os primeiros obtiveram valores superiores face aos segundos.

Importa mencionar que no teste não-paramétrico, as diferenças entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada não foram significativas ( $p \geq .05$ ), nas dimensões *Ansiedade*, *Hostilidade*, *Ansiedade Fóbica*, *Psicoticismo*, *Total de Sintomas Positivos* e no *Índice de Sintomas Positivos*.

#### Escala de Depressão de Hamilton (HRSD)

Analisámos os resultados obtidos na Escala de Depressão de Hamilton (HRSD), nos três grupos que integraram o estudo, sujeitos deprimidos, sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica.

Quadro 5:

*Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major) e dos sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) no Inventário de Depressão de Beck (BDI) e na Escala de Depressão de Hamilton (HRSD) nos dois momentos*

	Depressão Major N = 33		Ansiedade Generalizada N = 30		t
	M	DP	M	DP	
BDI	31.55	8.94	17.10	11.36	5.63*
BDI2	28.85	7.38	14.97	9.12	6.67*
HRSD1	24.30	4.84	11.43	4.91	10.47*
HRSD2	22.85	3.72	9.27	4.50	13.11*

Nota: \* Diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre as médias dos dois grupos

Os sujeitos deprimidos no primeiro momento apresentaram uma média de 31.55 e  $DP=8.94$ , no segundo momento obtiveram uma média de 28.85 e  $DP=7.38$  (estes valores são analisados no ponto seguinte). No Hamilton registaram uma média de 24.30 e  $DP=4.84$  e, no segundo momento apresentaram um valor médio de 22.85 e  $DP=3.72$  – ver Quadro 5. Os sujeitos deprimidos tanto nas médias do BDI como nas médias do Hamilton, diferiam significativamente ( $p < .05$ ) dos sujeitos com ansiedade generalizada (os valores médios do BDI são apresentados no

ponto seguinte). Importa referir que os sujeitos com ansiedade generalizada obtiveram no primeiro momento do Hamilton uma média de 11.43 e  $DP=4.91$  e no segundo momento uma média de 9.27 e  $DP=4.50$ .

Analisando o Hamilton, ver Quadro 5, ambos os grupos tendencialmente baixaram do primeiro para o segundo momento. As diferenças dentro de cada grupo, entre o primeiro e segundo momento, foram estatisticamente significativas ( $p<.05$ ).

#### Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Analisámos os resultados obtidos no BDI e no STAI, nos três grupos de sujeitos que integraram o estudo, sujeitos deprimidos, sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica.

Quadro 6:

*Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) no Inventário de Depressão de Beck (BDI)*

	Depressão Major N = 33		Ansiedade Generalizada N = 30		Sem alteração psicopatológica N = 48		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
BDI	31.55	8.95	17.10	11.36	3.96	3.20	119.05*
STAI-Estado	54.27	9.41	47.67	12.57	33.56	8.54	45.30*
STAI-Traço	54.21	11.08	48.87	10.88	36.31	6.97	38.47*

Nota: \* Diferenças significativas ( $p<.05$ ) no teste de ANOVA entre os três grupos

Pela observação do Quadro 6 constatamos, que os sujeitos com depressão major obtiveram uma média de 31.55 e  $DP=8.95$ , com um mínimo registado de 17 pontos e máximo de 49 pontos. A média do grupo de sujeitos com depressão major foi significativamente superior ( $p<.05$ ) à média obtida pelos sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=17.10$  e  $DP=11.36$ , Mín.=0 e Máx.=36) e, à dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=3.96$  e  $DP=3.20$ , Mín.=0 e Máx.=11). As diferenças

verificadas foram igualmente significativas ( $p < .05$ ) entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

O BDI no segundo momento de avaliação foi aplicado apenas com o objectivo de confirmar que os sujeitos deprimidos se mantinham no episódio depressivo. Apurámos que a média dos sujeitos deprimidos foi de 28.85 e  $DP=7.38$ , com uma distribuição que variava entre 17 e 44. As médias destes sujeitos no primeiro e segundo momento foram significativas ( $p < .05$ ), em que tendencialmente os valores médios baixaram do primeiro para o segundo momento (ver Quadro 6).

No segundo momento de avaliação do BDI (ver Quadro 6), os sujeitos com ansiedade generalizada obtiveram uma média de 14.97 e  $DP=9.12$ , em que o mínimo foi de 1 e o máximo de 32 pontos. Tal como no grupo de deprimidos, também nos sujeitos com ansiedade generalizada encontraram-se diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre as médias do primeiro e segundo momento.

#### *Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI)*

Efectuámos uma análise aos resultados obtidos no STAI, bem como uma análise comparativa entre os grupos. Iniciámos pela análise do STAI-Estado e de seguida a análise do STAI-Traço.

No STAI-Estado a média apresentada pelos sujeitos deprimidos foi de 54.27 e  $DP=9.41$ . Os sujeitos distribuíram-se entre um mínimo de 40 e máximo de 76 – ver Quadro 6. Na análise comparativa da média dos sujeitos deprimidos com os sujeitos com ansiedade generalizada não se encontraram diferenças significativas ( $p \geq .05$ ), que registaram uma média de 47.67 e  $DP=12.57$ , distribuindo-se entre um mínimo de 25 e máximo de 69. Nesta análise apurámos que existem diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre os sujeitos deprimidos e sujeitos com ansiedade generalizada em comparação com o grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica, os quais obtiveram médias superiores a este último grupo. Os sujeitos sem alteração psicopatológica registaram uma média de 33.56 e  $DP=8.54$ , com uma distribuição que variava entre um mínimo de 20 e máximo de 49.

No STAI-Traço os sujeitos deprimidos obtiveram uma média de 54.21 e  $DP=11.08$ , com um mínimo de 39 e máximo de 78. Não apurámos diferenças significativas ( $p \geq .05$ ) em relação aos

sujeitos com ansiedade generalizada. Estes últimos registaram um valor médio de 48.87 e  $DP=10.88$ , com um mínimo de 35 e máximo de 74. À semelhança da ansiedade estado, ambos os grupos – sujeitos deprimidos e sujeitos com ansiedade generalizada – apresentaram diferenças significativas ( $p<.05$ ) face ao grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica, os quais registaram médias inferiores em comparação com os primeiros. Estes sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram uma média de 36.31 e  $DP=6.97$ . Os resultados apurados distribuíram-se entre um valor mínimo de 23 e máximo de 49 pontos.

Todos os grupos em estudo registaram uma correlação positiva significativa ( $p<.01$ ), tal como podemos observar pelo Quadro 6, entre a ansiedade estado e a ansiedade traço.

#### Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Analisámos os resultados obtidos na Escala de Vinculação do Adulto (EVA), nos sujeitos deprimidos, sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica

#### Quadro 7:

*Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) na Escala de Vinculação do Adulto (EVA)*

	Depressão Major N = 33		Ansiedade Generalizada N = 30		Sem alteração psicopatológica N = 48		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Ansiedade	3.11	1.19	2.81	1.17	1.98	.68	14.07*
Confiança nos outros	2.86	.66	3.22	.79	3.01	.89	1.54
Conforto com a Proximidade	3.04	.50	3.17	.67	3.51	.66	6.21*

Nota: \* Diferenças significativas ( $p<.05$ ) no teste de ANOVA entre os três grupos

Pela observação do Quadro 7 verificamos, que os sujeitos deprimidos na dimensão *Ansiedade* registaram uma média de 3.11 e  $DP=1.19$ , variando entre um valor mínimo de 1.20 e máximo de 5.00, e os valores dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=2.81$  e  $DP=1.19$ , Mín.=1.17 e Máx.=4.33) foram significativamente superiores ( $p<.05$ ) aos sujeitos alteração psicopatológica ( $M=1.98$  e  $DP=.69$ , Mín.=1.00 e Máx.=3.60). Entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos sem alteração psicopatológica não se encontraram diferenças significativas ( $p\geq.05$ ).

Na dimensão *Confiança nos Outros*, ver Quadro 7, a média dos sujeitos com depressão major foi de 2.86 e  $DP=.66$  com uma distribuição entre o valor mínimo de 1.17 e máximo de 4.33. Os sujeitos com ansiedade generalizada registaram uma média 3.22 e  $DP=.79$ , variando entre um mínimo 1.50 e máximo de 4.83. No grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica a média foi de 3.01 e  $DP=.89$ , distribuindo-se entre um mínimo de 1.33 e máximo de 4.33. Os grupos não apresentaram diferenças significativas entre si ( $p\geq.05$ ).

Na dimensão *Conforto com a Proximidade*, os sujeitos deprimidos obtiveram uma média de 3.04 e  $DP=.50$ . Distribuíram-se entre um mínimo de 2.00 e máximo de 4.17. Nesta dimensão da escala, os sujeitos com ansiedade generalizada registaram uma média de 3.17 e  $DP=.67$  (Mín.=1.83 e Máx.=4.67). Entre estes grupos não se encontraram diferenças significativas ( $p\geq.05$ ) – Ver Quadro 7, no entanto, as diferenças entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada com os sujeitos os sujeitos sem alteração psicopatológica foram significativas ( $p<.05$ ). Os sujeitos sem alteração psicopatológica registaram uma média de 3.51 e  $DP=.66$ , distribuindo-se entre um valor mínimo de 2.00 e máximo de 4.67.

Por fim, verificámos através do teste Dunetts'C que, nas dimensões em que existiam diferenças entre os grupos, que os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada diferiram significativamente dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p<0.05$ ), todavia estes dois grupos não diferiam entre si ( $p\geq.05$ ).

*Questionário de Esquemas de Young*

Analisámos os resultados obtidos no Questionário de Esquemas de Young, nos três grupos que integraram o estudo, sujeitos deprimidos, sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica.

## Quadro 8:

*Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) no Questionário de Esquemas de Young*

	Depressão Major N = 33		Ansiedade Generalizada N = 30		Sem alteração psicopatológica N = 48		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Dependência	18.94	7.71	16.00	6.71	9.33	3.29	28.61*
Auto-Sacrifício	47.82	14.23	38.53	14.03	26.13	7.02	35.29*
Vulnerabilidade	33.73	10.98	32.40	9.16	19.71	5.83	33.59*
Medo Perder Controlo	25.85	10.10	21.40	7.86	11.08	3.18	45.58*
Perda Emocional	29.48	11.67	18.97	10.22	12.33	7.92	30.06*
Abandono	23.79	6.86	19.13	7.51	11.48	5.45	37.05*
Desconfiança	28.03	9.46	24.30	10.43	15.52	4.55	25.92*
Isolamento Social	17.58	7.30	12.67	6.31	6.50	3.53	38.57*
Deficiência	12.45	6.45	9.10	6.04	6.38	3.51	13.17*
Auto-imagem	21.09	9.91	15.47	9.15	11.17	4.41	16.01*
Inferioridade	23.64	10.00	17.27	9.96	12.04	6.44	17.72*
Culpa	33.52	11.69	28.43	12.57	19.69	9.01	16.71*
Inibição Emocional	37.42	11.59	36.07	12.23	27.15	9.79	10.51*
Padrão Rígido	12.79	6.34	14.37	5.93	10.65	4.58	4.38*
Défice de Auto-Controlo	9.15	4.13	6.77	2.92	6.13	2.85	8.59*
Total Questionário Esquemas	375.27	89.11	310.87	94.81	205.27	55.92	48.78*

Nota: \* Diferenças significativas ( $p < .05$ ) no teste de ANOVA entre os três grupos

Os sujeitos deprimidos diferem significativamente ( $p < .05$ ) dos sujeitos sem alteração psicopatológica, em todos os esquemas – Dependência, Auto-Sacrifício, Vulnerabilidade, Medo de Perder o Controle, Perda Emocional, Abandono, Desconfiança, Isolamento Social, Deficiência, Auto-Imagem, Inferioridade, Culpa, Inibição Emocional, Padrão Rígido, Défice de Auto-Controle.

Pela observação do Quadro 8 constatamos, que os sujeitos com ansiedade generalizada, tal como os sujeitos deprimidos, também diferiam dos sujeitos sem alteração psicopatológica em todos os esquemas à exceção do esquema *Auto-imagem* ( $p \geq .05$ ). As médias obtidas pelos sujeitos sem alteração psicopatológica foram inferiores em todos os esquemas.

Ao compararmos as médias obtidas pelos sujeitos deprimidos e sujeitos com ansiedade generalizada, apurámos que os primeiros apresentam valores significativos ( $p < .05$ ), com valores médios mais elevados, em comparação aos sujeitos com ansiedade generalizada nos seguintes esquemas: Auto-Sacrifício; Medo de Perder o Controle; Perda Emocional; Abandono; Isolamento Social; Deficiência; Auto-Imagem; Inferioridade e Défice de Auto-Controle. Não apurámos mais diferenças significativas ( $p \geq .05$ ) entre estes dois grupos do estudo.

Relativamente ao *Total de Esquemas*, observamos que os sujeitos deprimidos apresentaram uma média de 375.27 e  $DP=89.11$ , superior aos restantes grupos da investigação, ver Quadro 8. Distribuíam-se entre um valor mínimo de 220 e um valor máximo de 556. A média dos sujeitos deprimidos foi significativamente superior ( $p < .05$ ) à dos sujeitos com ansiedade generalizada e dos sujeitos sem alteração psicopatológica. Os sujeitos com ansiedade generalizada apresentaram um valor mínimo de 201 e máximo de 619. A média apurada foi de 310.87 e  $DP=94.81$ , que diferia significativamente ( $p < .05$ ) dos resultados dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=205.27$  e  $DP=55.92$ , Mín.=129 e Máx.=497).

*Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64)*

Analisámos os resultados obtidos no IIP-64. Analisámos as comparações entre os grupos nas diferentes sub-escalas e total do IIP-64.

Quadro 9:

*Médias, Desvio-Padrão e valores da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) no Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64)*

	Depressão Major N = 33		Ansiedade Generalizada N = 30		Sem alteração psicopatológica N = 48		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Dominador/Controlador	6,15	4,05	7,50	6,06	6,63	4,45	.63
Vingativo/Auto-centrado	7,82	4,57	7,23	3,94	4,00	3,31	11.47*
Frio/Distante	10,76	5,42	7,50	4,52	4,77	4,21	16.04*
Inibido Socialmente	12,85	4,85	9,97	7,20	5,56	4,95	17.18*
Não-Assertivo	15,76	7,01	12,77	6,93	7,85	5,33	16.12*
Complacente	15,03	6,27	11,63	6,08	8,42	5,17	12.96*
Auto-Sacrifício	17,03	6,08	13,33	5,97	10,23	4,15	16.19*
Intrusivo/Carente	12,64	5,03	9,63	4,47	7,94	4,40	10.16*
Total IIP-64	99,03	26,74	80,57	30,39	56,19	25,78	24.66*

Nota: \* Diferenças significativas ( $p < .05$ ) no teste de ANOVA entre os três grupos

Um primeiro aspecto a mencionar é o de que as médias obtidas pelos sujeitos deprimidos foram superiores às médias registadas pelos restantes grupos e, observados em todas as sub-escalas e no total. De forma idêntica, as médias obtidas pelos sujeitos com ansiedade generalizada foram igualmente superiores às verificadas nos sujeitos sem alteração psicopatológica.

Os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada diferem significativamente ( $p < .05$ ) dos sujeitos sem alteração psicopatológica, nas seguintes sub-escalas: Vingativo/Auto-

centrado; Frio/Distante; Inibido Socialmente, Não Assertivo, Complacente. Nas sub-escalas Auto-Sacrifício e Intrusivo/Carente apenas encontramos diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

No *Total do IIP-64*, os sujeitos deprimidos registaram uma média de 99.03 e  $DP=26.74$ , variando entre um mínimo de 6.15 e máximo de 17.03 – ver Quadro 9. Os sujeitos deprimidos apresentaram diferenças significativas ( $p < .05$ ) com os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=56.19$  e  $DP=25.78$ , Mín.=3.31 e Máx.=5.33), embora não diferissem de forma significativa ( $p \geq .05$ ) dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=80.57$  e  $DP=30.39$ , Mín.=7.23 e Máx.=13.33). Entre os sujeitos com ansiedade generalizada e nos sujeitos sem alteração psicopatológica, as diferenças os grupos foram significativas ( $p < .05$ ).

## Segunda Parte

Analisámos os resultados obtidos nas variáveis da Tarefa de Memória Autobiográfica. Realizámos uma análise comparativa das diferenças entre os três grupos e das diferenças dentro de cada grupo dos resultados apurados. Relacionámos as variáveis da Tarefa de Memória Autobiográfica com as escalas clínicas. Realizámos um modelo de regressão com algumas variáveis da tarefa e escalas clínicas.

### *Análise de Resultados da Tarefa de Memória Autobiográfica*

Relativamente ao estudo de comparação entre os grupos, realizou-se uma transformação sobre os dados para que fossem de facto comparáveis em todas as variáveis, com excepção do Total de Acontecimentos Evocados, dado que estes podem ser comparados em valor absoluto. Exemplificando o procedimento aplicado, a comparação do *Total de Acontecimentos Negativos Evocados* foi feita com base na percentagem deste tipo de acontecimentos, ajustada ao Total de Acontecimentos Evocados por cada indivíduo – fica então a percentagem de acontecimentos de valência emocional negativa evocados.

Por forma a não se perder a noção dos valores médios absolutos dos acontecimentos evocados em cada tipologia, apresentam-se no Quadro 10, os valores originais e os respetivos desvios-padrão (*DP*). Acrescentaram-se, entre parêntesis, as percentagens médias de cada situação, sendo que os testes foram aplicados sobre estas percentagens médias, para comparar os três grupos. Todos os testes foram realizados considerando um nível de significância  $\alpha=5\%$  ( $p=.05$ ).

De um modo geral, os resultados indicam que os três grupos foram semelhantes na percentagem de acontecimentos comparativamente aos não acontecimentos. No global dos três grupos (111 sujeitos), a percentagem de acontecimentos foi cerca de 85.6%. Analisando por grupos constatámos que o grupo de sujeitos deprimidos apresentou um valor percentual de acontecimentos evocados de 83%. Este grupo de sujeitos foi o que registou o valor mais baixo, seguido dos sujeitos com ansiedade generalizada com 84% e dos sujeitos sem alteração psicopatológica que registaram o valor mais elevado, 88.3%. Globalmente verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) nos três grupos em estudo, constando-se apenas diferenças significativas ( $p<.05$ ) entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

As análises que se seguem foram realizadas com base nos valores dos acontecimentos.

Quadro 10:

*Médias, Desvio-Padrão e níveis da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) na Tarefa de Memória Autobiográfica.*

	Depressão Major N=33		Ansiedade Generalizada N=30		Sem alteração psicopatológica N=48		F
	M	DP	M	DP	M	DP	
Total de Acontecimentos Evocados	21.24	4.04	21.40	3.40	20.81	3.97	.248
Total de Acontecimentos Negativos Evocados	13.1 (61%)	4.35	10.8 (50.5%)	2.56	7.9 (37.5%)	2.86	48.7*
Total Acontecimentos Positivos Evocados	5.33 (25.4%)	1.93	7.63 (35.5%)	2.65	9.40 (45.1%)	2.62	46.0*
Total Acontecimentos Neutros Evocados	2.82 (13.6%)	1.59	3.0 (14%)	2.07	3.52 (17.4%)	1.64	2.59
Total de Acontecimentos Evocados com palavras Negativas	7.85 (36.8%)	2.36	8.07 (37.6%)	2.03	6.96 (33.1%)	2.00	6.67*
Total de Acontecimentos Evocados com palavras Positivas	6.85 (32.4%)	1.50	7.13 (33.5%)	1.22	7.27 (34.9%)	1.72	3.12*
Total de Acontecimentos Evocados com palavras Neutras	6.61 (31.1%)	2.30	6.23 (29.2%)	1.25	6.58 (32%)	1.22	1.69

Nota: \* Diferenças significativas ( $p < .05$ ) no teste de ANOVA entre os três grupos

Os sujeitos deprimidos obtiveram, como podemos observar no Quadro 10, no *Total de Acontecimentos Evocados*, uma média de 21.24 e  $DP=4.04$ , com uma distribuição que variava entre um mínimo de 14 e máximo de 32 acontecimentos. A média dos sujeitos com ansiedade generalizada foi de 21.40 e  $DP=3.40$ , variando entre um valor mínimo de 16 e máximo de 31. Por outro lado, os sujeitos sem alteração psicopatológica apresentaram uma média de 20.81 e  $DP=3.97$ , constituindo-se como o grupo de sujeitos com a média mais baixa relativamente aos restantes dois grupos em estudo. A distribuição variava entre um mínimo de 14 e máximo de 40 acontecimentos evocados.

Como constamos pela observação do Quadro 10, não se verificaram diferenças significativas ( $p \geq .05$ ) entre os três grupos no que respeita ao *Total de Acontecimentos Evocados*.

Relativamente aos acontecimentos evocados de valência emocional negativa, o grupo de sujeitos com depressão major apresentou uma média superior comparativamente aos restantes grupos, com o valor de 13.1 (61%) e  $DP=4.35$ , distribuindo-se entre um mínimo de 6 e máximo de 26. O grupo de sujeitos com ansiedade generalizada registou uma média de 10.8 (50.5%) e  $DP=2.56$ , variando entre um mínimo de 7 e máximo de 18 acontecimentos. Os sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram os valores mais baixos, com uma média de 7.9 (37.5%) e  $DP=2.86$ , cujo valor mínimo registado foi de 3 e máximo de 16 acontecimentos evocados. Verificámos que os três grupos apresentaram diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre si. Deste modo, podemos concluir que o grupo de sujeitos com depressão major evoca mais acontecimentos de valência emocional negativa, seguido do grupo de sujeitos com ansiedade generalizada e do grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica – ver Quadro 10.

Na continuação desta análise, prosseguimos com os testes de comparações múltiplas para obter os pares de diferenças. Os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada diferiram significativamente ( $p < .05$ ) dos sujeitos sem alteração psicopatológica. Verificámos que as diferenças foram igualmente significativas ( $p < .05$ ) entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada.

Em termos absolutos, a diferença média é de cerca de três acontecimentos evocados para a comparação entre sujeitos deprimidos e sujeitos com ansiedade generalizada e, cerca de 5 acontecimentos evocados entre os primeiros e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

Pela observação do Quadro 10 verificamos, que nos *Total de Acontecimentos Positivos Evocados*, encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre os três grupos em estudo. A relação foi depressão major ( $M=5.33$ , 25.4% e  $DP= 1.93$ , Mín.=2 e Máx.=9)- ansiedade generalizada ( $M=7.63$ , 35.5% e  $DP= 2.65$ , Mín.=3 e Máx.=15) - sem alteração psicopatológica (9.40, 45.1% e  $DP= 2.62$ , Mín.=5 e Máx.=21). Observamos diferenças entre os sujeitos deprimidos e sujeitos com ansiedade generalizada ( $p=.000$ ) e sem alteração psicopatológica ( $p=.000$ ) e, entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p=.000$ ).

Os sujeitos deprimidos, ao nível *Total de Acontecimentos Neutros Evocados*, registaram uma média de 2.82 (13.6%) e  $DP=1.59$  (Mín.=0 e Máx.=7). Os sujeitos com ansiedade generalizada obtiveram uma média de 3.0 (14%) e  $DP=2.07$ , (Mín.=0 e Máx.=10). Os sujeitos sem alteração psicopatológica apresentaram uma média de 3.52 (17.4%) e  $DP=1.64$ , (Mín.=0 e Máx.=7). Na comparação entre grupos não se verificaram diferenças significativas ( $p < .05$ ) – ver Quadro 10.

Numa análise intra-grupo observamos que os sujeitos deprimidos apresentam diferenças significativas ( $p < .05$ ) quanto à valência emocional do acontecimento (o mesmo acontece nos outros dois grupos em estudo). No grupo de sujeitos com depressão major o número de acontecimentos valência emocional negativa evocados foi significativamente superior ( $p < .05$ ) ao número de acontecimentos de valência emocional positiva e aos acontecimentos de valência emocional neutra evocados.

Tal como no grupo de sujeitos deprimidos, nos sujeitos com ansiedade generalizada também os acontecimentos evocados de valência emocional negativa foram significativamente superiores ( $p < .05$ ) aos acontecimentos evocados com valências emocionais positivas e neutra.

Ainda relativo à valência emocional, nos sujeitos sem alteração psicopatológica, o número de acontecimentos de valência emocional positiva evocados foi significativamente superior ( $p < .05$ ) aos acontecimentos de valência emocional negativa e de valência emocional neutra evocados.

Prosseguimos a análise com as médias do *Total de Acontecimentos Evocados com palavras Negativas* em que se registaram diferenças significativas entre os grupos em estudo ( $p=.002$ ) – ver Quadro 10. As diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) encontradas, foram entre os sujeitos deprimidos –  $M=7.85$  (36.8%) e  $DP=2.36$  – e os sujeitos sem alteração psicopatológicas –  $M=6.96$  (33.1%) e  $DP=2.00$ , embora não se tenham verificado diferenças significativas ( $p \geq .05$ ) com os sujeitos com ansiedade generalizada. Contudo, estes últimos apresentaram diferenças significativas em relação aos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p < .05$ ).

A média do *Total de Acontecimentos Evocados com Palavras Positivas* apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos ( $p=.048$ ), como podemos observar no Quadro 10. Nas comparações múltiplas apenas se apuraram diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) entre os sujeitos deprimidos ( $M=6.85$ , 32.4% e  $DP=1.50$ ) e os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=7.27$ , 34.9% e  $DP=1.72$ ). A média dos sujeitos com ansiedade generalizada foi de 7.13 (33.5%) e  $DP=1.22$ , valor que não diferia significativamente dos restantes grupos ( $p\geq.05$ ).

A média do *Total de Acontecimentos Evocados com Palavras Neutras* nos sujeitos deprimidos foi de 6.61 (31.1%) e  $DP=2.30$ . Nos sujeitos com ansiedade generalizada a média registada foi de 6.23 (29.2) e  $DP=1.25$ . Os sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram uma média de 6.58 (32%) e  $DP=1.22$ . Analisando as diferenças entre os grupos, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p=.189$ ) – ver Quadro 10.

Dentro do grupo de sujeitos deprimidos, apenas se verificou uma diferença significativa ( $p<.05$ ), i.e., entre a média do *Total de Acontecimentos Evocados com Palavras Negativas* e *Total de Acontecimentos Evocados com Palavras Neutras*,  $M=7.85$  e  $M=6.61$ , respetivamente.

A mesma situação ocorreu no grupo com ansiedade generalizada, i.e., registou-se uma diferença significativa ( $p<.05$ ) entre o *Total de Acontecimentos Evocados com Palavras Negativas* e *Total de Acontecimentos Evocados com Palavras Neutras*,  $M=8.07$  e  $M=6.23$  respetivamente.

No grupo sem alteração psicopatológica não se encontraram diferenças significativas dentro do grupo ( $p\geq.05$ ).

Quadro 11:

*Médias, Desvio-Padrão e níveis da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) na continuação da análise da Tarefa de Memória Autobiográfica.*

	Depressão		Ansiedade		Sem alteração		F
	Major		Generalizada		psicopatológica		
	N=33		N=30		N=48		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Total Acontecimentos Positivos	4.09		5.43		6.60		
Evocados com palavras Positivas	(77.4%)	1.61	(72.7%)	1.74	(72%)	1.51	1.41
Total Acontecimentos Positivos	.06		.20		.15		
Evocados com palavras Negativas	(1.2%)	.24	(2.8%)	.48	(1.2%)	.41	1.20
Total Acontecimentos Positivos	1.30		2.00		2.58		
Evocados com palavras Neutras	(23%)	1.33	(24.5%)	1.44	(26.5%)	1.56	.453
Total Acontecimentos Negativos	2.24		1.47		.46		
Evocados com Palavras Positivas	(17.2%)	1.37	(13.6%)	1.31	(4.5%)	.90	19.6*
Total Acontecimentos Negativos	7.67		7.47		6.21		
Evocados com Palavras Negativas	(61.4%)	3.08	(69.7%)	2.19	(82.3%)	1.73	13.8*
Total Acontecimentos Negativos	3.30		1.80		1.27		
Evocados com Palavras Neutras	(23.7%)	2.34	(16.3%)	1.24	(14.2%)	1.30	5.83*
Total Acontecimentos Neutros	.55		.27		.21		
Evocados com Palavras Positivas	(17.9%)	.94	(7%)	.58	(5.4%)	.46	3.93*
Total Acontecimentos Neutros	.55		.43		.65		
Evocados com Palavras Negativas	(12.3 %)	1.79	(13%)	.82	(19%)	.86	.664
Total Acontecimentos Neutros	2.06		2.30		2.71		
Evocados com Palavras Neutras	(77.6%)	1.06	(80%)	1.49	(76.7%)	1.73	0.128

Nota: \* Diferenças significativas ( $p < .05$ ) no teste de ANOVA entre os três grupos

A média relativa ao *Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Positivas*, *Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Negativas* e *Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Neutras*, não apresentava diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p \geq .05$ ) – ver Quadro 11.

O *Total de Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Positivas* e *Total de Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Negativas*, apresentaram diferenças significativas entre os grupos ( $p < .05$ ), como observamos no Quadro 11. Verificámos que os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada registaram diferenças significativas ( $p < .05$ ) em comparação aos sujeitos sem alteração psicopatológica em ambos os casos. No *Total de Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Neutras*, apenas se verificaram diferenças significativas ( $p < .05$ ) nas médias entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos sem alteração psicopatológica.

No que respeita ao *Total de Acontecimentos Neutros Evocados com Palavras Positivas*, verificaram-se diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre os grupos, nomeadamente entre os sujeitos deprimidos e sujeitos sem alteração psicopatológica. As médias do *Total de Acontecimentos Neutros Evocados com Palavras Negativas* e o *Total de Acontecimentos Neutros Evocados com Palavras Neutras* não registaram diferenças significativas ( $p \geq .05$ ) entre grupos – ver Quadro 11.

#### *Análises dos Tempos de Latência das Palavras-Estímulo e Tipos de Acontecimentos Evocados*

Analisámos os resultados registados ao nível dos Tempos de Latência das Palavras-Estímulo e dos Tipos de Acontecimentos Evocados nos três grupos em estudo.

Quadro 12:

*Médias, Desvio-Padrão e níveis da significância da diferença entre as médias dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica) na Tarefa de Memória Autobiográfica – Tempos de Latência e Tipo de Acontecimento*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica		F
	N=33		N=30		N=48		
	M	DP	M	DP	M	DP	
Tempo de Latência nas Palavras Positivas	61.82	37.44	48.97	30.30	27.67	12.70	16.40*
Tempo de Latência nas Palavras Negativas	55.70	28.78	43.90	26.09	28.35	15.40	14.16*
Tempo de Latência nas Palavras Neutras	64.82	34.67	42.53	19.28	26.35	12.97	27.34*
Específicas	5.85 (27%)	3.15	6.47 (30%)	3.77	10.02 (49%)	2.79	20.51*
Catagóricas	4.00 (19%)	1.77	5.07 (23%)	2.61	3.79 (18%)	2.49	2.92
Alargadas	11.36 (54%)	3.38	9.93 (47%)	3.34	6.94 (33%)	3.42	18.06*
Associações semânticas	3.82 (19%)	3.24	3.63 (18%)	2.37	2.00 (10%)	2.55	5.51*
Omissões	.64 (4%)	1.06	.53 (3%)	.86	.85 (4.8%)	1.24	.88

Nota: \* Diferenças significativas ( $p < .05$ ) no teste de ANOVA entre os três grupos

Ao analisarmos os tempos de latência dos sujeitos deprimidos, nas palavras-estímulo de valência emocional positiva verificámos que a média foi de 61.82 ( $DP=37.44$ ). Os sujeitos com ansiedade generalizada nas palavras desta valência emocional apresentaram um tempo de latência médio de 48.97 ( $DP=30.30$ ). Os sujeitos sem alteração psicopatológica registaram uma média de 27.67 ( $DP=12.70$ ) – ver Quadro 12.

Pela observação do Quadro 12 constatamos, que os tempos de latência nas palavras-estímulo de valência emocional negativa, no grupo de deprimidos a média foi de 55.70 ( $DP=28.78$ ). Na ansiedade generalizada a média foi de 43.90 ( $DP=26.09$ ) e os sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram uma média de 28.35 ( $DP=15.40$ ).

Nas palavras-estímulo de valência emocional neutra a média dos tempos de latência nos sujeitos deprimidos foi de 64.82 e  $DP=34.67$ . No grupo de sujeitos com ansiedade generalizada a média foi de 42.53 e  $DP=19.28$ . No grupo sem alteração psicopatológica a média dos tempos de latência foi de 26.35 e  $DP=12.97$ , ver Quadro 12.

Os tempos de latência nas palavras-estímulos das três valências emocionais, positivas, negativas e neutras apresentaram diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) entre os grupos, ver Quadro 12. Dentro de cada grupo, não se registaram diferenças significativas ( $p\geq.05$ ) entre os tempos de latência de cada valência.

Os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada registaram diferenças significativas ( $p<.05$ ) em comparação com os sujeitos sem alteração psicopatológica, nas médias dos tempos de latência nas palavras-estímulos das três valências emocionais, positivas, negativas e neutras. Acrescentamos que nos tempos de latência nas palavras-estímulo de valência emocional neutra observámos igualmente diferenças significativas ( $p<.05$ ) entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada.

Os sujeitos com depressão major registaram uma média de acontecimentos específicos evocados de 5.85 (27%) e  $DP=3.15$ . A média dos acontecimentos específicos nos sujeitos com ansiedade generalizada foi de 6.47 (30%) e  $DP=3.77$ . Os sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram uma média de acontecimentos específicos de 10.02 (49%) e  $DP=2.79$  – Ver Quadro 12.

As diferenças encontradas entre os grupos foram estatisticamente significativas ( $p=.000$ ). Estas diferenças verificadas foram estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) nos sujeitos deprimidos e sujeitos com ansiedade generalizada em relação aos sujeitos sem alteração psicopatológica – Ver Quadro 12.

As médias de acontecimentos categóricos dos três grupos foram as seguintes: Depressão Major,  $M=4.00$  (19%) e  $DP=1.77$ ; Ansiedade Generalizada,  $M=5.07$  (23%) e  $DP=2.61$ ; Sem Alteração Psicopatológica,  $M=3.79$  (18%) e  $DP=2.49$ . Não se encontraram diferenças significativas ( $p\geq.05$ ) entre os grupos no que respeita às médias de acontecimentos categóricos evocados, ver Quadro 12.

Relativamente aos acontecimentos alargados, podemos verificar que a média dos sujeitos deprimidos foi de 11.36 (54%) e  $DP=3.38$ . Nos sujeitos com ansiedade generalizada a média foi de 9.93 (47%) e  $DP=3.34$ . Os sujeitos sem alteração psicopatológica apresentaram uma média de 6.94 (33%) e  $DP=3.42$  – Ver Quadro 12.

No Quadro 12 observamos que os acontecimentos alargados quanto às médias, apresentaram diferenças significativas ( $p<.05$ ) entre os grupos. Os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada registaram diferenças estatisticamente significativas ( $p<.05$ ) em relação aos sujeitos sem alteração psicopatológica. Entre o grupo de deprimidos e o grupo com ansiedade não se verificaram diferenças significativas ( $p\geq.05$ ).

Na análise intra-grupo, os sujeitos deprimidos não registaram diferenças significativas ( $p\geq.05$ ) entre acontecimentos específicos e categóricos. Verificaram-se diferenças significativas entre a média de acontecimentos específicos e alargados e, entre acontecimento categóricos e alargados ( $p<.05$ ). Observa-se que o número de acontecimentos alargados foi o que apresentou média mais elevada ( $M=11.36$ ).

Nos sujeitos com ansiedade generalizada não há diferenças significativas ( $p \geq .05$ ) entre acontecimentos específicos e categóricos. Contudo, neste grupo registaram-se diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre a média de acontecimentos específicos e alargados e, entre acontecimentos categóricos e alargados. Observa-se que o número de acontecimentos alargados foi o que apresentou a média maior ( $M=9.63$ ).

Nos sujeitos sem alteração psicopatológica, acontecimentos específicos, categóricos e alargados, apresentaram diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre si. O número de acontecimentos específicos foi superior aos acontecimentos alargados e acontecimentos categóricos (tipo que apresentou a média mais baixa).

Considerámos as associações semânticas e as omissões como não-memórias (não-acontecimentos), tal como já mencionámos atrás, no entanto, parece-nos relevante apresentar alguns dados gerais.

Nas associações semânticas verificaram-se diferenças significativas ( $p < .05$ ) entre os três grupos – Ver Quadro 12. As diferenças significativas ( $p < .05$ ) apenas se registaram entre os sujeitos deprimidos ( $M=3.82$  - 19% e  $DP=3.24$ ) e sujeitos com ansiedade generalizada ( $M=3.63$  - 18% e  $DP=2.37$ ) em comparação com os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $M=2.00$  - 10% e  $DP=2.55$ ). Desta forma, o grupo de sujeitos deprimidos apresentou a média mais elevada.

Nas médias das omissões não se encontraram diferenças significativas entre os três grupos do estudo ( $p = .406$ ). Contudo, mencionamos alguns dados: Depressão Major,  $M=.64$  (4%) e  $DP=1.06$ ; Ansiedade Generalizada,  $M=.53$  (3%) e  $DP=.86$ ; Sem Alteração Psicopatológica,  $M=.85$  (4.8%) e  $DP=1.24$  – Ver Quadro 12.

*Análises das Palavras-Estímulo da Tarefa de Memória Autobiográfica*

Os resultados obtidos nas palavras-estímulo da tarefa de memória autobiográfica foram analisados nos três grupos.

Quadro 13:

*Médias e Desvio-Padrão dos acontecimentos evocados nas palavras-estímulo dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica)*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	M	DP	M	DP	M	DP
Alegria	1.30	.73	1.17	.53	1.31	.59
Solidão	1.06	.43	1.20	.66	.90	.47
Chão	.97	.59	.83	.38	.85	.41
Tristeza	1.24	.75	1.40	.81	1.10	.66
Sinceridade	.91	.52	.80	.55	.94	.43
Medo	1.21	.55	1.13	.51	1.13	.61
Água	1.09	.38	1.03	.49	.96	.46
Maldade	.97	.59	.77	.43	.90	.47
Solidariedade	.79	.49	1.07	.52	1.02	.39
Doença	1.39	1.03	1.47	.78	1.08	.40
Caneta	.94	.61	.87	.35	1.02	.67
Sapato	.88	.49	.87	.43	.96	.29
Felicidade	1.18	.73	1.37	.72	1.04	.50
Mentira	.88	.42	.83	.46	.90	.47
Amor	.91	.38	1.00	.53	1.08	.50
Mesa	.88	.49	.90	.55	1.06	.48
Parede	.82	.68	.70	.47	.85	.36
Inteligência	.76	.44	.77	.57	.81	.53
Amizade	1.00	.43	.97	.49	1.00	.41
Dor	1.18	.64	1.23	.50	1.04	.36
Janela	.85	.51	1.00	.37	.92	.45

Da análise do Quadro 13, no grupo de sujeitos deprimidos ressalta a informação de que a palavra Doença foi aquela que originou o maior número de acontecimentos evocados (seis acontecimentos) e igualmente a média mais elevada ( $M=1.39$  e  $DP=1.03$ ). O maior número de acontecimentos foi seguido pelas palavras Alegria e Tristeza. A média mais baixa foi verificada na palavra Inteligência ( $M=.76$  e  $DP=.44$ ).

Nos sujeitos com ansiedade generalizada, as palavras com o maior número de acontecimentos evocados foram a Doença e a Tristeza com quatro acontecimentos. A palavra Doença foi a que apresentou a média mais elevada ( $M=1.47$  e  $DP=.78$ ) e a mais baixa na palavra Parede ( $M=.70$  e  $DP=.47$ ) – ver Quadro 13.

No grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica, podemos observar no Quadro 13 que a média mais elevada é da palavra Alegria ( $M=1.31$  e  $DP=.59$ ), por sua vez a média mais baixa foi registada pela palavra Inteligência ( $M=.81$  e  $DP=.53$ ).

#### *Análise dos Conteúdos das Memórias Autobiográficas*

Analisámos os resultados obtidos nas categorias geradas referentes aos conteúdos das memórias autobiográficas evocadas pelos sujeitos dos três grupos. Efectuámos uma análise comparativa dos conteúdos nos três grupos.

## Quadro 14:

*Valores percentuais dos Conteúdos dos Acontecimentos evocados nas palavras-estímulo dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica)*

Conteúdo da Palavra	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica
Escola/Universidade	3.0%	5.1%	6.5%
Actividades de descanso ou lazer	2.6%	4.1%	3.4%
Morte	8.0%	5.5%	6.0%
Família	15.9%	12.2%	12.1%
Pessoa	13.5%	13.1%	15.9%
Objectos/Locais	15.9%	15.3%	19.4%
Trabalho	4.2%	4.2%	2.3%
Festejos	1.6%	2.5%	4.4%
Relações amorosas	5.9%	7.6%	4.0%
Viagens	0.4%	0.5%	1.1%
Hospital/Doença	14.9%	12.2%	7.7%
Nascimento	4.6%	2.5%	2.9%
Momentos de Diversão	0.6%	3.0%	3.8%
Realização pessoal	2.3%	3.0%	2.6%
Desporto	0.1%	1.6%	1.7%
Acidente	1.7%	2.3%	3.2%
Eventos stressantes	3.3%	4.1%	2.5%
Problemas financeiros	1.0%	0.2%	0.0%
Outros	0.6%	1.2%	0.7%

Através do Quadro 14 podemos observar que as categorias com maior expressão percentual foi idêntica nos três grupos, i.e., acontecimentos relativos a Família, Pessoa, Objectos/Locais e Hospital/Doença.

Os sujeitos deprimidos evocaram um maior número de acontecimentos relacionados com Família e Objectos/Locais com um valor percentual de 15.9%. Seguiram-se as categorias Hospital/Doença e Pessoa com 14.9% e 13.5% respectivamente. O conteúdo dos acontecimentos com menor expressão foi a categoria Desporto com 0.1% – ver Quadro 14.

Os sujeitos com ansiedade generalizada evocaram um maior número de acontecimentos relacionados com Objectos/Locais apresentando o valor de 15.3%, seguido de Pessoa com 13.1% e, Família e Hospital/Doença com 12.2% respectivamente. O conteúdo menos representado foi Problemas Financeiros (0.2%) – ver Quadro 14.

No grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica as categorias com maior expressão percentual foram relativas a Objectos/Locais (19.4%), Pessoa (15.9%), Família (12.1%) e Hospital/Doença (7.7%). A categoria com menor expressão foi Problemas Financeiros com 0% – ver Quadro 14.

#### *Análise da Antiguidade das Memórias Autobiográficas*

Realizámos uma análise dos resultados obtidos no que concerne à antiguidade das memórias autobiográficas evocadas pelos sujeitos.

## Quadro 15:

*Valores percentuais da Antiguidade dos Acontecimentos Evocados nas palavras-estímulo dos sujeitos deprimidos (Depressão Major), sujeitos com perturbação de ansiedade generalizada (Ansiedade Generalizada) e sujeitos sem alteração psicopatológica (Sem Alteração Psicopatológica)*

Antiguidade	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica
Menos de 5 anos	32,9%	42,0%	49,4%
5 a 10 anos	20,3%	16,6%	17,7%
11 a 15 anos	3,9%	5,0%	4,6%
16 a 20 anos	3,9%	8,3%	5,7%
21 a 25 anos	8,2%	5,0%	5,3%
26 a 30 anos	3,9%	5,0%	4,0%
Mais de 30 anos	19,8%	7,2%	10,5%
Não especificou	7,2%	11,0%	2,7%

A antiguidade dos acontecimentos evocados foi categorizada com base nos acontecimentos específicos dos sujeitos dos três grupos em estudo.

Nos três grupos observa-se que as memórias foram relativas a acontecimentos com menos de cinco anos e por isso referentes a memórias mais recentes. Os sujeitos deprimidos apresentaram um valor de 32.9%, os sujeitos com ansiedade generalizada 42% e os sujeitos sem alteração psicopatológica 49.4%. Este último grupo constituiu-se como o grupo com memórias de acontecimentos mais recentes – ver Quadro 15.

*Análise da relação entre a Tarefa de Memória Autobiográfica e as Escalas Clínicas*

Analisámos a relação entre os diferentes factores da tarefa de memória autobiográfica com as escalas clínicas nos três grupos em estudo.

*Relação entre os Acontecimentos Evocados, os Tempos de Latência e o Tipo de Acontecimento com Inventário de Sintomas Psicopatológicos*

No grupo de sujeitos deprimidos verificámos, nos diferentes factores em análise do BSI, relações positivas significativas entre a *Somatização* com os acontecimentos de valência emocional negativa ( $r=.403, p<.05$ ) e com os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional neutra ( $r=.349, p<.05$ ) bem como uma relação significativa negativa com os acontecimentos evocados de valência emocional neutra ( $r=-.366, p<.05$ ). Outras relações positivas significativas foram entre as *Obsessões e Compulsões* e os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional neutra ( $r=.393, p<.05$ ), entre o *Índice Geral de Sintomas* e os acontecimentos de valência emocional negativa ( $r=.373, p<.05$ ) e o *Índice de Sintomas Positivos* com os acontecimentos evocados de valência emocional negativa ( $r=.378, p<.05$ ).

O grupo de sujeitos com ansiedade generalizada apresentou correlações significativas negativas entre a *Ansiedade* e acontecimentos de valência emocional neutra ( $r=-.370, p<.05$ ), *Ansiedade Fóbica* e acontecimentos valência emocional neutra ( $r=-.501, p<.01$ ) e o *Índice Geral de Sintomas* e acontecimentos de valência emocional neutra ( $r=-.364, p<.05$ ).

Os sujeitos sem alteração psicopatológica apresentaram correlações significativas negativas entre os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional positiva e a *Ideação Paranóide* ( $r=-.304, p<.05$ ), o *Psicoticismo* ( $r=-.317, p<.05$ ), o *Índice Geral de Sintomas* ( $r=-.285, p<.05$ ) e o *Total de Sintomas Positivos* ( $r=-.285, p<.05$ ). O tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional positiva relacionou-se de forma significativa com as *Obsessões e Compulsões* ( $r=.429, p<.01$ ) e com o *Índice Geral de Sintomas* ( $r=.310, p<.05$ ). Por outro lado, o tempo de latência nas palavras-

estímulo de valência emocional negativa registou uma relação significativa com as *Obsessões e Compulsões* ( $r=.342, p<.05$ ). Este grupo de sujeitos apresentou no tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional neutra uma relação significativa com a *Depressão* ( $r=.373, p<.01$ ) e a *Ideação Paranóide* ( $r=.357, p<.05$ ).

#### *Relação entre os Acontecimentos Evocados, Tempo de Latência e Tipo de Memória com o BDI, o Hamilton e o STAI*

O grupo de sujeitos com depressão major registou uma correlação significativa entre o tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional neutra e a Ansiedade Traço ( $r=.481, p<.01$ ).

Nos sujeitos com ansiedade generalizada o *Total de Acontecimentos Evocados* relacionava-se negativamente em ambos, BDI ( $r=-.369, p<.05$ ) e o Hamilton ( $r=-.517, p<.01$ ). Os acontecimentos de valência emocional positiva também apresentaram uma relação significativa com o Hamilton ( $r=-.364, p<.05$ ). Os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional positiva apresentaram uma relação com o Hamilton ( $r=-.388, p<.05$ ). Ainda os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional neutra correlacionam-se com o BDI ( $r=-.424, p<.05$ ) e com o Hamilton ( $r=-.522, p<.05$ ). O tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional neutra relacionou-se com o Hamilton ( $r=-.369, p<.05$ ). Os acontecimentos *Alargados* relacionaram-se com a Ansiedade Estado ( $r=-.418, p<.05$ ).

No grupo sem alteração psicopatológica registaram correlações significativas entre o tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional positiva com a Ansiedade Estado ( $r=-.343, p<.05$ ) e com a Ansiedade Traço ( $r=.294, p<.05$ ) e, entre o tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional neutra com o BDI ( $r=.290, p<.05$ ) e com a Ansiedade Traço ( $r=.285, p<.05$ ).

*Relação entre os Acontecimentos Evocados, Questionário de Esquemas e EVA*

Analisámos os resultados obtidos entre as variáveis da tarefa de memória autobiográfica, os esquemas e as dimensões da EVA em cada grupo, correlacionando os diferentes factores em análise.

Constatámos que nos sujeitos deprimidos o *Total de Acontecimentos Evocados* apresentou relações significativas com o *Padrão Rígido* ( $r=-.467, p<.01$ ) e o esquema *Défice de Auto-Controlo* ( $r=-.508, p<.01$ ). Este último esquema também apresentou uma relação significativa com os acontecimentos evocados de valência emocional negativa ( $r=-.437, p<.01$ ). Os acontecimentos de valência emocional negativa correlacionaram-se com o esquema de *Inibição Emocional* ( $r=-.501, p<.01$ ).

Os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional negativa apresentaram uma relação significativa com os esquemas *Deficiência* ( $r=-.376, p<.05$ ), *Inibição Emocional* ( $r=-.429, p<.05$ ), *Padrão Rígido* ( $r=-.456, p<.01$ ), *Défice de Auto-Controlo* ( $r=-.414, p<.05$ ). Os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional neutra registaram uma relação significativa com dois esquemas, *Padrão Rígido* ( $r=-.380, p<.05$ ) e *Défice de Auto-Controlo* ( $r=-.414, p<.05$ ).

Os sujeitos com ansiedade generalizada no esquema *Vulnerabilidade* apresentaram uma relação significativa com o *Total de Acontecimentos Evocados* ( $r=-.384, p<.05$ ), com o *Total de Acontecimentos Neutros Evocados* ( $r=-.382, p<.05$ ). O *Total de Acontecimentos de Valência Positiva Evocados* relacionaram-se com a *Perda Emocional* ( $r=-.381, p<.05$ ). O factor *Conforto com a Proximidade* da EVA correlacionou-se com o *Total de Acontecimentos Evocados* ( $r=.485, p<.01$ ).

O esquema *Vulnerabilidade* apresentou uma relação significativa com os *Acontecimentos Evocados com Palavras Negativas* ( $r=-.392, p<.05$ ). Os *Acontecimentos Evocados com Palavras Positivas* relacionaram-se com o esquema *Culpa* ( $r=-.369, p<.05$ ).

O factor *Confiança nos Outros* da EVA relacionou-se com os acontecimentos evocados com palavras neutras ( $r=.397, p<.05$ ). O factor *Conforto com a Proximidade* da EVA correlacionou-se com

o Total de *Acontecimentos Evocados com Palavras Negativas* ( $r=.389, p<.05$ ) e com os *Acontecimentos Evocados com Palavras Positivas* ( $r=.386, p<.05$ ).

Nos sujeitos sem alteração psicopatológica, os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional positiva relacionaram-se com esquema *Abandono* ( $r=-.325, p<.05$ ), *Desconfiança* ( $r=-.355, p<.05$ ), *Inibição Emocional* ( $r=-.342, p<.05$ ), *Padrão Rígido* ( $r=-.354, p<.05$ ), e *Total de Esquemas* ( $r=-.299, p<.05$ ). O *Total de Acontecimentos Evocados* relacionou-se com o esquema *Desconfiança* ( $r=-.307, p<.05$ ) e o esquema *Défice de Auto-controlo* correlacionou-se com os acontecimentos de valência emocional neutra ( $r=-.311, p<.05$ ).

#### *Relação entre os Tempo de Latência, Tipo de Memória, Esquemas e EVA*

Na depressão major os acontecimentos *Alargados* correlacionaram-se com os esquemas *Inferioridade* ( $r=-.379, p<.05$ ), *Padrão Rígido* ( $r=-.661, p<.01$ ), *Défice de Auto-controlo* ( $r=-.501, p<.01$ ), *Total de Esquemas* ( $r=-.416, p<.05$ ). Estes acontecimentos também se correlacionaram com a dimensão *Ansiedade* da EVA ( $r=-.133, p<.05$ ), e com a dimensão *Confiança nos Outros* ( $r=-.375, p<.05$ ).

No grupo da ansiedade generalizada também os acontecimentos *Alargados* apresentaram correlações significativas com o esquema *Isolamento Social* ( $r=-.446, p<.05$ ), e com a dimensão *Conforto com a Proximidade* da EVA ( $r=.477, p<.01$ ).

No grupo sem alteração psicopatológica o tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional positiva relacionou-se com o esquema *Défice de Auto-controlo* ( $r=.301, p<.05$ ), os acontecimentos *Específicos* apresentaram uma relação significativa com a dimensão *Ansiedade* da EVA ( $r=-.336, p<.05$ ). Os acontecimentos *Catagóricos* relacionaram-se com a dimensão *Conforto com a Proximidade* da EVA ( $r=-.303, p<.05$ ), e os acontecimentos *Alargados* relacionaram-se com o esquema *Padrão Rígido* ( $r=-.291, p<.05$ ).

*Relação entre os Acontecimentos Evocados, Tempo de Latência, Tipo de Acontecimento e o IIP-64*

Os sujeitos deprimidos apresentaram no factor *Dominador/Controlador* do IIP relações significativas negativas com os acontecimentos evocados de valência emocional negativa ( $r=-.345$ ,  $p<.05$ ), com os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional neutra ( $r=-.372$ ,  $p<.05$ ) e com os acontecimentos *Catagóricos* ( $r=-.384$ ,  $p<.05$ ).

Os sujeitos com ansiedade generalizada obtiveram uma relação entre o factor *Não Assertivo* com o *Total de Acontecimentos Evocados* ( $r=-.385$ ,  $p<.05$ ) e, com os acontecimentos *Alargados* ( $r=-.367$ ,  $p<.05$ ).

No grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica os acontecimentos evocados de valência emocional positiva correlacionaram-se com os factores *Vingativo/Auto-centrado* ( $r=-.337$ ,  $p<.05$ ), *Não Assertivo* ( $r=-.333$ ,  $p<.05$ ), *Intrusivo/Carente* ( $r=-.406$ ,  $p<.01$ ), e com o *Total IIP* ( $r=-.369$ ,  $p<.01$ ). Ainda de referir que o factor *Intrusivo/Carente* apresentou uma relação com os acontecimentos evocados com palavras-estímulo de valência emocional positiva ( $r=-.290$ ,  $p<.05$ ). Neste grupo de sujeito, o factor *Complacente* relacionou-se com o tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional positiva ( $r=-.301$ ,  $p<.05$ ), e com o tempo de latência nas palavras-estímulo de valência emocional negativa ( $r=-.313$ ,  $p<.05$ ).

Dadas as relações encontradas entre algumas variáveis em estudo, realizámos modelos de regressão por forma a elaborar uma análise mais complexa e perceber quais as variáveis que melhor discriminam os grupos.

*Modelo de Regressão Logística Multinomial*

De um conjunto inicial de variáveis possíveis de predizer a depressão, experimentaram-se vários modelos de Regressão Multinomial, tentando, em cada um deles um melhor valor preditivo. Para o ajustamento utilizaram-se diversos algoritmos, nomeadamente Stepwise BackWard e Forward.

Selecionaram-se por fim alguns dos modelos ajustados, tendo em conta alguns critérios: poder explicativo (através das medidas Pseudo  $R^2$ ); parcimónia e bom ajuste (fitting measures).

Existem, contudo, algumas limitações, porque apesar de termos considerado apenas uma seleção das variáveis possíveis, ainda assim pode ser um número excessivo em alguns casos.

Os resultados sobre cada determinante/variável independente foram interpretados em relação ao grupo definido como grupo de referência. Considerámos o grupo de controlo Sem Alteração Psicopatológica, como o grupo de referência.

O modelo final é globalmente significativo ( $G^2(12) = 153.94, p = .000$ ) e contém seis variáveis significativas, pelo menos para classificar um dos grupos (Depressão Major): *Total de Acontecimentos Negativos Evocados*, *Total de Esquemas*, *Índice Geral de Sintomas*, *Tempo de Latência nas palavras neutras*, *Esquema Culpa* e *Acontecimentos Categóricos*.

De acordo com o modelo ajustado, a passagem da classe de referência (sem alteração psicopatológica) para a classe Depressão Major é afectada significativamente, no sentido positivo, pelas variáveis *Total de Acontecimentos negativos* ( $OR = 1.807 = 80.7\%$  mais chances de pertencer ao grupo Depressão Major fixando as outras variáveis, por cada aumento no número de acontecimentos negativos evocados), *Total de Esquemas* ( $OR = 1.055 = 5.5\%$  mais chances de pertencer ao grupo Depressão Major), o *Índice Geral de Sintomas* ( $OR = 26.36 = 2526\%$  mais chances de pertencer ao grupo Depressão Major), o *Tempo latência palavras neutras* ( $OR = 1.093 = 9.3\%$  mais chances de pertencer ao grupo Depressão Major por unidade de aumento do tempo de latência). As variáveis que têm coeficiente negativo e que são significativas foram: *Culpa* ( $OR = 0.757 \Rightarrow (0.757 - 1) = -0.243$ , ou seja, menos 24.3% de chances de pertencer ao grupo Depressão Major), *Categóricas* ( $OR = 0.713 \Rightarrow -28.7\%$  menos chances de pertencer ao grupo Depressão Major).

As probabilidades de passagem da classe de referência para a “Ansiedade Generalizada” foram afectadas significativamente, com coeficiente positivo, pelas variáveis *Total de Acontecimentos negativos* ( $OR = 1.424 = 42.4\%$  mais chances de pertencer ao grupo Ansiedade Generalizada fixando as outras variáveis, por cada aumento no número de acontecimentos negativos evocados), *Total de Esquemas* ( $OR = 1.033 = 3.3\%$  mais chances de pertencer ao grupo Ansiedade Generalizada), o *Índice Geral de Sintomas* ( $OR = 2.076 \Rightarrow 107.6\%$  mais chances de pertencer ao grupo Ansiedade Generalizada), o *Tempo latência palavras neutras* ( $OR = 1.037 = 3.7\%$  mais chances de pertencer ao grupo Ansiedade Generalizada por unidade de aumento do tempo de latência). A variável significativa com coeficiente negativo foi o esquema *Culpa* ( $OR = 0.878 \Rightarrow (1 - 0.878) = -0.122$ , ou seja, menos 12.2% de chances de pertencer ao grupo Ansiedade Generalizada).

Relativamente às medidas de associação entre os preditores e a variável dependente, chamados de pseudo  $R^2$ , obtiveram-se os resultados: pseudo  $R^2$  de Cox & Snell (75%), de Nagelkerke (84.9%) e o de McFadden (64.4%) foram elevados, o que quer dizer que estas variáveis são relevantes e, contribuem para discriminar os sujeitos presentes nos 3 grupos.

## Terceira Parte

Analisámos os resultados obtidos no Diário de Memórias Autobiográficas Involuntárias. Realizámos uma análise exploratória e uma análise comparativa entre os três grupos em estudo.

### *Análises de Resultados do Diário de Memórias Autobiográficas Involuntárias*

#### *Local quando surgiu a memória*

Analisámos os resultados obtidos referentes ao local onde estavam os sujeitos quando surgiu a memória. Primeiramente uma análise às proporções registadas pelos sujeitos e de seguida um modelo log-linear.

Quadro 16:

*Valores absolutos e percentuais dos diferentes locais onde estavam no momento da evocação da memória*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	N	%	N	%	N	%
Casa	110	61.1	54	51.9	111	37.0
Casa de familiares	9	5.0	1	1.0	21	7.0
Casa de amigos ou conhecidos	0	0.0	0	0.0	4	1.3
Carro	14	7.8	13	12.5	23	7.7
Transporte público	6	3.3	4	3.8	12	4.0
Trabalho	13	7.2	8	7.7	29	9.7
Universidade	0	0.0	5	4.8	14	4.7
Hospital	4	2.2	3	2.9	1	0.3
Praia	2	1.1	2	1.9	5	1.7
Rua	12	6.7	7	6.7	32	10.7
Centro Comercial	2	1.1	2	1.9	8	2.7
Café/Esplanada	3	1.7	3	2.9	12	4.0
Bar/Restaurante	1	0.6	0	0.0	5	1.7
Jardim	2	1.1	1	1.0	4	1.3
Supermercado	1	0.6	1	1.0	5	1.7
Cinema	110	61.1	54	51.9	111	37.0
Estádio	9	5.0	1	1.0	21	7.0
Ginásio	0	0.0	0	0.0	4	1.3
Outros	14	7.8	13	12.5	23	7.7

A maioria dos sujeitos encontrava-se em *Casa* e no *Cinema* com os mesmos valores percentuais, no momento em que recuperaram o acontecimento, facto transversal aos três grupos – Depressão Major (61.9%), Ansiedade Generalizada (51.9%) e Sem Alteração Psicopatológica (37%). O *Trabalho* foi igualmente registado pelos três grupos como local durante a recuperação do acontecimento – ver Quadro 16.

A aplicação do teste de qui-quadrado rejeitou a independência, indicando que as percentagens das categorias da variável “*Onde Estava*” são diferentes nos 3 grupos. Os resultados do teste do qui-quadrado remetem para uma associação entre a variável “*Onde estava*” e o Grupo:  $X^2 = 61.97$ , g.l.=36,  $p < 0.003$ , logo existem diferenças. Esta análise foi complementada com um teste Z para comparação de proporções, concluindo que a categoria *Casa* apresenta percentagens

idênticas nos grupos de sujeitos com depressão major e sujeitos com ansiedade generalizada, com 61.1% e 51.9% respetivamente, e diferindo significativamente no grupo sem alteração psicopatológica registando 37%. Calculados os coeficientes de associação, obteve-se uma associação de intensidade moderada (para variáveis deste tipo, nominais). Com efeito, obteve-se o coeficiente  $\Phi=0.326$  com  $p=0.005$  e um coeficiente alternativo, o coeficiente de contingência  $C=0.310$  com  $p=0.005$ .

De seguida prosseguimos com a análise, utilizando o modelo Loglinear. A estatística de teste revelou-se significativa, tanto a estatística de qui-quadrado  $X^2=61.97$ , g.l.=36,  $p=.000$  como o rácio de verosimilhança,  $LR(4)=76.74$  g.l.=36,  $p=.005$ . Desta forma, podemos concluir que existe efeito de grupo e efeitos individuais (não existe consistência dentro dos grupos nem entre os grupos).

Para uma melhor identificação das discrepâncias, prosseguiu-se com a análise dos resíduos ajustados e identificaram-se as categorias que apresentam resíduos inaceitáveis (com valor absoluto  $>2$ ), e que podem estar relacionadas com as categorias mais significativas. Foram, nomeadamente, as categorias *Casa* tanto no grupo com depressão major como no grupo sem alteração psicopatológica, a categoria *Casa de familiares* no grupo com ansiedade generalizada, e a categoria *Hospital* e *Ginásio* no grupo sem alteração psicopatológica. Através de uma nova análise, no qual foram contempladas as interações das categorias da variável “*Onde Estava*” com o Grupo, obtivemos um ajustamento final bom ( $X^2=0$  e  $LR(4)=0$ ). Confirmam-se as as categorias mais significativas e as associações com os grupos encontradas.

Assim, existem efeitos individuais da categoria (as percentagens diferem nas categorias de “*Onde estava*” independentemente do Grupo) e existe um efeito de interação entre a categoria e o Grupo, i.e., as categorias mais significativas não foram sempre as mesmas em todos os grupos.

#### *Actividade desenvolvida durante a recuperação da memória*

Analisámos os resultados obtidos referentes ao local onde estavam os sujeitos quando surgiu a memória. Primeiramente uma análise às proporções registadas pelos sujeitos e de seguida um modelo log-linear.

Quadro 17:

*Valores absolutos e percentuais O que Estavam a Fazer no momento da recuperação da memória*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	N	%	N	%	N	%
Ver televisão	15	8.3	8	7.8	27	9.0
Ver fotografias	1	0.6	1	1.0	9	3.0
Ouvir música	4	2.2	4	3.9	6	2.0
Ler	2	1.1	4	3.9	11	3.7
Escrever	3	1.7	3	2.9	3	1.0
Conduzir	12	6.7	12	11.7	25	8.3
Trabalhar	9	5.0	5	4.9	20	6.7
Estudar	0	0.0	4	3.9	2	0.7
Compras	2	1.1	1	1.0	10	3.3
Fumar	5	2.8	0	0.0	0	0.0
Comer/beber	13	7.2	8	7.8	27	9.0
Cuidados de higiene	2	1.1	3	2.9	6	2.0
Andar/Correr	9	5.0	6	5.8	10	3.3
Visitar um museu	1	0.6	0	0.0	1	0.3
À espera de uma consulta	3	1.7	2	1.9	1	0.3
Passear	0	0.0	0	0.0	21	7.0
Conversar	12	6.7	15	14.6	53	17.7
Discutir	0	0.0	0	0.0	2	0.7
No computador	6	3.3	5	4.9	5	1.7
Prestar atenção à aula	0	0.0	0	0.0	5	1.7
Actividades domésticas	30	16.7	5	4.9	17	5.7
Observar	13	7.2	4	3.9	13	4.3
Ver um filme	2	1.1	0	0.0	5	1.7
Viajar de transporte público	1	0.6	2	1.9	4	1.3
Sentado(a)/Deitado(a)	19	10.6	6	5.8	4	1.3
"Nada"	13	7.2	3	2.9	5	1.7
Outras actividades	3	1.7	2	1.9	8	2.7

Os resultados do teste do qui-quadrado remetem para a existência de uma associação entre a variável “*O que estava a fazer*” e o Grupo:  $X^2= 136,51$ , g.l.=52,  $p<.000$ . Assim, constatámos a existência de diferenças significativas. A categoria *Conversar* apresenta uma percentagem diferente, e aparentemente superior, nos grupos de sujeitos com ansiedade generalizada (14.6%) e sujeitos sem alteração psicopatológica (17.7%) em relação aos sujeitos com depressão major (6.7%). De igual modo, existem diferenças entre os grupos nas *Atividades domésticas* e na categoria *Nada*, sendo esta percentagem mais elevada nos sujeitos deprimidos (7.2%). Calculados os coeficientes de associação, obteve-se uma associação entre a categoria de “*O que estava a fazer*” e o Grupo de intensidade moderada. Os resultados apurados remetem para o coeficiente  $\Phi=.484$  com  $p=.000$  e um coeficiente de contingência  $C=.436$  com  $p=.000$ .

Através do modelo realizado os sujeitos deprimidos diferem significativamente na categoria *Fumar*. Também se revelaram significativas neste grupo, as categorias *Passear*, *Conversar*, *Atividades Domésticas*, *Sentado/Deitado* e *Nada*.

No grupo com ansiedade generalizada foram significativas as categorias *Estudar* e *Passear*.

Nos sujeitos sem alteração psicopatológica foram significativas as categorias *Ver fotografias*, *Fumar* (não foi assinalada, ao contrário do que aconteceu nos sujeitos deprimidos), *Conversar*, *Prestar Atenção à aula*, *Atividades domésticas*, *Sentado/Deitado* e “*Nada*”.

Prosseguimos com a realização de um novo modelo no qual foram contempladas as interações das categorias da variável “*O que estava a fazer*” com o Grupo, e o ajustamento final foi igualmente bom ( $X^2= 0$  e  $LR(4)=0$ ). Desta forma, observámos quais as categorias mais significativas e as associações com os grupos.

#### *Pensamento associado à memória recuperada*

Analisámos os resultados obtidos referentes à presença de um pensamento quando surgiu a memória. Realizámos uma análise exploratória e posteriormente uma análise às proporções geradas nos casos em que existia pensamento associado.

## Quadro 18:

*Valores absolutos e percentuais acerca da existência de Pensamento associado*

		Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
		N	%	N	%	N	%
Pensar em alguma coisa?	Sim	88	48.9%	39	37.5%	119	39.7%
	Não	92	51.1%	65	62.5%	181	60.3%

Nos três grupos observou-se que não existia um pensamento associado no momento em que surgiu a memória. O grupo com maior expressão percentual foi o da Ansiedade Generalizada com 62.5%, seguido do grupo sem alteração psicopatológica com 60.3% e o grupo com depressão major cujo valor se situava nos 51.1% - ver Quadro 18.

## Quadro 19:

*Conteúdo do pensamento associado à memória nos sujeitos dos três grupos*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	N	%	N	%	N	%
Família	11	12.5	4	10.3	10	8.4
Férias	2	2.3	1	2.6	7	5.9
Conversas	2	2.3	2	5.1	3	2.5
Trabalho/Universidade	6	6.8	3	7.7	17	14.3
Objecto/Locais	16	18.2	2	5.1	24	20.2
Actividades de Lazer	2	2.3	5	12.8	9	7.6
Infância/Adolescência	5	5.7	2	5.1	7	5.9
Pessoa	1	1.1	1	2.6	9	7.6
Emoções/Sentimentos	10	11.4	3	7.7	7	5.9
Vida	4	4.5	2	5.1	4	3.4
Festejos	1	1.1	1	2.6	3	2.5
Relações Amorosas	5	5.7	3	7.7	2	1.7
Passado	15	17.0	4	10.3	6	5.0
Futuro	1	1.1	2	5.1	1	.8
Desejos	3	3.4	2	5.1	3	2.5
Alimentos	2	2.3	2	5.1	4	3.4
Actividades diversas	2	2.3	-	-	3	2.5
Total	88	100	39	100	119	1.7%

Os efeitos de associação categoria e grupo não foram estatisticamente significativos. Os grupos diferem entre si, independentemente das categorias. Não existe consistência entre grupos.

No modelo loglinear identificaram-se as categorias mais significativas (onde existe mais concentração de memórias), mostrando que não existe consistência dentro dos grupos. Estas categorias foram: *Família* (em todos os grupos), *Trabalho/Universidade* (no grupo sem alteração psicopatológica), *Objetos/locais* (grupos de sujeitos com depressão major e sem alteração psicopatológica), *Atividades lazer* (grupos de sujeitos com ansiedade generalizada e sem alteração psicopatológica), *Infância/adolescência* (em todos os grupos) *Pessoa* (grupo sem alteração psicopatológica), *Emoções/sentimentos* (grupo de sujeitos com depressão major), *Passado* (grupos de sujeitos com depressão major e sem alteração psicopatológica).

Quadro 20:

*Variáveis Gerais avaliadas nas Memórias Autobiográficas Involuntárias*

	Depressão Major N = 180		Ansiedade Generalizada N = 104		Sem alteração psicopatológica N = 300	
	M	DP	M	DP	M	DP
Atenção	2.88	1.34	3.01	1.23	3.26	1.24
Humor	-.23	.90	.63	.71	.85	.90
Vividez	4.04	.99	3.44	1.16	3.49	1.21
Recorrência	4.02	1.17	3.46	1.18	3.23	1.29
Valência	-.06	1.58	.59	1.45	.62	1.24
Intensidade	4.16	.96	3.55	1.20	3.40	1.20
Meio envolvente	2.29	.68	1.96	.88	2.14	.82
Comum	2.91	1.50	3.00	1.49	3.23	1.30
Perspectiva	1.65	1.15	2.87	1.60	2.02	1.29
Consequências	3.29	1.33	2.67	1.30	2.66	1.27
Identidade	3.57	1.27	2.78	1.35	2.52	1.33
História de vida	3.47	1.27	2.63	1.42	2.37	1.26
Futuro	3.29	1.43	2.23	1.32	2.00	1.16

Analisámos os resultados obtidos referentes a diversas variáveis avaliadas na recuperação involuntária da informação. Realizámos uma análise exploratória e uma análise comparativa entre grupos das diferentes variáveis.

Em todos os testes ANOVA realizados foram detetadas diferenças significativas entre os grupos, em todas as variáveis ( $p < .05$ ). Existiu um caso que suscitou algumas dúvidas, que foi a variável comum ( $p = .039$ ). Repetiu-se o teste com a alternativa não paramétrica, o teste de Kruskal-Wallis e neste teste não se encontram diferenças significativas entre os grupos.

Realizaram-se em seguida os testes de comparações múltiplas em todas as variáveis, excepto para a variável “comum”.

Os resultados apurados das comparações múltiplas, por variável foram os seguintes:

**Atenção:** média dos sujeitos deprimidos foi inferior à dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p = .004$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade.

**Humor:** média dos sujeitos deprimidos foi inferior à dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p = .000$ ), e inferior à dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p = .000$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade.

**Vividez:** média dos sujeitos deprimidos foi mais elevada do que dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p = .000$ ). Os sujeitos deprimidos registaram médias mais elevadas em comparação com os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p = .000$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**Recorrência:** média dos sujeitos deprimidos foi mais elevada do que dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p = .001$ ). Os sujeitos deprimidos registaram médias mais elevadas em comparação com os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p = .000$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**Valência:** média dos sujeitos deprimidos foi inferior à dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p = .000$ ). Os sujeitos deprimidos obtiveram médias inferiores à dos sujeitos sem alteração psicopatológica  $p = .000$ . As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**Intensidade:** média dos sujeitos deprimidos foi mais elevada do que dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p = .001$ ). Os sujeitos deprimidos registaram médias mais elevadas em comparação com os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p = .000$ ). As restantes comparações não rejeitam

igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**Meio envolvente:** média dos sujeitos deprimidos foi mais elevada do que dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p=.002$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos deprimidos e dos sujeitos com ansiedade generalizada em relação aos sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**Perspectiva:** média dos sujeitos deprimidos foi inferior à dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p=.000$ ). Os sujeitos deprimidos apresentaram uma média inferior à dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p=.003$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**Consequências:** média dos sujeitos deprimidos foi mais elevada do que dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p=.000$ ), bem como da média dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p=.000$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**Identidade:** média dos sujeitos deprimidos foi mais elevada do que dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p=.000$ ). Os sujeitos deprimidos registaram médias mais elevadas em comparação com os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p=.000$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**História de Vida:** média dos sujeitos deprimidos foi mais elevada do que dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p=.000$ ). Os sujeitos deprimidos registaram médias mais elevadas em comparação com os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p=.000$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

**Futuro:** média dos sujeitos deprimidos foi mais elevada do que dos sujeitos com ansiedade generalizada ( $p=.000$ ). Os sujeitos deprimidos apresentaram uma média significativamente mais elevada do que dos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p=.000$ ). As restantes comparações não rejeitam igualdade (as médias dos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica não registaram diferenças).

Quadro 21:

*Especificidade da memória autobiográfica involuntária*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	N	%	N	%	N	%
Sim	114	63.4	61	58.7	106	35.3
Não	66	36.7	43	41.3	194	64.7
Total	180	100	104	100	300	100

Analisámos os resultados obtidos referentes à especificidade do acontecimento involuntário recuperado. Realizámos uma análise descritiva e uma análise comparativa entre grupos.

Como podemos observar no Quadro 21 nos grupos clínicos – Depressão Major e Ansiedade Generalizada – o acontecimento recuperado foi referente a um episódio específico da vida dos sujeitos, com 63.4% e 58.7% respectivamente. Os sujeitos sem alteração psicopatológica referiram que a memória não se encontrava relacionada com um episódio específico (64.7%).

*Conteúdo do Acontecimento Evocado*

Analisámos os resultados obtidos referentes aos conteúdos da memória. Realizámos uma análise exploratória e posteriormente uma análise às proporções dos diferentes conteúdos nos grupos.

## Quadro 22:

*Conteúdo do acontecimento recuperado nos três grupos, sujeitos deprimidos, sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	N	%	N	%	N	%
Escola/Universidade	7	3.9%	8	7.7%	24	8.1%
Actividades de descanso ou lazer	10	5.6%	9	8.7%	20	6.7%
Morte	8	4.5%	0	0.0%	3	1.0%
Família	45	25.1%	14	13.5%	55	18.5%
Pessoa	9	5.0%	9	8.7%	23	7.7%
Objectos/Locais	18	10.1%	8	7.7%	71	23.8%
Trabalho	8	4.5%	8	7.7%	14	4.7%
Festejos	3	1.7%	0	0.0%	9	3.0%
Relações amorosas	15	8.4%	17	16.3%	13	4.4%
Viagens	7	3.9%	1	1.0%	10	3.4%
Hospital/Doença	9	5.0%	9	8.7%	9	3.0%
Nascimento	5	2.8%	1	1.0%	5	1.7%
Momentos de diversão	4	2.2%	9	8.7%	8	2.7%
Realização pessoal	1	0.6%	1	1.0%	7	2.3%
Desporto	5	2.8%	2	1.9%	10	3.4%
Acidente	1	0.6%	3	2.9%	10	3.4%
Eventos stressantes	16	8.9%	4	3.8%	1	0.3%
Problemas financeiros	2	1.1%	0	0.0%	3	1.0%
Outros	6	3.4%	1	1.0%	3	1.0%

Para esta análise recorreremos ao teste do qui-quadrado aproximado por simulação. O teste de associação encontrou uma relação global entre o grupo e a variável “Acontecimento” ( $p < .05$ ,

sendo  $X^2_{(36, g.l.)} = 111.02$  e  $p = .000$ ). Do teste z, verificámos algumas diferenças: Morte nos sujeitos deprimidos observámos um valor superior que os sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica (sendo estes idênticos); *Família*, sujeitos deprimidos a média foi significativamente superior à média dos sujeitos com ansiedade generalizada; *Objetos/Locais* – nos sujeitos sem alteração psicopatológica observámos um valor superior ao dos sujeitos deprimidos e dos sujeitos com ansiedade generalizada; *Relações Amorosas*, em que os sujeitos com ansiedade generalizada diferiram dos outros dois grupos; *Hospital/Doença* - nos sujeitos com ansiedade generalizada observámos um valor superior ao dos sujeitos sem alteração psicopatológica; *Acidente* – nos sujeitos deprimidos observámos um valor inferior ao dos sujeitos sem alteração psicopatológica; *Eventos stressantes* – os sujeitos sem alteração psicopatológica registaram um valor percentual significativamente inferior aos outros dois grupos em estudo.

#### *Influência da memória no humor dos sujeitos dos três grupos*

Analisámos os resultados obtidos referentes à influência do acontecimento involuntário recuperado no humor dos sujeitos dos três grupos em estudo. Realizámos uma análise descritiva e uma análise exploratória dos diferentes factores dos grupos.

#### Quadro 23:

##### *Impacto da memória involuntária no humor nos três grupos*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	N	%	N	%	N	%
Melhor	47	26.1	26	25.0	72	24.0
Pior	97	53.9	28	26.9	27	9.0
Não foi influenciado	36	20.0	50	48.1	201	67.0
Total	180	100	104	100	300	100

Verificámos que existe uma associação entre o *Impacto no Humor* e o Grupo ( $p < .05$ ). Analisando verifica-se que a percentagem de participantes que assinalou *Melhor* é idêntica nos três grupos. Relativamente às restantes categorias, *Pior* e *Não influenciou* os grupos diferem todos significativamente. Uma diferença evidente é que o grupo de sujeitos deprimidos apresenta respostas na categoria *Pior* bastante superior aos outros grupos, com maior relevo para a diferença entre sujeitos deprimidos e sujeitos sem alteração psicopatológica.

#### *Reacção Física à Memória*

Analisámos os resultados obtidos referentes à reacção física do acontecimento involuntário recuperado no humor dos sujeitos dos três grupos em estudo. Realizámos uma análise descritiva e uma análise exploratória dos diferentes factores dos grupos.

#### Quadro 24:

*Reacção física à memória involuntária nos três grupos – sujeitos deprimidos, sujeitos com depressão major e sujeitos sem alteração psicopatológica*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	N	%	N	%	N	%
Falando consigo próprio	27	23.7	25	41.0	17	16.3
Falando com terceiros	3	2.6	6	9.8	6	5.8
Chorando	32	28.1	5	8.2	4	3.8
Sorrindo	30	26.3	18	29.5	73	70.2
Sintomas autónomos	21	18.4	3	4.9	1	1.0
Outras reacções voluntárias	1	.9	4	6.6	3	2.9
Total	114	100.0	61	100.0	104	100.0

Relativamente às respostas “Sim” nos três grupos verificámos, que os sujeitos deprimidos registaram 63.4%, os sujeitos com ansiedade generalizada 58.7% e os sujeitos sem alteração psicopatológica 35.3%.

Constatámos que existe uma associação significativa ( $p < .05$ ) entre o grupo e as diferentes categorias do tipo de reacção física. Da análise comparativa das proporções, concluiu-se que o grupo sem alteração psicopatológica difere significativamente do grupo de sujeitos com ansiedade

generalizada, mas não do grupo de sujeitos deprimidos. Além disso, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos deprimidos e os sujeitos com ansiedade generalizada, apesar de em termos absolutos as amostras apresentarem uma proporção bastante diferente nesta categoria (23.7% e 41.0% respectivamente). Não existem diferenças entre os grupos nas categorias *Falando com terceiros* e *Outras reações*.

O grupo de sujeitos deprimidos apresenta um valor significativamente superior na categoria *Chorando* (28%), e os sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos e sem alteração psicopatológica não diferem entre si. O grupo sem alteração psicopatológica apresenta uma percentagem significativamente superior aos restantes grupos na categoria *Sorrindo* (70.2%) e o grupo de sujeitos deprimidos apresenta uma percentagem superior na categoria *Sintomas autónomos*.

#### *Características do Meio Envolvente sobreponíveis com o acontecimento*

Analisámos os resultados obtidos referentes às características do meio envolvente sobreponível ao acontecimento involuntário recuperado nos sujeitos deprimidos. Realizámos uma análise descritiva dos diferentes factores do grupo dos grupos.

#### Quadro 25:

##### *Características do meio envolvente nos sujeitos deprimidos*

	Sozinho		Combinado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pessoas	8	10.8%	63	18.9%	71	17.4%
Local	6	8.1%	44	13.2%	50	12.3%
Actividade	4	5.4%	27	8.1%	31	7.6%
Objecto	2	2,70%	15	4.5%	17	4.2%
Palavra	1	1.4%	17	5.1%	18	4.4%
Sentimento	12	16.2%	76	22.8%	88	21.6%
Experiência Sensorial	2	2.7%	28	8.4%	30	7.4%
Tema de Vida	3	4.1%	35	10.5%	38	9.3%
Tema Genérico	4	5.4%	22	6.6%	26	6.4%
Outro	6	8.1%	7	2.1%	13	3.2%
Não tinha características em comum	26	35.1%	0	.00%	26	6.4%
	74		334		408	

Os sujeitos deprimidos obtiveram o valor mais elevado em *Não tinha características em comum* (35.1%), seguido de *Sentimento* (16.2%) e *Pessoas* (10.8%), quando assinaladas sozinhas uma vez que esta questão permitia várias opções de resposta. Quando combinadas com outras características sobressaiu o *Sentimento* (22.8%), também característica predominante no total obtido (21.6%) – ver Quadro 25.

Quadro 26:

*Características do meio envolvente nos sujeitos com ansiedade generalizada*

	Sozinho		Combinado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pessoas	7	18.4%	38	17.8%	45	18,0%
Local	5	13.2%	38	17.8%	43	17,2%
Actividade	4	10.5%	27	12.7%	<b>30</b>	12,0%
Objecto	4	10.5%	10	4.7%	14	5,6%
Palavra	2	5.3%	27	12.7%	29	11,6%
Sentimento	4	10.5%	36	16.9%	40	16,0%
Experiência Sensorial	6	15.8%	15	7.0%	21	8,4%
Tema de Vida	2	5.3%	18	8.5%	20	8,0%
Tema Genérico	0	0.0%	3	1.4%	3	1,2%
Outro	2	5.3%	1	0.5%	3	1,2%
Não tinha características em comum	2	5.3%	0	0.0%	2	0,8%
	38		213		250	

Os sujeitos com ansiedade generalizada obtiveram o valor mais elevado em *Pessoas* (18.4%), seguido de *Experiência Sensorial* (15.8%) e com o mesmo valor (10.5%), *Actividade*, *Objecto* e *Sentimento*, isto quando assinaladas. Quando combinadas com outras características sobressaíram *Pessoas* e *Local* com o mesmo valor (17.8%). No total obtido a característica predominante foi *Pessoas* (18%) – ver Quadro 26.

## Quadro 27:

*Características do meio envolvente nos sujeitos sem alteração psicopatológica*

	Sozinho		Combinado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pessoas	24	16.0%	93	22.1%	117	20.5%
Local	15	10.0%	80	19.0%	95	16.6%
Actividade	26	17.3%	78	18.5%	104	18.2%
Objecto	7	4.7%	38	9.0%	45	7.9%
Palavra	5	3.3%	19	4.5%	24	4.2%
Sentimento	8	5.3%	52	12.4%	60	10.5%
Experiência Sensorial	4	2.7%	17	4.0%	21	3.7%
Tema de Vida	11	7.3%	36	8.6%	47	8.2%
Tema Genérico	7	4.7%	5	1.2%	12	2.1%
Outro	1	0.7%	3	0.7%	4	0.7%
Não tinha características em comum	42	28.0%	0	0.0%	42	7.4%
	150		421		571	

Os sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram o valor mais elevado em *Não tinha características em comum* (28%), seguido de *Actividade* (17.3%), e de *Pessoas* (16%), quando assinaladas. Quando combinadas com outras características sobressaiu *Pessoas* (22.1%). No total obtido a característica predominante foi *Pessoas* (20.5%) – Quadro 27.

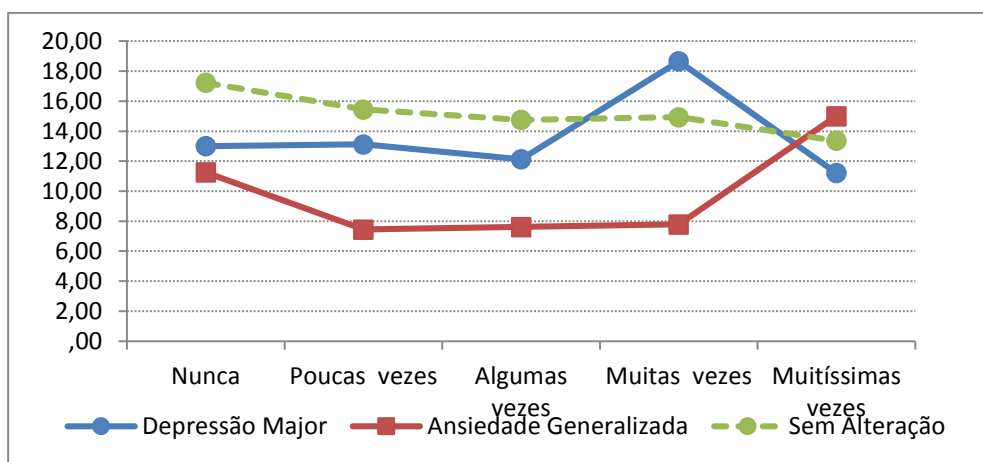
*Análise da Recorrência em função da Antiguidade da Memória*

Através de uma análise de dois coeficientes de correlação entre a *Recorrência* e a *Antiguidade*, obteve-se uma correlação negativa entre *Recorrência* e *Antiguidade* no grupo de sujeitos deprimidos e grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica (indicando que memórias mais recentes estão associadas a uma menor recorrência). No grupo de sujeitos com ansiedade generalizada a correlação é quase zero. Contudo, concluímos, nos três grupos, a correlação não é significativa ( $p \geq .05$ ). Realizámos também uma comparação dos valores médios da Antiguidade da memória nos vários níveis da *Recorrência* (categorizada em 4 categorias), concluindo que apenas no grupo Depressão Major existem diferenças significativas entre a antiguidade, nos níveis de *Recorrência* ( $p = .026$ ).

Assim, podemos verificar que a frequência *Muitas vezes* da *Recorrência*, apresenta um valor médio de antiguidade mais elevado (cerca de 18 anos) em relação ao nível *Muitíssimas Vezes*, mas não em relação aos restantes – ver Figura 1.

Figura 1:

Análise da *Recorrência* em função da Antiguidade da Memória Autobiográfica Involuntária nos três grupos em estudo



Por fim, apresenta-se as percentagens cruzando *Antiguidade* e *Recorrência*, estando ambas categorizadas. Realizou-se um teste de qui-quadrado, mas não foi válido, excepto no grupo Sem Alteração, onde se concluiu que não existe associação entre as duas variáveis (à semelhança da análise dos coeficientes de correlação). No entanto, no grupo Depressão Major, por exemplo, podemos observar que 59% das Memórias até 5 anos são recorrentes *Muitíssimas vezes*. Depois, podemos observar que nas memórias de antiguidade entre 16 e 25 anos, a *Recorrência* também é superior nas categorias *Muitas vezes* e *Muitíssimas vezes*. O mesmo nas memórias com mais de 25 anos. Este comportamento é diferente nos outros grupos – ver Quadro 28.

Quadro 28:

*Valores percentuais da Recorrência do Acontecimento em função da Antiguidade*

			Antiguidade em 4 classes			
			até 5 anos	6-15 anos	16-25 anos	mais de 25 anos
Depressão Major	Recorrência 4 categorias	Nunca ou poucas vezes	16.2%	30.8%	13.8%	21.4%
		Algumas vezes	13.5%	23.1%	13.8%	7.1%
		Muitas vezes	10.8%	23.1%	37.9%	35.7%
		Muitíssimas vezes	59.5%	23.1%	34.5%	35.7%
Ansiedade Generalizada	Recorrência 4 categorias	Nunca ou poucas vezes	33.3%	53.8%	14.3%	22.2%
		Algumas vezes	19.4%	23.1%	42.9%	
		Muitas vezes	25.0%	15.4%	14.3%	22.2%
		Muitíssimas vezes	22.2%	7.7%	28.6%	55.6%
Sem alteração psicopatológica	Recorrência 4 categorias	Nunca ou poucas vezes	34.0%	32.4%	16.7%	44.0%
		Algumas vezes	24.0%	27.9%	33.3%	22.0%
		Muitas vezes	20.0%	20.6%	36.7%	18.0%
		Muitíssimas vezes	22.0%	19.1%	13.3%	16.0%

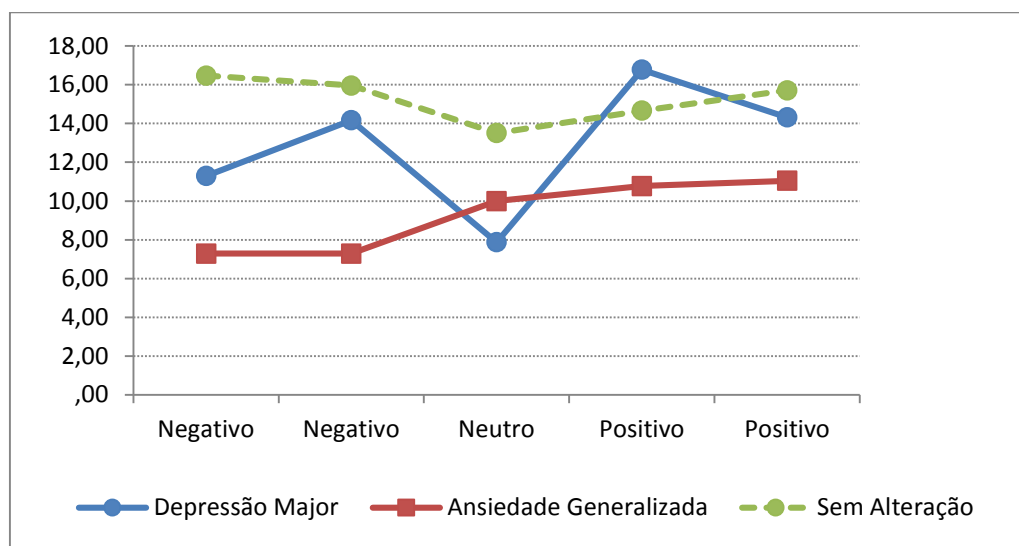
*Análise da Valência em função da Antiguidade da Memória*

Da análise aos dois coeficientes de correlação calculados entre a *Valência* e a *Antiguidade*, não se obtiveram resultados significativos ( $p > .05$ ), ou seja, não podemos afirmar que existe uma tendência entre estas duas variáveis, no que respeita a correlação. A conclusão foi idêntica nos 3 grupos. Fez-se também uma comparação dos valores médios da *Antiguidade* da memória nos vários níveis da *Valência* emocional (categorizada em 3 categorias para validar a análise, sendo as categorias - Negativa, Neutra, Positiva).

A Figura 2 apresenta uma ilustração dos resultados encontrados.

Figura 2:

Análise da Valência em função da Antiguidade da Memória Autobiográfica Involuntária nos três grupos em estudo



Concluimos que não existem diferenças significativas nos três tipos de valência, em relação à *Antiguidade* média. O resultado foi idêntico para os 3 grupos ( $p > 0.05$ ).

#### *Análise da Especificidade em Função da Antiguidade da Memória*

Começando por calcular a antiguidade média para os acontecimentos *Específicos* e *Não Específicos*, numa primeira abordagem intra-grupos, observamos que no grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica a antiguidade média dos acontecimentos *Não Específicos* é bastante superior aos *Específicos*

Existe um efeito de Grupo, i.e., existem diferenças significativas nas antiguidades dos 3 grupos –  $Z=7.5$  e  $p=.001$ . Não existe efeito significativo (diferenças) da *Especificidade*, ou seja as

antiguidades não diferem significativamente entre *Específicos* e *Não Específicos* ( $Z=.02$ ,  $p= .888$ ). Isto, para todos os grupos, embora em termos amostrais se observem diferenças.

Não existe efeito significativo de interação entre Grupo e *Especificidade*, sobre a antiguidade embora seja quase significativo ( $Z=2.89$ ,  $p= .057$ ).

Feito um teste do qui-quadrado de associação, cruzando a *Especificidade* com a *Antiguidade* agrupada em 4 categorias, verificamos que, neste grupo existe efetivamente uma associação significativa ( $p=.007$ ). Medindo a intensidade da associação através de dois coeficientes de contingência - coeficiente C=.241 e coeficiente V de Cramer,  $V=0.248$  – observámos que foi significativa embora baixa.

#### *Humor prévio, Valência dos acontecimentos e Impacto no Humor*

No grupo Depressão Major, são significativas ambas as correlações, ou seja, entre o *Humor* e a *Valência* ( $r_s=0.267$   $p=.000$ ) e entre a *Valência* e o *Impacto no Humor* ( $r_s=0.634$   $p=.000$ ), sendo que no segundo caso podemos considerar uma correlação moderada-forte. No grupo com Ansiedade Generalizada, apenas foi significativa a correlação entre a *Valência* e o *Impacto no Humor* ( $r_s=0.326$   $p=.000$ ), claramente um valor mais fraco do que no grupo Depressão Major.

No grupo Sem Alteração Psicopatológica, foram novamente significativas as duas correlações, ou seja, entre o *Humor* e a *Valência* ( $r_s=0.271$   $p=.000$ ) e entre a *Valência* e o *Impacto no Humor* ( $r_s=0.473$   $p=.000$ ), sendo contudo mais baixa que no grupo Depressão Major.

Em seguida fez-se uma análise mais complexa, utilizando um Modelo de Regressão Categórica Multinomial. Considerou-se como classe de referência do modelo a categoria de Impacto – *Melhorou*. Todos os coeficientes dos resultados serão interpretados em relação a esta classe. Conclui-se que o modelo global foi significativo ( $X^2=340.9$  g.l= 16,  $p=.000$ ). Detalhando: o Grupo tem influência no *Impacto no humor* ( $X^2=60.0$ , g.l.=4,  $p=.000$ ); o *Humor* no momento do acontecimento ( $X^2=23.4$  g.l.=8,  $p=0.003$ ) e com a *Valência* ( $X^2=154.3$ , g.l.=4,  $p=.000$ ).

Se analisarmos o comportamento de cada variável, distribuído pelas categorias da variável independente, verificámos que a Valência foi determinante para pertencer ao Impacto Pior, Não influenciado ou Melhor. No entanto, a variável Humor (antes) apenas foi importante para diferenciar a passagem de ter um impacto Melhor para um Impacto Pior. Esta variável não foi determinante para mudar da categoria Melhor, para a categoria Não influenciado.

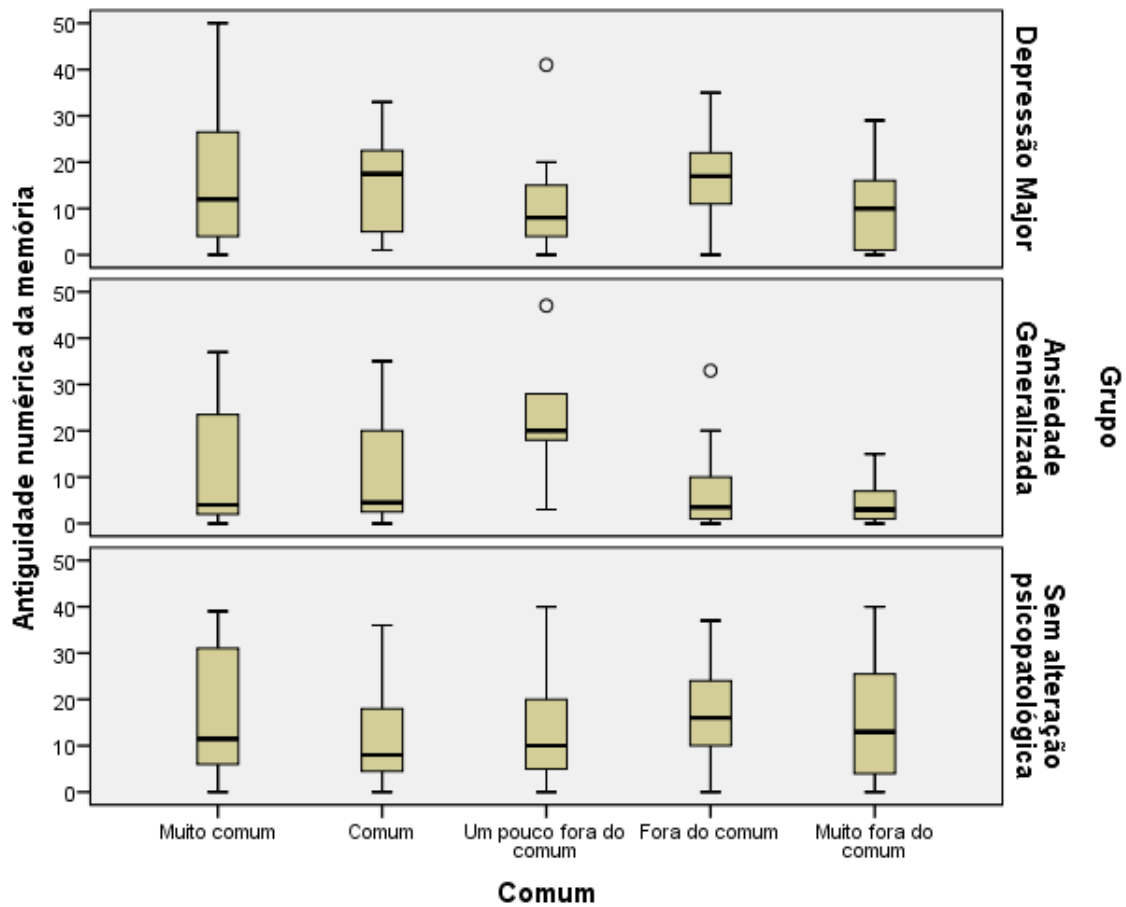
Relativamente à variável *Humor* antes, observou-se que o *Humor Muito Negativo* distingue as classes *Impacto Pior* e *Impacto Melhor*, sendo que um indivíduo com *Humor* (antes) *Muito Negativo* (valor -2) tem cerca de 29 vezes (OR=29.3) mais hipóteses de pertencer à Classe *Pior* do que à classe *Melhor*; um indivíduo com *Humor* antes de valor *Negativo* (-1), tem cerca de 15 vezes mais chances de pertencer à classe dos *Pior* do que da classe *Melhor*.

#### *Acontecimento Comum em função da Antiguidade*

Da análise da tabela de correlações de Pearson e de Spearman entre a variável *Comum* e a *Antiguidade*, concluímos que existe uma correlação significativa no grupo de sujeitos com Ansiedade Generalizada ( $r_s = -0.276$ ,  $p = .013$ ), de onde se conclui que existe uma tendência com valor negativo, embora fraca (rondando 27.6%). O facto de ser no sentido negativo, foi congruente com valores baixos da *Antiguidade* (mais recente), que estão ligeiramente relacionados com valores mais elevados da variável *Comum* (*Fora do comum*; *Muito Fora do Comum*). Esta conclusão pode ser observada visualmente no Box-Plot (ver Figura 3), onde se constata, no grupo com Ansiedade Generalizada, que as categorias *Fora do Comum* e *Muito Fora do Comum* apresentam uma variação de antiguidades mais baixas concentradas essencialmente abaixo dos 10 anos. A categoria 1- *Muito comum*, apresenta uma grande diversidade de antiguidades, em todos os grupos, embora nos sujeitos com Depressão Major a mediana seja próxima do Sem Alteração em 10 anos, enquanto a mediana dos sujeitos Sem Alteração é mais baixa, menos de 5 anos.

Figura 3:

Resultados da variável *Comum* em função da Antiguidade nos três grupos



Embora existam comportamentos diferentes (box-plot), o teste de Kruskal-Wallis não encontrou estas diferenças significativas.

Para testar simultaneamente um efeito de interação entre grupo e variável *Comum*, sobre a *Antiguidade*, prosseguimos com as análises e concluímos que existe um efeito de interação entre o Grupo e ser um acontecimento *Comum* - existem diferenças entre as combinações grupo-categoria de *Comum* ( $Z=2.08$ , g.l.= 8,  $p=0.045$ ). Existem também diferenças se olharmos apenas o efeito da variável *Comum* ( $Z=2.51$ , g.l.=4,  $p=0.042$ ). Todos estes resultados estão relacionados com o grupo Ansiedade Generalizada, que tem um comportamento global diferente dos outros.

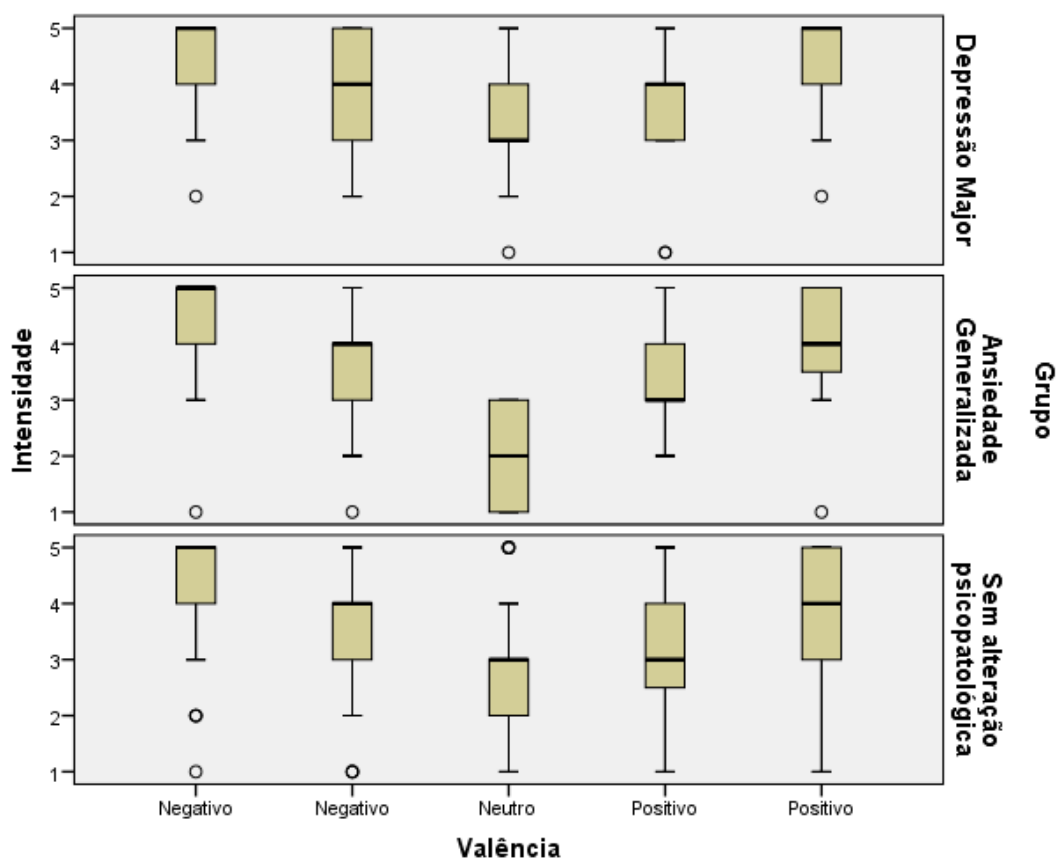
*Análise da Valência Emocional do Acontecimento em função Intensidade do Acontecimento*

Começamos por calcular correlações de Pearson e de Spearman entre a variável *Valência* (-2 a 2) e a *Intensidade* do acontecimento (1- sem intensidade até 5-muito intensa). Concluimos que existe uma correlação significativa apenas no grupo de sujeitos Sem Alteração ( $r_s = 0.225, p=0.000$ ), que é fraca, no entanto indica que, no grupo de sujeitos Sem Alteração, os acontecimentos mais intensos estão relacionados com acontecimentos de valências emocionais mais positivas.

Observando o Box-plot, verificamos que, em todos os grupos, os acontecimentos de valência emocional neutra apresentam globalmente Intensidades mais baixas, embora nos sujeitos se situem concentradas mais nos níveis 3 e 4 de intensidade, enquanto nos grupos de sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica, os acontecimentos de valência emocional neutra têm intensidades que se concentram mais nos níveis de intensidade 1 a 3 – ver Figura 4.

*Figura 4:*

Análise da Valência do Acontecimento Evocado em função da Intensidade nos três grupos



Verificámos pelas análises, que existe uma associação significativa entre as categorias da *Valência* e da *Intensidade* em todos os grupos (Depressão Major -  $X^2=29.8$ ,  $p=0.000$ , Ansiedade Generalizada -  $X^2=39.7$ ,  $p=0.000$ , Sem Alteração Psicopatológica -  $X^2=46.4$ ,  $p=0.000$ ).

Analisando com mais detalhe as frequências da tabela e o box-plot, confirmamos que os acontecimentos de valência emocional neutra foram um caso diferente dos restantes acontecimentos em todos os grupos. Para analisarmos acontecimentos (*Valência Negativas* e *Positivas*, agrupadas), concluímos que só existem diferenças significativas no grupo com Depressão Major ( $U= 2.79$ ;  $p=0.022$ ), representando que neste grupo com Depressão Major, os acontecimentos foram significativamente mais *Intensos* nos acontecimentos de valência emocional *Negativa* do que nos acontecimentos de valência emocional *Positiva*, no global – ver Figura 4.

#### *Análise dos Resultados da Intensidade, Valência e Recorrência*

No grupo de sujeitos deprimidos, obteve-se uma correlação significativa, de valor negativo, embora fraca a moderada, entre *Recorrência* e *Valência* para os  $n=180$  acontecimentos/memórias ( $r=-0.363$ ,  $p=0.000$ ). Os acontecimentos mais recorrentes estão associados a valências emocionais mais negativas. Neste grupo também foi significativa a correlação entre a *Recorrência* e a *Intensidade* ( $r=0.508$ ,  $p=0.000$ ). A correlação positiva leva a que consideremos de moderada a forte, i.e., os acontecimentos mais intensos são mais recorrentes.

Nos sujeitos com ansiedade generalizada, apenas uma correlação é significativa, entre a *Recorrência* e a *Intensidade* ( $r=0.292$ ,  $p=.003$ ), calculada sobre os  $n=104$  acontecimentos/memórias. O valor foi positivo mas baixo, o que implica uma correlação baixa-moderada, no sentido em que acontecimentos mais recorrentes estão associados a intensidades mais elevadas.

Nos sujeitos sem alteração psicopatológica obteve-se uma correlação significativa, positiva, embora fraca, entre a *Recorrência* e a *Valência* para os  $n=300$  acontecimentos/memórias ( $r=0.147$ ,  $p=0.005$ ). Assim, os acontecimentos mais recorrentes estão associados a valências emocionais mais positivas, embora não possamos afirmar que uma variável determina a outra com exatidão. De igual modo, foi significativa a correlação entre a *Recorrência* e a *Intensidade* ( $r=0.412$ ,  $p=.000$ ). A correlação foi positiva e considerada de intensidade moderada, indicando que os acontecimentos mais intensos estão associados a uma maior recorrência. Também se observou que existe correlação entre a própria *Valência* e *Intensidade* ( $r=0.225$ ,  $p=0.000$ ).

Realizou-se uma análise de regressão múltipla, com as três variáveis em estudo, para saber o valor preditivo das 2 variáveis consideradas independentes, quando estudadas conjuntamente

num modelo. Fez-se um modelo por grupo, pois espera-se que os pesos serão distintos, tendo em conta os valores das correlações calculadas inicialmente. Utilizou-se o método de stepwise para a seleção das variáveis a incorporar no modelo.

Nos sujeitos deprimidos obteve-se um modelo globalmente significativo ( $Z= 33.1$ ,  $p=0.000$ ), com um valor explicativo global  $R^2=26.4\%$  (designado por  $R^2$  ajustado (adjusted R-square) , o que significa que as duas variáveis, em conjunto, explicam cerca de 26% da variabilidade da recorrência. Cerca de 74% da variabilidade era explicada por outros fatores que não estão no modelo. O coeficiente da *Valência* foi negativo (tal como esperado, atendendo ao valor da correlação entre *Valência* e *Recorrência*), sendo o valor  $b_1=-0.236$ , com respetivo  $p=0.000$ ; o coeficiente da *Intensidade* foi positivo, sendo o valor  $b_2= 0.468$  e  $p=0.000$ . O peso sobre a recorrência foi superior na *Intensidade* (quando comparados em valor absoluto).

Nos sujeitos com ansiedade generalizada apurámos um modelo significativo apenas com a variável *Intensidade* (a *valência* não foi significativa, neste grupo). O valor explicativo global era baixo, como era expectável, sendo igual a  $R^2=8.2\%$ . O coeficiente da *Intensidade* é positivo sendo o valor  $b= 0.282$  com  $p=0.000$ .

Por fim, no grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica, apesar de na análise inicial das correlações as duas variáveis *Intensidade* e *Valência* serem, em separado, significativamente correlacionadas com a *Recorrência*, no modelo de Regressão múltipla a *Valência* foi dispensada do modelo. Assim, obteve-se, pelo método stepwise, um modelo em que  $R^2=18\%$  do valor da recorrência. O coeficiente da *Intensidade* foi positivo sendo o valor  $b= 0.424$  com  $p=0.000$ .

Para as duas variáveis inicialmente em análise, quando comparamos os 3 modelos, observamos que a *Intensidade*, é nos três grupos, a variável com maior peso quando associada à *Recorrência* através da regressão e é positivo em todas as regressões.

#### *Análise Factor Comum em relação à Recorrência, Intensidade, Valência*

No grupo de sujeitos com depressão major, obteve-se uma correlação significativa, de valor negativo, embora fraca a moderada, entre a variável *Comum* e *Recorrência* para os  $n=180$  acontecimentos/memórias ( $r= -0.325$ ,  $p=.000$ ). Este valor significa que um acontecimento *Muito comum*, está associado a ser *Mais recorrente*, embora não seja uma associação forte. Neste grupo, também é significativa a correlação entre o factor *Comum* e a *Intensidade* ( $r=-0.314$ ,  $p=0.000$ ), sendo a interpretação idêntica ao caso anterior (memórias mais comuns estão associadas a mais

intensidade). Não existe correlação significativa entre o factor *Comum* e a *Valência*. Estes resultados indicam que, a *Recorrência* e a *Valência* contribuem significativamente para predizer a variável *Comum*.

Nos sujeitos com ansiedade generalizada, apenas uma correlação é significativa, entre o factor *Comum* e *Recorrência* ( $r = -0.285$ ,  $p = .002$ ), calculada sobre os  $n = 104$  acontecimentos/memórias. É uma correlação significativa que, de modo idêntico às anteriores, significa que acontecimentos Mais comuns estão associado a memórias mais recorrentes.

No grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica, também existe apenas uma correlação significativa entre a variável comum e as restantes, que é a variável *Comum* com a *Intensidade* ( $r = 0.105$ ,  $p = 0.035$ ), para os 300 acontecimentos registados neste grupo.

Realizámos um modelo de Regressão múltipla para identificar os preditores significativos, dos que foram escolhidos. Utilizou-se novamente método de Stepwise para a seleção das variáveis a incorporar no modelo final.

Os sujeitos deprimidos obtiveram um modelo globalmente significativo ( $Z = 14.3$ ,  $p = 0.000$ ), com um valor explicativo global  $R^2 = 12.9\%$  ( $R^2$  ajustado (adjusted R-square)). O modelo final que foi obtido tem apenas como preditores as variáveis *Recorrência* e *Intensidade*. Neste grupo, a *Recorrência* foi significativa,  $p = 0.001$  sendo o respetivo coeficiente igual a  $b_1 = -0.339$  (negativo); o coeficiente da *Intensidade* também é negativo, sendo o seu valor  $b_2 = -0.273$ , e  $p = 0.000$ . A comparação destes coeficientes conduz à conclusão de, em valor absoluto, a *Recorrência* tem mais peso sobre a variável *Comum*.

Nos sujeitos com ansiedade generalizada apurou-se um modelo significativo ( $Z = 1.17$ ,  $p = 0.003$ ) apenas com a variável independente *Recorrência* cujo coeficiente é  $b = -0.361$ , e  $p = 0.003$  (a *Valência* e *Intensidade* não são significativas, para este grupo). O valor explicativo global é bastante baixo, sendo igual a  $R^2 = 8.2\%$ .

Por fim nos sujeitos sem alteração psicopatológica, apesar de na análise inicial das correlações existir uma relação significativa, quando integradas no modelo de regressão, nenhuma variável foi significativa, neste grupo.

### *Análise do Meio Envolvente Inter e Intra-Grupo*

Os resultados do teste do qui-quadrado remetem para a existência de uma associação entre o *Meio Envolvente* e o Grupo:  $X^2= 32.6$ , g.l.=4,  $p<.000$ , logo, encontraram-se diferenças significativas. No teste Z para comparação das proporções concluímos que apenas a Categoria *Ambas do Meio envolvente* apresenta percentagens que são estatisticamente idênticas nos 3 grupos.

Utilizando a análise Loglinear, começou-se por incluir apenas os efeitos de *Meio Envolvente* e o efeito de Grupo (ver se há diferenças apenas devidas ao grupo). Rejeitou-se a adequação do modelo nulo (de efeitos nulos), ou seja, a estatística de teste revelou-se significativa, tanto o teste de qui-quadrado  $X^2= 32.6$ , g.l.=4, como o rácio de verosimilhança,  $LR(4)=33.5$ . Desta forma, concluímos que existe um efeito de grupo e efeitos individuais do *Meio Envolvente* e do Grupo (não existe consistência dentro dos grupos nem entre os grupos).

Para identificar melhor as discrepâncias, prosseguiu-se com uma análise dos resíduos ajustados e identificaram-se as categorias que sistematicamente possuem resíduos inaceitáveis (com valor absoluto  $> 2$ ). Foram, nomeadamente, as categorias Meio Interno e Meio Externo, nos dois grupos clínicos. Fez-se um novo modelo no qual foram contempladas as interações das categorias do *Meio Envolvente* com o Grupo, e o ajustamento final foi bom ( $X^2= 0$  e  $LR(4)=0$ ). Assim, podemos identificar as categorias mais influenciadas pela associação destas duas variáveis. Existem efeitos individuais e existe efeito de interação entre o *Meio Envolvente* e o Grupo. Concluiu-se que o *Meio Envolvente Externo* foi significativamente diferente dos restantes, tanto no grupo de sujeitos com depressão major como no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada ( $p<.05$  em ambos). Nos sujeitos sem alteração psicopatológica não se encontraram diferenças entre os três factores da variável *Meio Envolvente*.

*Análise do Tipo de Acontecimentos Involuntários Evocados*

Quadro 29:

*Tipo de Acontecimentos Involuntários Evocados nos três grupos em estudo*

	Depressão Major N = 16		Ansiedade Generalizada N = 10		Sem alteração psicopatológica N = 15	
	M	DP	M	DP	M	DP
Total de Acontecimentos Evocados Involuntárias	10.9	7.74	10.4	6.50	20	.000
Total de Acontecimentos Negativos Evocados Involuntárias	5.50 (54%)	4.95	2.6 (18.3%)	2.76	4.33 (21.7%)	2.02
Total de Acontecimentos Positivos Evocados Involuntárias	4.19 (30.7%)	4.49	5.8 (59.5%)	3.33	11.7 (58.3%)	2.26
Total de Acontecimentos Neutros Evocados Involuntárias	1.19 (15.3%)	1.28	2.0 (22.2%)	1.16	4.0 (20%)	1.813
Específicas Involuntárias	5.75 (56%)	4.97	6.4 (54.8%)	6.02	13.0 (65%)	4.02
Catagóricas Involuntárias	1.94 (12%)	2.49	1.8 (24.7%)	1.32	3.6 (18%)	2.72
Alargadas involuntárias	3.19 (32%)	2.56	2.7 (28.8%)	3.16	3.4 (17%)	3.25

Existem diferenças entre a média do número de acontecimentos dos 3 tipos (*Específicos*, *Catagóricos*, *Alargados*), para os grupos Depressão Major ( $p=0.011$ ) e Sem Alteração Psicopatológica ( $p=0.011$ ) e, não existem diferenças significativas dentro do grupo com Ansiedade Generalizada ( $p=0.552$ ).

Relativamente às diferenças dentro dos grupos Depressão Major e Sem Alteração Psicopatológica, estas distribuem-se de modos diferentes. Nos sujeitos deprimidos existem diferenças entre *Específicos* e *Catagóricos* ( $p=0.014$ ). Não existem diferenças entre a média dos acontecimentos *Específicos* e *Alargados* ( $p=0.279$ ) e entre *Catagóricos* e *Alargados*. Nos sujeitos sem alteração psicopatológica existem diferenças entre acontecimentos *Específicos* e *Catagóricos* ( $p=0.002$ ) e entre a média dos acontecimentos *Específicos* e *Alargados* ( $p=0.01$ ). Não existem diferenças entre acontecimentos *Catagóricos* e *Alargados* (Observa-se que o número de específicos é o que tem média maior (13.0)).

## **Análise Comparativa entre Memórias Autobiográficas Involuntárias e Voluntárias**

### *Análise da Valência Emocional dos Acontecimentos*

Tendo em conta que o número total de acontecimentos evocados poderia não ser o mesmo para cada indivíduo (nos acontecimentos *Involuntários* e *Voluntários*), tomou-se, de acordo com procedimentos anteriores, a decisão de calcular, para cada indivíduo, a percentagem de acontecimentos com valência emocional positiva, negativa e neutra, de modo a serem comparáveis (em percentagem). Para comparar os acontecimentos das três valências emocionais registados utilizou-se o teste MANOVA de medições repetidas.

No grupo com Depressão Major, não existem diferenças significativas entre as percentagens médias observadas nas memórias Voluntárias e Involuntárias, em cada um dos três tipos de valência.

Nos grupos com Ansiedade Generalizada e sem alteração rejeitou-se a hipótese nula em duas variáveis, nomeadamente, nos acontecimentos de valência emocional negativa e nos de valência emocional positiva. Não existem diferenças nas percentagens de acontecimentos de valência emocional neutra. No grupo com Ansiedade Generalizada, a percentagem de acontecimentos de valência emocional negativa evocados nas Memórias Voluntárias (47.6%) foi significativamente diferente (superior) ao ocorrido nas memórias Involuntárias (18.8); no sentido oposto, a percentagem de acontecimentos de valência emocional positiva evocados nas Memórias Voluntárias (36%) foi significativamente diferente (inferior) ao ocorrido nas memórias Involuntárias (59.5%).

No grupo Sem Alteração, a percentagem de acontecimentos de valência emocional negativa evocados nas Memórias Voluntárias (39.9%) foi significativamente diferente (superior) ao ocorrido nas memórias Involuntárias (21.7); no sentido oposto, a percentagem média de acontecimentos de valência emocional positiva evocados nas Memórias Voluntárias (42.4%) foi significativamente diferente (inferior) ao ocorrido nas memórias Involuntárias (58.3%), tendo, assim, um comportamento idêntico ao grupo com ansiedade generalizada.

Entre grupos os acontecimentos de valência emocional negativa, nos sujeitos deprimidos diferem significativamente do grupo de sujeitos com ansiedade generalizada ( $p=.001$ ) registando um valor significativamente superior. A conclusão é idêntica quando comparamos com os sujeitos

sem alteração psicopatológica ( $p=.001$ ). Não se encontraram diferenças significativas entre os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica ( $p>0.05$ ). A diferença significativa foi superior a 30% em ambos os casos; a diferença que não foi significativa (entre os sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica) foi cerca de 3%.

Nos Acontecimentos Evocados de valência emocional positiva ( $p=.000$ ), o resultado foi idêntico ao anterior, mas, como era expectável, no sentido inverso.

Concluiu-se, neste teste não paramétrico, que a percentagem de acontecimentos de valência emocional neutra difere significativamente entre os grupos ( $p=0.045$ ), tanto na valência emocional dos acontecimentos avaliados pelo experimentador como avaliados pelos participantes. Em detalhe, concluiu-se que o grupo de sujeitos com depressão major obteve valores significativamente inferiores aos outros dois grupos, embora na avaliação do experimentador esta diferença não seja tão substancial.

#### *Análise do Tipo de Acontecimentos Involuntários e Voluntários Evocados*

Analisámos os resultados registados relativamente ao tipo de acontecimentos involuntários e voluntários evocados.

Quadro 30:

#### *Análise Comparativa do Tipo de Acontecimento Involuntário e Voluntário Evocado pelos três grupos*

	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
	M	DP	M	DP	M	DP
Involuntárias % específicas	.56	.31	.55	.29	.65	.20
Involuntárias % categóricas	.12	.15	.25	.20	.18	.14
Involuntárias % alargadas	.33	.29	.29	.30	.17	.16
Voluntárias % específicas (sobre acontecimentos)	.27	.13	.30	.17	.49	.15
Voluntárias % categóricas (sobre acontecimentos)	.19	.08	.23	.12	.18	.11
Voluntárias % alargadas (sobre acontecimentos)	.54	.13	.47	.15	.33	.14

Não se encontraram diferenças significativas entre memórias Voluntárias e Involuntárias do grupo de sujeitos com ansiedade generalizada ( $p>0.05$ ) no que respeita aos tipos de acontecimentos. No teste global, concluiu-se que existem diferenças significativas nos sujeitos deprimidos ( $Z=5.69, p=0.01$ ) e nos sujeitos sem alteração psicopatológica ( $Z=4.88, p=0.019$ ).

Observa-se que no grupo de sujeitos deprimidos existem diferenças entre a média da percentagem de acontecimentos *Específicos* ( $p=0.001$ ) (nas memórias Voluntárias foi em média 26.3% de acontecimentos *Específicos* e nas memórias Involuntárias foi de 55.5%), e nos acontecimentos *Alargados* ( $p=0.007$ ) (nas memórias Voluntárias foi em média 54.6% de acontecimentos *Alargados* e nas memórias Involuntárias a média foi de 32.7% de acontecimentos *Alargados*). A percentagem média de acontecimentos do tipo *Catagórico* foi idêntica nas memórias Voluntárias e Involuntárias e, o teste não foi significativo neste caso.

Analisando os resultados dos testes aos pares correspondentes nos sujeitos sem alteração psicopatológica, concluiu-se que existem diferenças entre a média da percentagem de acontecimentos *Específicos* ( $p=0.016$ ), (memórias Voluntárias são em média 51.1% de *Específicas* e nas memórias *Involuntárias* de 65%), e nos acontecimentos *Alargados* ( $p=0.003$ ) (nas Memórias Voluntárias tem-se em média 32.6% de acontecimentos *Alargados* e nas memórias Involuntárias a média é 17% de acontecimentos *Alargados*). A percentagem média de acontecimentos do tipo *catagórico* foi idêntico nas memórias Voluntárias e Involuntárias, em que o teste não foi significativo neste caso, como nos sujeitos deprimidos. No grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica não se observaram resultados estatisticamente significativos.

## CAPÍTULO IX – DISCUSSÃO E SÍNTESE

Neste capítulo discutiremos os resultados bem como as implicações clínicas da memória autobiográfica na depressão major com base na perspectiva do modelo cognitivo. A discussão surge pela mesma ordem dos resultados, i.e., iniciaremos com a análise e discussão das escalas clínicas, seguida da análise e discussão das memórias autobiográficas voluntárias e, por fim, a análise e discussão das memórias autobiográficas involuntárias e a sua comparação com as memórias autobiográficas voluntárias.

### *Análise e Discussão das Escalas Clínicas*

Da leitura do conjunto de resultados obtidos nas escalas clínicas derivaram algumas diferenças significativas entre os grupos que passamos a mencionar.

No **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**, observámos que os sujeitos deprimidos registaram, em todas as dimensões e índices, médias mais elevadas em comparação com os sujeitos com ansiedade generalizada e com os sujeitos sem alteração psicopatológica. Estes resultados remetem para a presença de alteração psicopatológica em todas as dimensões. De igual modo reflectem o sofrimento psicológico destes sujeitos, que indicaram 44 sintomas (Total de Sintomas Positivos – TSP) num total de 53 opções possíveis. Não obstante, o próprio pessimismo característico da depressão pode ter conduzido a uma possível sobrevalorização dos diferentes sintomas durante a interpretação do questionário, associado ao enviesamento cognitivo presente na depressão. A dimensão com a média mais elevada foi a *Depressão* ( $M=3.01$ ,  $DP=.90$ ), remetendo para uma caracterização de indivíduos insatisfeitos consigo próprios, com uma perda de interesse pela vida e, como tal, invadidos por sentimentos de tristeza, culpa, vergonha, desespero, solidão, desesperança, entre outros.

Os sujeitos com ansiedade generalizada embora tivessem registado médias inferiores em comparação com o grupo de sujeitos deprimidos, apresentaram um valor médio elevado ( $M=2.16$ ,  $DP=.59$ ) no *Índice de Sintomas Positivos (ISP)*. Este resultado indicou a presença de alteração psicopatológica bem como a sua intensidade, que à semelhança dos sujeitos deprimidos encontravam-se num marcado sofrimento psicológico. A dimensão mais assinalada por estes sujeitos foi a *Depressão* ( $M=1.92$ ,  $DP=1.03$ ), resultado que deverá ser interpretado tendo em conta a dispersão dos sujeitos no grupo. Estes sujeitos registaram um valor mínimo de .00 e máximo de 3.67, ou seja,

estes resultados indicaram uma distribuição, dos sujeitos com ansiedade generalizada, entre os extremos da pontuação da escala. Os resultados elevados na dimensão *Depressão*, podem ser atribuído à presença de sintomas sobreponíveis avaliados nesta dimensão e, não serem por si só indicadores da presença de depressão clínica. A própria vivência emocional da perturbação de ansiedade generalizada e mal-estar associado pode ter características avaliadas pelo questionário referentes à depressão, tal como o humor disfórico. De igual modo, sentimentos como o desespero relacionado com a vivência e mal-estar emocional provocado pela ansiedade, uma vez que são indivíduos que vivem num estado constante de tensão, preocupação, nervosismo ou outros. Dito de outra forma, a perturbação de ansiedade generalizada é vivida de forma emocionalmente negativa, associado à própria integridade do *self* que se encontra alterada.

Na **Escala de Depressão de Hamilton (HRSD)**, os sujeitos deprimidos no primeiro momento registaram uma média de 24.30, verificando-se uma diminuição do valor médio no segundo momento (M=22.85), ainda que com valores compatíveis com a manutenção do quadro clínico apurado no início da aplicação dos questionários. Com base na classificação desenvolvida no estudo de Zimmerman e colaboradores (2013), os sujeitos deprimidos no primeiro momento registaram médias indicadoras de depressão grave (pontuações  $\geq 24$ ) e, no segundo momento indicadoras de depressão moderada (pontuações entre 17 e 23). De acordo com Hamilton (1960, 1967) as médias obtidas no primeiro e segundo momento eram igualmente reveladoras da presença de depressão.

Na continuação da análise e discussão dos resultados obtidos na Escala de Depressão de Hamilton (HRSD), verificámos que os sujeitos com ansiedade generalizada apresentaram, tal como era expectável, médias significativamente inferiores aos sujeitos deprimidos. Assim, podemos constatar que, de acordo com o estudo de Zimmerman e colaboradores (2013), estes sujeitos registaram no primeiro momento uma média (M=11.43) e no segundo momento (M=9.27), resultados compatíveis com depressão ligeira (pontuações entre 8 e 16). Todavia, estes valores não reflectiram a presença de depressão clínica, podendo estar associados a um pessimismo relacionado com o sofrimento psicológico provocado pela perturbação de ansiedade. Ao nível do funcionamento interpessoal, importa referir que na depressão o pessimismo estaria relacionado com um sentimento de inadequação face aos outros, bem como medo de ser rejeitado pelos outros. Nas perturbações de ansiedade o pessimismo estaria associado ao desempenho na presença dos outros. Importa ainda mencionar que as perturbações de ansiedade apresentam num grande número de casos, comorbilidade com a depressão, justificando os valores obtidos na HRSD. Contudo, se considerarmos o ponto de corte de 18 definido por Hamilton (1960), constatamos

que os sujeitos com ansiedade generalizada, em ambos os momentos, registaram valores concordantes com ausência de depressão.

No **Inventário de Depressão de Beck (BDI)**, constatámos que os sujeitos deprimidos registaram, no primeiro momento, uma média de 31.55 (pontuações  $\geq 30$ ) concordante com presença de depressão grave. No segundo momento verificámos um decréscimo no valor médio ( $M=28.85$ ) associado a depressão moderada (pontuações entre 19 e 29). Se considerarmos a classificação proposta por Beck e Beamesderfer (1974), os sujeitos com depressão major apresentaram, em ambos os momentos, uma depressão classificada como grave. De acordo com Serra e Abreu (1973), a presença de depressão na população portuguesa verifica-se a partir de valores iguais ou superiores a 13 pontos no Inventário de Depressão de Beck (BDI). Desta forma, nesta investigação os sujeitos deprimidos apresentaram valores concordantes com a presença de depressão.

Os resultados dos sujeitos com ansiedade generalizada indicaram uma média de 17.10 no primeiro momento e de 14.97 no segundo momento. Assim, verificámos a presença de depressão ligeira em ambos os momentos ou de depressão moderada se considerarmos a classificação proposta por Beck e Beamesderfer, uma vez que o intervalo varia entre 14 e 20 pontos.

A média registada pelos sujeitos sem alteração psicopatológica foi de 3.96 com resultados, variando entre um mínimo de 0 e máximo de 11 pontos e a remeter para uma ausência de depressão.

Ao compararmos os resultados obtidos no Hamilton e no BDI, no grupo de sujeitos deprimidos e no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada, pudemos verificar diferenças entre estes instrumentos de medida. Em ambos os grupos e em ambos os momentos, observámos que os valores médios registados no Hamilton foram em todos os casos inferiores aos registados no BDI. Este aspecto remeteu para a diferença entre uma medida de depressão de hetero-avaliação (Hamilton) e uma medida de auto-avaliação (BDI). Tal facto, já estudado anteriormente verificou-se também nesta investigação. Desta forma, constatámos que os sujeitos dos grupos clínicos sobrevalorizam tendencialmente a sintomatologia depressiva. Este aspecto seria concordante como por exemplo, com o pessimismo presente nestes sujeitos que levaria a uma interpretação com uma ressonância emocional mais negativa dos seus sintomas. Importa mencionar que os esquemas precoces desadaptativos dos sujeitos uma vez activados, poderiam ter contribuído para a sobrevalorização dos sintomas depressivos. Estes esquemas precoces desadaptativos hipervalentes ao serem activados, conduziriam a um enviesamento sistemático do processamento da informação.

No **Inventário Estado-Traço de Ansiedade (STAI)**, nos sujeitos deprimidos a Ansiedade Estado registou um valor médio de 54.27 e a Ansiedade Traço uma média de 54.21. A presença de valores elevados no STAI, estado e traço, remetem para a presença de ansiedade psíquica associada ao diagnóstico principal de depressão maior. Tal aspecto poder-se-á traduzir em irritabilidade, agitação psicomotora, ou até a própria tensão emocional inerente à participação nesta investigação, tendo impacto na forma como se estavam a sentir, dado que constituíam questões sensíveis que remetiam para as suas problemáticas. A Ansiedade Traço, por sua vez, pelos seus valores elevados pode ser congruente com os traços de personalidade que caracterizam os sujeitos e, expectável na presença de depressão indo ao encontro dos estudos de Silva e Spielberg (1983, 2007). Os valores elevados obtidos na *Ansiedade Traço* poderiam estar associados a características da própria escala, uma vez que avalia aspectos como o afecto de ressonância emocional negativa. Tal como o STAI-Traço, encontramos outras escalas utilizadas em investigação com esta característica, como por exemplo a PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988). Os valores elevados obtidos poderiam também estar relacionados com a influência dos esquemas precoces desadaptativos, tais como os esquemas ligados à autonomia e desempenho deficitários ou com a hipervigilância e inibição, sendo congruentes com o aumento da ansiedade.

Nos sujeitos com ansiedade generalizada constatámos, que este grupo apresentou valores médios inferiores ao grupo de sujeitos deprimidos. A média na ansiedade de estado foi de 47.67 e na ansiedade de traço de 48.87. Importa mencionar que o estudo de aferição da escala para população portuguesa (Santos e Silva, 1997), apresenta valores médios de outras investigações realizadas em que se pode constatar que nas perturbações da ansiedade, as médias eram inferiores comparativamente às perturbações depressivas. Este aspecto também se verificou nesta investigação.

O terceiro grupo do nosso estudo, sujeitos sem alterações psicopatológicas, foi como era esperado, o grupo que apresentou médias mais baixas em comparação com os restantes grupos em estudo. A própria presença destes valores (Estado,  $M=33.56$  e Traço,  $M=36.31$ ) poderá estar associado à tensão emocional e não constituir por si só uma perturbação de ansiedade. A presença desta tensão emocional seria concordante com o facto dos sujeitos se encontrarem numa situação de avaliação, levando a que os valores de ansiedade pudessem estar aumentados.

Na **Escala de Vinculação do Adulto (EVA)**, observámos que os dois grupos clínicos apresentaram médias associadas a estilos de vinculação do tipo inseguro. Os sujeitos deprimidos apresentaram na dimensão *Ansiedade* uma média de 3.11, remetendo para as dificuldades destes sujeitos nas suas relações afectivas significativas. Este resultado indica que este grupo era constituído por indivíduos cujo grau de ansiedade nas suas relações é elevado. Simultaneamente

seriam sujeitos que se caracterizam por uma preocupação e medo de abandono ou rejeição, e de serem mal-amados por parte dos outros. A dimensão *Confiança nos Outros* obteve uma média de 2.86, i.e., uma carência de competências do ponto relacional que não foram adquiridas durante a sua infância, concordantes com a dificuldade de confiar nos outros. Estes indivíduos apresentam um elevado grau de dependência e acreditam que os outros estão pouco presentes, sobretudo em momentos de necessidade. A dimensão *Conforto com a Proximidade* registou uma média de 3.04, reflectindo a capacidade de estar com os outros. Sentem-se confortáveis nas relações com os outros. Os resultados observados encontram-se relacionados com os esquemas precoces desadaptativos dos sujeitos. Assim, experiências iniciais disfuncionais com as figuras de vinculação levariam ao desenvolvimento de esquemas precoces desadaptativos, que teriam influência nas relações do sujeito na vida adulta. Desta forma, os resultados elevados obtidos estariam relacionados com os esquemas definidos por Young e colaboradores (2003), i.e., esquemas que remetem para a desconexão e rejeição e, orientação para o outro. De um modo geral, estas relações significativas do tipo inseguro interfeririam ao nível da regulação emocional, como por exemplo a auto-eficácia ou auto-estima. A interferência ao nível da regulação emocional poderia conduzir a um reforço dos esquemas precoces do sujeito e, por sua vez à manutenção do ciclo depressivo.

No grupo de sujeitos com ansiedade generalizada a dimensão *Ansiedade* registou, comparativamente aos sujeitos deprimidos, uma média inferior ( $M=2.81$ ). Por sua vez foi na dimensão *Confiança nos Outros* que observámos o valor mais elevado ( $M=3.22$ ), indicando que à semelhança dos sujeitos deprimidos também os sujeitos com ansiedade generalizada apresentaram características de indivíduos com dificuldades nas relações próximas e significativas. Este aspecto seria concordante a avaliação dos sujeitos das suas relações interpessoais, uma vez que poderiam ter sobrevalorizado a falta de disponibilidade dos outros face às suas necessidades. Em sujeitos ansiosos é relativamente frequente existir uma avaliação mais negativa das suas relações significativas associado a um sentimento de insatisfação com as mesmas. Na dimensão *Conforto com a Proximidade*, a média foi de 3.17. Dado que optámos por uma classificação dimensional da escala podemos verificar que os sujeitos com ansiedade generalizada apresentam algum conforto com a proximidade, levando-nos a afirmar, que apesar das dificuldades sentidas e de percepcionarem negativamente as suas relações significativas, ambicionam e desafiam-se para conseguirem relacionar-se com os outros de forma adaptativa e saudável, estando a sua ansiedade a dificultar tal estado.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica são os que apresentaram o valor mais baixo na dimensão *Ansiedade* ( $M=1.98$ ), seguido da dimensão *Confiança nos Outros* ( $M=3.01$ ), e a dimensão *Conforto com a Proximidade* ( $M=3.51$ ). Os resultados encontrados remetem para sujeitos com relações

significativas associadas ao estilo de vinculação seguro. As suas relações estabelecidas na infância levam-nos a considerar, que estas promoveram a confiança e segurança no próprio. São sujeitos que se caracterizam por uma facilidade no estabelecimento de relações com os outros, confiança e ausência de dependência nestas mesmas relações afectivas significativas. De um modo geral, estes sujeitos apresentam uma maior facilidade no estabelecimento e aproximação aos outros.

No **Questionário de Esquemas de Young**, foram os sujeitos deprimidos que apresentaram a média mais elevada no total do questionário de esquemas ( $M=375.27$ ). Os sujeitos deprimidos apresentaram como mais prevalentes os esquemas *Perda Emocional*, *Isolamento Social* e *Auto-Sacrifício*. Estes resultados remeteriam para padrões cuja orientação é dirigida ao outro, numa postura de passividade e inibição das suas próprias vontades. A orientação para o outro e passividade com o próprio estaria relacionado com o receio de serem rejeitados pelo outro, numa procura constante de aprovação e aceitação nas suas relações interpessoais. Com uma menor expressão encontrava-se o esquema *Padrão Rígido* que se distanciava consideravelmente dos outros esquemas, relacionando-se com o facto de este esquema remeter para o próprio e para a rigidez na concretização das suas vontades, com dificuldade em aceitar uma resposta negativa dos outros quando pretende alcançar algo. Se por um lado, observámos resultados elevados em esquemas cuja orientação era para o outro, seria expectável que o esquema *Padrão Rígido* tenha apresentado valores mais baixos, uma vez que este esquema remetia para as suas próprias necessidades, que na depressão se encontram suprimidas em prol das necessidades dos outros. De um modo geral, a orientação para o outro em detrimento das suas próprias necessidades teria impacto nas relações significativas dos sujeitos e, relacionavam-se com os resultados observados na escala de vinculação. Estes aspectos surgiriam como factores de maior vulnerabilidade para a manutenção da depressão.

Os sujeitos com ansiedade generalizada registaram um total de esquemas com uma média de 310.87, valor inferior ao grupo de sujeitos deprimidos. Este valor seria concordante com o facto de nos sujeitos com ansiedade generalizada, não se verificar a presença de esquemas desadaptativos de forma tão acentuada, quando comparados com os sujeitos deprimidos. Não obstante, os esquemas mais prevalentes foram a *Vulnerabilidade*, *Padrão Rígido* e *Inibição Emocional*. Os resultados observados foram congruentes com características presentes nas perturbações de ansiedade, neste caso na perturbação de ansiedade generalizada, tais como a rigidez, medo que algo de mal aconteça e a racionalização. Os resultados registados demonstram que os sujeitos com ansiedade generalizada apresentaram valores inferiores neste questionário em comparação com os sujeitos deprimidos.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram valores muito inferiores aos restantes grupos. A média do total de esquemas foi de 205.27, valor este inferior às restantes médias dos

grupos. Os esquemas mais presentes foram o *Padrão Rígido*, *Défice de Auto-controlo* e *Deficiência*, embora todos os esquemas tenham apresentado uma baixa expressão. Observámos com menor prevalência o esquema *Medo de Perder o Controlo*. Estes resultados podem ser analisados como os padrões de funcionamento dos próprios sujeitos que se reflectiram nas suas respostas, no entanto, não podemos considerar como a presença de esquemas desadaptativos pelos valores baixos obtidos.

No **Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64)** o grupo de sujeitos deprimidos apresentou a média mais elevada na dimensão *Auto-Sacrifício*, seguido de *Não-Assertivo* e, *Complacente*. Dado que estamos perante um grupo de sujeitos com depressão era expectável que estas dimensões estivessem elevadas, uma vez que uma característica da depressão é a dificuldade que sentem nas suas relações interpessoais, representando uma postura mais passiva destes sujeitos. São sujeitos que ao nível das suas relações interpessoais se caracterizam por dificuldades em expressar as suas vontades em prol dos outros, relacionado com uma baixa auto-estima e segurança em si próprio.

Nos sujeitos com ansiedade generalizada foi igualmente a dimensão *Auto-Sacrifício* que registou a média mais elevada ( $M=13.33$ ), seguido da dimensão *Não-Assertivo* ( $M=12.77$ ) e *Complacente* ( $M=11.63$ ). Os sujeitos com ansiedade generalizada registaram as mesmas dimensões com médias mais elevadas que os sujeitos deprimidos, no entanto, em comparação com estes sujeitos obtiveram médias inferiores em todas as dimensões do questionário. Estes aspectos seriam concordantes com os resultados referentes às relações de vinculação obtidos pelos dois grupos clínicos. Assim, relações de vinculação que remetiam para o estilo de vinculação inseguro, bem como os esquemas desadaptativos resultantes, seriam concordantes com relações interpessoais disfuncionais. Na ansiedade generalizada e na depressão, verificam-se dificuldades nas relações interpessoais com origem nas suas relações significativas estabelecidas durante a infância, que por sua vez determinariam a formação dos esquemas precoces. Estes aspectos seriam congruentes com factores de risco para a origem e manutenção destas perturbações emocionais.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica registaram médias consideravelmente inferiores aos grupos clínicos. Não obstante, as duas dimensões mais assinaladas são coincidentes com os restantes grupos, ou seja o *Auto-Sacrifício* ( $M=10.23$ ) e *Complacente* ( $M=8.42$ ). Devemos ter em consideração o total do inventário cuja média foi 56.19, indicando que estes sujeitos apresentam dificuldades ao nível das suas relações interpessoais praticamente ausentes. Contrariamente aos dois grupos clínicos, os sujeitos sem alteração psicopatológica demonstraram apresentar menos dificuldades nas relações interpessoais, aspecto congruente com as suas relações de vinculação que apontavam no sentido de serem mais adaptativas.

*Análise e Discussão das Memórias Autobiográficas Voluntárias*

Proseguimos com a discussão da segunda parte dos resultados, i.e., resultados apurados na Tarefa de Memória Autobiográfica, referentes às memórias autobiográficas voluntárias.

*Valência Emocional dos Acontecimentos*

Os sujeitos deprimidos evocaram um maior número de acontecimentos de valência emocional negativa comparativamente aos acontecimentos de valências emocionais positiva e neutra. Observámos também que foram evocados mais acontecimentos quando a palavra estímulo era de valência emocional negativa. Estes resultados confirmam a nossa segunda hipótese, i.e., os sujeitos deprimidos evocaram mais acontecimentos de valência emocional negativa, em comparação aos sujeitos com ansiedade generalizada e aos sujeitos sem alteração psicopatológica. Estes resultados reflectem o enviesamento cognitivo que ocorre na memória na recuperação da informação, inerente a um pessimismo presente na depressão. Adicionalmente, o enviesamento cognitivo estaria relacionado com os esquemas precoces dos sujeitos, levando por exemplo a sentimentos de inadequação, ineficácia. As distorções da memória presentes na depressão vão ao encontro da tríade cognitiva de Beck, em que existe uma visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro. O processamento da informação desadaptativo estaria também associado ao que Beck designou por erros cognitivos, i.e., interpretações erróneas por parte do sujeito reforçariam o ciclo depressivo. Todavia, importa mencionar que os pensamentos negativos que advêm de erros cognitivos seriam resultantes do estado emocional do sujeito. Assim, estes aspectos seriam concordantes com a importância do papel da emoção na cognição, nomeadamente no processamento da informação.

A dificuldade no acesso a informação referente a acontecimentos de valência emocional positiva, seria resultante do enviesamento cognitivo que ocorre na depressão e estaria associado aos esquemas precoces desadaptativos do sujeito. O enviesamento cognitivo reforça a ideia da influência da severidade da depressão no processamento da informação e na dificuldade em evocar acontecimentos de valência emocional positiva. Na depressão os esquemas hipervalentes que se encontram activados surgem como bloqueadores na evocação de acontecimentos com uma valência emocional diferente e não congruente com o esquema.

Na continuação da análise foi-nos possível apurar que também os sujeitos com ansiedade generalizada evocaram um maior número de acontecimentos de valência emocional negativa em comparação com os acontecimentos de valências emocionais positiva ou neutra. Este facto, levou-nos a verificar que o enviesamento negativo da memória ocorre em diversos quadros clínicos de alteração psicopatológica. Estes dados corroboram diversos estudos como é o exemplo de Cláudio (2004) e Cláudio, Aurélio e Machado (2011). Os estudos referidos encontraram não só diferenças no grupo com depressão major, como encontraram também no grupo de sujeitos com perturbação de ataques de pânico. Assim, podemos afirmar que também na perturbação de ansiedade generalizada se verificou o enviesamento negativo da memória, i.e., o processo de evocação ocorre de forma desadaptativa, o que nos permite afirmar que este enviesamento mnésico ocorre noutras alterações psicopatológicas.

Por fim, os sujeitos sem alteração psicopatológica foram os que evocaram um maior número de acontecimentos de valência emocional positiva comparativamente aos acontecimentos de valência emocional negativa e neutra. O processo de codificação da informação ocorreria de forma adaptativa de acordo com os esquemas do *self*. Assim, a própria recuperação de informação de valência emocional positiva, estaria em linha com a sua codificação e seria facilitada pelo estado emocional do sujeito. Neste grupo de sujeitos a informação de valência emocional positiva não seria bloqueada, ao contrário do que se verificou nos dois grupos clínicos. Este aspecto permitiu-nos constatar que na ausência de alteração psicopatológica os esquemas precoces latentes permitiam o acesso à evocação de acontecimentos de outras valências emocionais.

#### *Tempo de Latência*

Os sujeitos deprimidos registaram um maior tempo de latência nas palavras estímulo de valência emocional neutra, com uma média de 64.82 segundos, seguido das palavras estímulo de valência emocional positiva e das palavras estímulo de valência emocional negativa. Este aspecto pode estar relacionado com uma incapacidade de discriminar um acontecimento seja de valência emocional negativa ou de valência emocional positiva. Os sujeitos deprimidos perante palavras estímulo de valência emocional não neutra demonstraram dificuldade em encontrar na informação armazenada, acontecimentos que fossem concordantes com o seu estado emocional, bem como com os seus esquemas de funcionamento. Os sujeitos deprimidos apresentaram, de um modo geral tempos de resposta significativamente aumentados, concordante com a maior lentificação característica da depressão. Todavia, importa mencionar que o facto de terem sido registados

tempos de latência mais elevados nas palavras estímulo de valência emocional neutra, remete para a dificuldade em encontrar informação com emoção.

Nos sujeitos com ansiedade generalizada ao contrário dos sujeitos deprimidos, o tempo de latência nas palavras estímulo valência emocional neutra foi o mais baixo, verificando-se o tempo mais elevado nas palavras estímulo valência emocional positiva ( $M=48.97$ ). Podemos relacionar os resultados, com uma maior capacidade de discriminação do material mnésico e com o facto destes sujeitos poderem ter sido mais impulsivos nas respostas, aspecto concordante com a tensão emocional característica da ansiedade generalizada. A própria situação avaliativa pode ter conduzido a um aumento da ansiedade de desempenho relacionado com a exposição e, que os sujeitos podem ter avaliado como um momento de maior stress. Este resultado poderia estar relacionado com uma maior impulsividade nas respostas provocada pela ansiedade.

No grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica obtivemos um maior tempo de latência nas palavras estímulo valência emocional negativa ( $M=28.35$ ), tal aspecto pode dever-se à dificuldade em aceder a acontecimentos de valência emocional negativa. O resultado observado foi significativamente inferior em comparação com os resultados registados nos dois grupos clínicos. Na ausência de alteração psicopatológica, o processo de evocação da informação ocorre de forma mais adaptativa, existindo uma maior capacidade de discriminação da informação armazenada. Este aspecto seria concordante com a influência de os esquemas precoces latentes durante o processo de codificação da informação, que durante a evocação permitiriam o acesso a acontecimentos de outras valências emocionais. Os resultados demonstraram que este grupo de sujeitos apresentou um tempo de latência mais elevado nas palavras-estímulo de valência emocional negativa. Podemos relacionar este resultado, com o facto de ter existido uma dificuldade em encontrar um acontecimento armazenado na memória congruente com esta valência emocional.

Relativamente aos tempos de latência encontrados nos três grupos em estudo, podemos levantar a hipótese de que o estado emocional dos sujeitos no momento da avaliação influenciou o processo de procura da informação armazenada na memória. Os resultados observados reforçam a ideia de que na presença de perturbações emocionais, existem alterações no processamento da informação que se relacionam com o próprio estado emocional do sujeito e com os seus esquemas hipervalentes. Podemos afirmar que, para além do estado emocional, a própria intensidade da emoção exerce influência na evocação de um acontecimento, uma vez que o processo cíclico de procura de informação na memória acaba por ser bloqueado pela emoção, por forma a evitar o acesso a acontecimentos emocionalmente dolorosos para o sujeito. Desta forma, a hipótese de que a emoção precede a cognição verificou-se nesta investigação, uma vez que nos grupos clínicos existiu uma maior dificuldade no acesso à informação. De mencionar também que os resultados

observados nos grupos clínicos podem estar relacionados com um possível esquecimento, i.e., o processo de evocação pode ter sido bloqueado (Bjork, 1989), como forma de evitamento do acesso a informação dolorosa. Na depressão existe uma procura de informação congruente com o estado emocional do sujeito bem como do seu humor, i.e., existiria o acesso a acontecimentos de valência emocional negativa em detrimento de uma supressão de acontecimentos com valências emocionais diferentes (positiva ou neutra). Este aspecto foi observado na investigação de Cláudio (2004).

### *Tipo de Memória Evocada*

No que respeita ao tipo de memória, os sujeitos deprimidos evocaram mais acontecimentos alargados ( $M=11.36$ ), i.e., referentes a acontecimentos mais gerais, concordante com uma dificuldade na discriminabilidade da informação armazenada na memória. Os acontecimentos específicos foram os que registaram o segundo valor mais elevado ( $M=5.85$ ), embora bastante afastado do valor dos acontecimentos alargados. Importa mencionar que este grupo foi o que obteve a média mais baixa nos acontecimentos específicos. Os resultados encontrados encontram-se na mesma linha do modelo SMS preconizado por Conway e Pleydell-Pearce (2000), abordado no Capítulo III. Nesta linha, nos sujeitos deprimidos a preferência por informação mais geral, serviria como bloqueadora no acesso a acontecimentos com carga emocional intensa e dolorosa e poderiam ter um impacto negativo no *self*. Tal como era expectável, as *associações semânticas*, com uma média de 3.82 foi a mais elevada quando comparada com os sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica. Tal como é característico na depressão, existe uma dificuldade em aceder à memória em si, evocando apenas factos autobiográficos que não passam de informação genérica sem qualquer relação a um acontecimento de valência emocional. Este aspecto seria concordante com o papel dos esquemas precoces e da emoção que bloqueariam o acesso a informação com conteúdo emocional doloroso para o sujeito.

Os sujeitos com ansiedade generalizada apresentaram valores idênticos aos sujeitos deprimidos. Foi interessante verificar que comparativamente aos sujeitos deprimidos, evocaram um menor número de memórias alargadas e um maior número de memórias específicas reflectindo capacidade para a discriminação da informação. Este aspecto remeteria para a ideia que a generalização da memória autobiográfica não ocorre em todos os quadros psicopatológicos.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica, por sua vez, evocaram mais acontecimentos específicos comparativamente aos dois grupos clínicos. O tipo de memória associado à valência emocional positiva, leva-nos a verificar que estes sujeitos conseguem evocar não só acontecimentos

de valência emocional positiva, como estes acontecimentos são específicos. Tal como havíamos mencionado anteriormente, os processos de codificação e evocação ocorreriam de forma adaptativa com base nos esquemas precoces e emoções dos sujeitos. Concordante com o trabalho de Williams e Dritschel (1992), nos sujeitos sem alteração psicopatológica não se verificou um erro no processo de evocação que seria frequente em populações clínicas.

#### *Acontecimentos por Palavra*

Os sujeitos deprimidos evocaram um maior número de acontecimentos na palavra *Doença* seguido da palavra *Alegria*. As palavras com o maior número de acontecimentos evocados remetem para valências emocionais diferentes, negativa e positiva respectivamente. Todavia, na palavra *Alegria*, a média poderá estar aumentada associada à evocação de acontecimentos de valência emocional negativa. Assim, nos sujeitos deprimidos pode ter existido uma tendência para a evocação de acontecimentos de valência emocional negativa numa palavra-estímulo positiva, neste caso a palavra *Alegria*.

Os sujeitos com ansiedade generalizada evocaram um maior número de acontecimentos nas palavras-estímulo *Doença* e *Tristeza*, palavras-estímulo de valência emocional negativa.

Nos sujeitos deprimidos observámos que as palavras com médias mais elevadas pertenciam a palavras estímulo de valências emocionais diferentes, i.e., nas palavras *Alegria* e *Tristeza*. Ao termos observado palavras-estímulo de valência emocional positiva com as médias mais elevadas, remete para o facto de ter existido o possível acesso a informação diferente da valência emocional destas palavras estímulo. Este resultado leva-nos a considerar que tenha existido um acesso a acontecimentos de valência emocional negativa, congruentes com os esquemas hipervalentes activados em detrimento da valência emocional da palavra.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram maior expressão na palavra-estímulo *Alegria*, com a evocação de acontecimentos de vida de valência emocional positiva, tais como aniversários ou nascimento de um filho. Concordante com o referido anteriormente, os processos de codificação e evocação ocorreriam de forma adaptativa e seriam igualmente congruentes com o estado emocional do sujeito, uma vez que teriam mais capacidade em discriminar informação concordante com a valência emocional da palavra apresentada.

### *Categorias dos Acontecimentos Evocados*

As categorias com maior expressão referentes aos conteúdos das memórias, foram idênticas nos três grupos, i.e., acontecimentos relativos a *Família, Pessoa, Objectos/Locais* e *Hospital/Doença*.

Os sujeitos deprimidos evocaram um maior número de acontecimentos relacionados com *Família* e *Objectos/Locais*, seguido das categorias *Hospital/Doença* e *Pessoa*.

O grupo de sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica evocaram um maior número de acontecimentos relacionados com *Objectos/Locais*, seguido de *Pessoa, Família* e *Hospital/Doença*.

### *Localização Temporal dos Acontecimentos Evocados*

A maioria das memórias evocadas pelos três grupos ocorreram nos últimos cinco anos, seguido do intervalo entre cinco e dez anos. Este aspecto seria concordante com a presença de acontecimentos mais recentes que, por sua vez, podem ser mais vividos e conter uma intensidade emocional mais elevada. De mencionar também o possível efeito de esquecimento de acontecimentos mais antigos pode ter conduzido à prevalência de acontecimentos mais recentes.

### *Relação entre Memórias Autobiográficas Voluntárias e Restantes Escalas*

Analisámos também as memórias autobiográficas voluntárias com os restantes instrumentos de avaliação.

No que concerne aos três índices do BSI, observámos no grupo de sujeitos deprimidos relações significativas positivas. Observámos uma relação significativa positiva entre o *Índice Geral de Sintomas* e o *Índice de Sintomas Positivos* com os *Acontecimentos Evocados de Valência Emocional Negativa*, indicando que a presença desta alteração psicopatológica se associa a uma alteração no processo de evocação com a recuperação de informação de valência emocional negativa. Este resultado seria concordante com o enviesamento mnésico presente nesta perturbação emocional, que contribuiriam para a manutenção da depressão, na medida em que existiria uma dificuldade em aceder a material mnésico com uma ressonância emocional diferente.

O grupo de sujeitos com ansiedade generalizada apresentou uma relação significativa negativa entre o *Índice Geral de Sintomas* e os *Acontecimentos Evocados de Valência Emocional Neutra*, o que nos indica que à medida que existe um menor grau de alteração psicopatológica também os acontecimentos de valência emocional neutra foram inferiores.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica apresentaram correlações significativas negativas entre o *Índice Geral de Sintomas* e o *Total de Sintomas Positivos* com os *Acontecimentos Evocados com Palavras de Valência Emocional Positiva*. O *Índice Geral de Sintomas* relacionou-se de forma estatisticamente e no sentido positivo com o *Tempo de Latência nas Palavras de Valência Emocional Positiva*.

O grupo de sujeitos deprimidos registou uma relação significativa positiva entre a Ansiedade Traço e o *Tempo de Latência nas Palavras Neutras*. Tal como referimos anteriormente, a Ansiedade Traço da escala STAI avalia os afectos que remetem para uma ressonância emocional negativa no sujeito. Assim, o resultado observado seria concordante com o facto do *Tempo de Latência nas Palavras Neutras* aumentar com a Ansiedade Traço, uma vez que os sujeitos apresentariam dificuldade em discriminar acontecimentos de valência emocional, na medida em que as palavras de valência emocional neutra teriam menor ressonância emocional para o sujeito.

Verificámos que os sujeitos com ansiedade generalizada apresentaram uma relação significativa negativa entre o BDI e o Hamilton com o *Total de Acontecimentos Evocados*, *Acontecimentos Evocados de Valência Emocional Positiva* e com os *Acontecimentos Evocados com Palavras de Valência Emocional Neutra*. Desta forma, resultados mais baixos ao nível da sintomatologia depressiva estão associados a uma diminuição dos acontecimentos de valência emocional positiva. Este resultado remete para, na presença de alteração psicopatológica, existir uma preferência pela evocação de acontecimentos de valência emocional negativa, que seriam congruentes com os seus esquemas precoces hipervalentes. O Hamilton relacionou-se significativamente no sentido negativo com o *Tempo de Latência nas Palavras de Valência Emocional Neutra*. Constatámos igualmente no sentido negativo uma relação significativa entre a Ansiedade Estado e os *Acontecimentos Alargados*.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica obtiveram relações correlações significativas negativas a Ansiedade Estado e a Ansiedade Traço e o *Tempo de Latência nas Palavras de Valência Emocional Positiva*. Quanto menores os níveis de ansiedade, maior a facilidade na discriminação da informação armazenada, justificando a diminuição no *Tempo de Latência nas Palavras Positivas*. O BDI e a Ansiedade Traço relacionou-se de forma significativa e no sentido positivo com o *Tempo de Latência nas Palavras de Valência Emocional Neutra*. Tal como referimos para o grupo de sujeitos

deprimidos, também neste grupo o *Tempo de Latência nas Palavras de Valência Emocional Neutra* poderia aumentar perante dificuldade em encontrar um acontecimento com conteúdo emocional, aumentando de igual modo a ansiedade provocada pela própria avaliação. Tal como mencionámos atrás, as palavras de valência emocional neutra teriam uma menor ressonância emocional para estes sujeitos.

Nos sujeitos deprimidos verificámos relações significativas no sentido negativo entre os diferentes factores em análise da Tarefa de Memória Autobiográfica e os esquemas. Assim observámos relações entre o *Total de Acontecimentos Evocados* e os *Acontecimentos Evocados de Valência Emocional Negativa* com dois esquemas. Os *Acontecimentos Evocados com Palavras de Valência Emocional Negativa* com quatro esquemas. Os *Acontecimentos Evocados com Palavras de Valência Emocional Neutra* registaram relações significativas com dois esquemas. Observámos ainda que os *Acontecimentos Alargados* se relacionavam com três esquemas e com o *Total de Esquemas*. Na mesma linha dos sujeitos deprimidos, os sujeitos com ansiedade generalizada e os sujeitos sem alteração psicopatológica apresentaram também relações significativas negativas entre alguns factores de análise da Tarefa de Memória Autobiográfica e os esquemas. A excepção foi verificada no *Tempo de Latência nas Palavras de Valência Emocional Positiva* que se relacionou com um esquema. Assim, a terceira hipótese é infirmada, uma vez que nos sujeitos deprimidos não observámos uma relação entre a evocação de acontecimentos de valência emocional negativa e os esquemas precoces desadaptativos.

Os sujeitos deprimidos apresentaram relações significativas negativas entre os *Acontecimentos Alargados* e dimensões da EVA, designadamente a *Ansiedade* e a *Confiança nos Outros*. O factor *Confiança nos Outros* apresentou uma relação significativa com os *Acontecimentos Evocados com Palavras de Valência Emocional Neutra*. O *Conforto com a Proximidade* relacionou-se significativamente com os seguintes factores – *Total de Acontecimentos Evocados*, *Total de Acontecimentos Evocados com Palavras de Valência Emocional Negativa* e *Total de Acontecimentos Evocados com Palavras de Valência Emocional Positiva*. Assim, rejeitamos a quarta hipótese que preconizava que os sujeitos deprimidos apresentariam uma relação entre a evocação de acontecimentos de valência emocional negativa e dimensões associadas a um estilo de vinculação inseguro.

Após a análise de resultados das memórias autobiográficas voluntárias e as escalas clínicas, importa referir que a nossa primeira hipótese é confirmada, que remetia para o facto dos três grupos em estudo apresentarem diferenças significativas nas memórias autobiográficas, esquemas precoces desadaptativos, vinculação e relações interpessoais

Nesta investigação tentámos verificar quais as variáveis determinantes e qual a sua relação para a génese e manutenção da depressão e, constatámos uma significância para as variáveis *Total de Acontecimentos Negativos Evocados*, *Total do Questionário de Esquemas*, *Índice Geral de Sintomas*, *Tempo de Latência nas Palavras Neutras*.

Neste seguimento o *Total de Acontecimentos Negativos Evocados* foi a variável que apresentou maior prevalência com 80.7% de maior probabilidade de serem do grupo de sujeitos deprimidos, concordante com o enviesamento cognitivo da memória presente nesta perturbação emocional. Observámos que o *Total do Questionário de Esquemas* contribuiu para a explicação de ser uma variável determinante para a depressão, parecendo contribuir para a génese e manutenção do estado depressivo do sujeito, na medida em que conduz ao enviesamento mnésico que reforça o estado emocional do sujeito. De igual modo, o *Índice Geral de Sintomas* e o *Tempo de Latência nas Palavras de Valência Emocional Neutra* surgiram como variáveis de maior peso, em que a primeira reflecte a presença de psicopatologia confirmado pelos resultados obtidos nas escalas clínicas e, a segunda variável mencionada remete para a lentificação cognitiva característica da depressão.

O *Total de Acontecimentos de Valência Emocional Negativa Evocados* surge como variável com maior prevalência, congruente com o processamento da informação disfuncional, relacionando-se com a activação de esquemas precoces desadaptativos de base. Apesar da nossa terceira hipótese ter sido infirmada anteriormente, ao aprofundarmos a análise destas variáveis nos sujeitos deprimidos, a hipótese deve ser considerada parcialmente aceite, uma vez que os acontecimentos de valência emocional negativa e os esquemas surgem como variáveis determinantes na depressão. Os esquemas desadaptativos e a evocação de acontecimentos de valência emocional negativa acabariam por se reforçarem de forma bilateral. Desta forma, conduziriam também ao reforço do ciclo depressivo com impacto nas crenças nucleares do sujeito, no próprio *self* e nas suas relações interpessoais.

#### *Análise e Discussão das Memórias Autobiográficas Involuntárias*

Iniciámos a análise das memórias autobiográficas involuntárias com a descrição das diferentes variáveis analisadas.

No que concerne ao local onde os sujeitos se encontravam no momento da evocação, constatou-se que a categoria *Casa* era idêntica nos sujeitos deprimidos e sujeitos com ansiedade

generalizada. Em termos globais as categorias mais assinaladas foram as mesmas nos três grupos, i.e., a categoria *Casa* e *Cinema*. Verificámos que os locais mais assinalados poderiam estar associados, a locais em que poderia existir maior actividade mnésica. Ao observarmos os resultados em termos globais, constatámos que ora se encontravam em casa remetendo para o possível isolamento, ora se encontravam num local que geralmente envolve a presença de outra pessoa.

Relativamente à actividade desempenhada pelos sujeitos foi *Conversar* com valores mais elevados nos sujeitos com ansiedade generalizada, e sujeitos sem alteração psicopatológica, quando comparados com os sujeitos deprimidos. Dado que esta actividade implica uma outra pessoa, podemos atribuir o valor mais baixo ao isolamento e desligamento característicos da depressão. A título de exemplo no grupo de sujeitos com depressão major, os que referiram estar em *Casa*, encontrava-se a *Ver Televisão*, a realizar *Actividades Domésticas*, e a *Comer* ou *Beber*. Observámos que nos sujeitos deprimidos, a recuperação do acontecimento ocorreu quando se encontravam a desempenhar actividades solitárias, i.e., são sujeitos que se encontram mais isolados e com dificuldades na relação com o outro, ou devido ao isolamento conduzia a um aumento da actividade mnésica.

Para os três grupos o acontecimento evocado surgiu com ausência de um pensamento associado para a recuperação espontânea da memória. Em todos os grupos, e na presença de pensamento associado, as categorias *Família* e *Infância/Adolescência* foram as que apresentaram maior consistência entre os participantes. A categoria *Emoções/Sentimentos* foi apenas consistente no grupo de sujeitos com depressão major, concordante com o foco no estado emocional dos próprios sujeitos e com a própria severidade da depressão, existindo uma dificuldade em se distanciar da sua perturbação emocional. A categoria *Trabalho/Universidade* foi consistente no grupo de sujeitos sem alteração psicopatológica e, a categoria *Objectos/Locais* nos sujeitos deprimidos e nos sujeitos sem alteração psicopatológica. Ainda de referir que as categorias *Actividades de Lazer* e *Passado* foram consistentes nos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica. A categoria *Pessoa* foi apenas consistente nos sujeitos sem alteração psicopatológica, remetendo para relações interpessoais adaptativas, uma vez que a memória surgiu quando se encontravam a pensar numa outra pessoa.

Os sujeitos deprimidos mencionaram com maior valor percentual que a sua memória era referente a um acontecimento específico das suas vidas (63.38%). Aspecto também verificado pelos sujeitos com ansiedade generalizada. Este aspecto difere dos resultados observados na evocação de memórias autobiográficas voluntárias, discutidos anteriormente. Desta forma, verificámos que processos de evocação associativos presentes na recuperação de memórias autobiográficas involuntárias, facilitam o nível de especificidade do acontecimento.

Relativamente à variável *Atenção*, verificámos que os sujeitos deprimidos foram os que mencionaram estar com a atenção menos focada no momento da recuperação do acontecimento. O resultado observado seria concordante com várias investigações (Berntsen, 1998; Johannessen & Berntsen, 2010; Kvavilashvili & Mandler, 2004; Rasmussen & Berntsen, 2011). Estes trabalhos já referidos no Capítulo V desta investigação remetem para um estado de atenção difusa no momento da evocação. Desta forma, o facto de apenas nos sujeitos deprimidos se ter verificado a *Atenção* estar menos focada, poderia estar relacionada com a actividade que se encontravam a desempenhar no momento da evocação, i.e, actividades mais automáticas como actividades domésticas e comer ou beber, tal como mencionámos anteriormente. A própria actividade de ver televisão também assinalada por este grupo de sujeitos remete para um estado de atenção mais difuso. Estes resultados são corroborados pelos trabalhos de Kvavilashvili e Mandler (2004) e de Schlagman, Kvavilashvili e Schulz (2007). Adicionalmente, este poderá ser reflexo da disfunção executiva associada à depressão major.

Os sujeitos deprimidos foram os que registaram o *Humor* prévio ao acontecimento de valência emocional negativa. Este resultado era esperado, uma vez que seria concordante com a severidade da depressão apresentada pelos sujeitos, igualmente observada nos resultados obtidos nas escalas clínicas.

No que respeita à *Vividez*, *Recorrência* e *Intensidade*, observámos que os sujeitos deprimidos obtiveram resultados significativamente superiores em comparação com os restantes grupos em estudo. Este aspecto poderia estar relacionado com o próprio estado emocional do sujeito que levaria a que os acontecimentos evocados tivessem sido mais vívidos, recorrentes e intensos. Os sujeitos deprimidos registaram valores mais baixos na variável *Comum* em relação aos restantes grupos, no entanto, as diferenças entre os grupos não foram significativas. Não obstante, verificou-se a tendência para os acontecimentos evocados serem menos comuns ao sujeito.

Tal como era esperado, ao nível da *Valência* foram os sujeitos deprimidos que avaliaram as suas memórias autobiográficas involuntárias como tendo uma ressonância emocional de valência mais negativa. As diferenças foram significativas quando comparados com os restantes grupos em estudo. Assim, a severidade da depressão e o enviesamento cognitivo característico desta perturbação emocional, teve influência no modo como estes sujeitos avaliaram a valência dos acontecimentos recuperados. Este enviesamento cognitivo surge como factor de vulnerabilidade para a manutenção da depressão, uma vez os acontecimentos de valência emocional negativa reforçariam os esquemas hipervalentes do sujeito.

No grupo de sujeitos deprimidos, os acontecimentos evocados foram significativamente mais experienciados na *Perspectiva* do próprio sujeito, comparativamente aos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica. Os sujeitos ao observarem a sua memória em perspectiva, experienciaram-na como estando a reviver o acontecimento ao invés de uma perspectiva de observador do acontecimento. O resultado observado seria concordante com os resultados obtidos na *Vividez* e *Intensidade* da memória autobiográfica. Os sujeitos deprimidos ao considerarem experienciar a sua memória como na perspectiva do próprio, seria esperado que esta fosse também mais vívida e intensa. Estes aspectos levam-nos a considerar que estas características podem contribuir para a manutenção da depressão, uma vez que os acontecimentos evocados não se aproximam de uma perspectiva de observador. Existe uma dificuldade por parte dos sujeitos deprimidos em observar as suas memórias com um distanciamento suficiente que evite que evite ter impacto no seu estado emocional.

No que concerne às *Consequências*, *Identidade*, *História de Vida* e *Futuro*, foram os sujeitos deprimidos que registaram valores significativamente mais elevados em relação aos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica. Os sujeitos deprimidos consideraram que os acontecimentos evocados tiveram consequência nas suas vidas, tornaram-se parte da sua identidade e parte central da sua história de vida e, ainda que os acontecimentos tiveram efeitos no futuro do próprio. Estes aspectos relacionam-se com a tríade cognitiva de Beck, em que existe uma visão negativa de si, do mundo e do futuro. Os sujeitos deprimidos processam a informação referente ao passado de forma enviesada, levando a uma avaliação negativa e pessimista do impacto que o acontecimento evocado tem nas suas vidas. Assim, pudemos observar o papel que a memória exerce na génese e manutenção da depressão, uma vez que os sujeitos deprimidos alicerçados no passado vêm-se a si próprio, ao mundo e ao futuro com um impacto emocional negativo.

Em relação ao *Conteúdo da Memória*, verificámos que os acontecimentos evocados pelos sujeitos deprimidos, pertenciam maioritariamente às categorias *Família*, *Objectos/Locais* e *Eventos Stressantes*, remetendo a última para acontecimentos de valência emocional negativa. Os sujeitos com ansiedade generalizada evocaram mais acontecimentos das categorias *Relações Amorosas*, *Família*, *Actividades de Descanso ou Lazer* e *Pessoa*. Por sua vez, os acontecimentos evocados pelos sujeitos sem alteração psicopatológica incidiam em conteúdos referentes a *Objectos/Locais*, *Família* e *Escola/Universidade*.

A categoria *Família* foi transversal aos três grupos em estudo, embora os sujeitos deprimidos tivessem registado um valor significativamente superior em relação aos sujeitos com ansiedade generalizada. Importa mencionar que o conteúdo da memória ser referente a *Família*,

remete-nos para os próprios valores sócio-culturais dos sujeitos presentes na sua memória. De um modo geral é aceite que a população portuguesa tenha presentes valores ligados à família, assim independentemente da valência dos acontecimentos evocados, estes reflectiram de alguma forma os seus valores.

No grupo de sujeitos deprimidos o acontecimento evocado teve *Impacto no Humor* levando a que este ficasse *Pior* (53.9%). Os sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica mencionaram que o seu humor *Não Foi Influenciado* pela memória. Estes resultados são concordantes com o papel da emoção nas perturbações emocionais, especificamente na depressão. O acontecimento evocado ao levar a que o humor fique pior após a sua recuperação pode conduzir ao reforço das memórias de valência emocional negativa, remetendo-nos ao papel que desempenha na manutenção da depressão. Podemos ainda referir que os resultados obtidos são concordantes com o reforço da severidade da depressão.

A principal *Reacção Física* com o acontecimento evocado, mencionada pelos sujeitos deprimidos foi *Chorando*. O resultado obtido pelos sujeitos deprimidos é congruente com o seu estado de humor. Os sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica mencionaram *Sorrindo* como *Reacção Física* mais prevalente. Os sujeitos sem alteração psicopatológica foram os que apresentaram um valor percentual mais elevado na categoria *Sorrindo* distanciando-se consideravelmente dos dois grupos clínicos. Tal aspecto leva-nos a considerar que os sujeitos sem alteração psicopatológica processam a informação de forma mais adaptativa, associado à valência emocional dos acontecimentos. Não obstante, verificámos que a categoria *Sorrindo* foi também a mais prevalente nos sujeitos com ansiedade generalizada, concordante com o facto destes sujeitos terem evocado um maior número de acontecimentos de valência emocional positiva.

No que concerne às *Características do Meio Envolve* presentes no momento da evocação, constatámos que os sujeitos deprimidos mencionaram a categoria *Sentimento* como característica mais prevalente, seguido de *Pessoa* e *Local*. Este resultado foi baseado na análise da totalidade das características, ou seja, assinaladas individualmente ou combinadas com outras características. Estes aspectos reforçam a ideia de que na depressão existe um foco no seu estado emocional, i.e., o foco na forma como se sentem, conduziu à recuperação espontânea de um acontecimento. Nos sujeitos com ansiedade generalizada as três categorias mais assinaladas foram *Pessoa*, *Local* e *Sentimento*. Desta forma, ao contrário dos sujeitos deprimidos o foco encontrava-se em algo exterior ao próprio. Nos sujeitos sem alteração psicopatológica, as categorias mais prevalentes foram *Pessoa*, *Actividade* e *Local*, o que leva-nos a verificar que o estímulo era exterior a si.

As *Características do Meio Envolve*te diferiram nos três grupos, embora as categorias *Pessoas* e *Local* tivessem sido transversais aos três grupos em estudo. A investigação demonstra que os acontecimentos são maioritariamente evocados na presença de características externas (Berntsen, 1996; Berntsen, 2001; Berntsen & Hall, 2004). Estes estudos demonstraram de forma transversal que as características mais assinaladas foram *Objecto*, *Tema*, *Actividade* e *Pessoa*. Assim, na presente investigação observámos que na presença de perturbações emocionais a categoria *Sentimento* surge igualmente como categoria mais assinalada. Todavia, os sujeitos deprimidos apresentam maior expressão, sendo contrário aos resultados de investigações realizadas com populações não-clínicas. O facto dos sujeitos deprimidos mencionarem a categoria *Sentimento* como característica que originou a memória, leva-nos a considerar o impacto que a activação emocional tem no processamento da informação.

Ao analisarmos a *Recorrência* da memória evocada e a sua *Antiguidade* pudemos verificar que acontecimentos mais antigos apresentam uma maior *Recorrência* pelos dois grupos clínicos reflectindo uma recordação do seu passado. Era esperado que acontecimentos mais recentes apresentassem uma maior recorrência uma vez que seriam mais próximos no tempo, no entanto, este aspecto não se verificou nos dois grupos clínicos. Este resultado aponta para uma possível dificuldade em viver o momento presente existindo um foco num passado mais distante e impossibilidade em esquecer determinados períodos de vida. Os resultados encontrados nesta investigação são contrários aos observados nos trabalhos de Berntsen (1998), Berntsen e Hall (2004). Assim, no estudo com populações clínicas não se verifica que acontecimentos mais recentes sejam mais recorrentes, fornecendo dados importantes acerca do modo como os sujeitos processam a informação. Este aspecto remete-nos para a ideia de que existe um foco em acontecimentos alicerçados num passado mais distante e, conseqüente dificuldade em viver o momento presente.

No que concerne à *Recorrência* da memória evocada e a sua *Valência*, verificámos que os sujeitos deprimidos e sujeitos com ansiedade generalizada foram os que evocaram acontecimentos mais recentes de valência emocional neutra. Este aspecto apontava no sentido dos sujeitos das duas amostras clínicas recuperarem de forma mais recorrente, informação com menor impacto emocional no que respeita a acontecimentos mais recentes. Ao nível da *Valência* emocional negativa foram os sujeitos sem alteração psicopatológica que evocaram memórias tendencialmente mais antigas. Em relação à *Especificidade*, o facto de os acontecimentos serem ou não específicos não influenciou a antiguidade dos acontecimentos recuperados em nenhum dos três grupos em estudo.

Ao analisarmos se o acontecimento se referia a algo de *Comum* e a sua *Antiguidade*, verificámos que nos sujeitos com ansiedade generalizada as memórias mais recentes estão

relacionadas com acontecimentos *Fora do Comum* ou *Muito Fora do Comum*. Este resultado seria concordante com o facto de acontecimentos mais recentes remeterem para aspectos menos comuns para o sujeito, estando associado a uma possível dificuldade em viver o momento presente. Apenas se encontraram relações significativas no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada.

Nos sujeitos deprimidos verificou-se uma associação entre o *Humor Prévio* ao acontecimento evocado, a sua *Valência* e *Impacto no Humor*. Confirmando assim a existência da congruência do humor e o seu impacto no processamento da informação. Os resultados dos sujeitos deprimidos são concordantes no modo como a severidade da depressão influencia o estado do humor e consequente recuperação da informação, bem como no papel da evocação mnésica no reforço do ciclo depressivo.

Por outro lado, os sujeitos com ansiedade generalizada apenas apresentaram uma associação entre a *Valência* da memória e o *Impacto no Humor*.

Os sujeitos sem alteração psicopatológica apresentaram a mesma tendência dos sujeitos deprimidos embora com uma intensidade inferior, remetendo para o facto de processarem a informação de forma mais adaptativa e em congruência com o seu estado emocional.

Analisámos também a *Valência* e a *Intensidade* da memória, e verificámos apenas uma associação entre as variáveis nos sujeitos sem alteração psicopatológica, i.e., quanto mais intensas foram as memórias, mais positiva era a valência emocional. Prosseguindo, constatámos que os sujeitos deprimidos apresentam no global uma maior intensidade nos acontecimentos de valência emocional negativa, aspecto contrário ao encontrado nos sujeitos sem alteração psicopatológica. Os resultados são concordantes com o facto de acontecimentos com maior intensidade emocional serem igualmente considerados como acontecimentos mais intensos. Assim, remetendo para o facto do acontecimento evocado apontar no sentido da intensidade da emoção, aspecto que pode conduzir à manutenção da depressão.

Por forma a analisar a relação entre *Intensidade*, *Valência* e *Recorrência*, verificámos que os acontecimentos evocados pelos sujeitos deprimidos, ao serem mais recorrentes associavam-se a valências emocionais mais negativas e, do mesmo modo, memórias mais intensas eram igualmente mais recorrentes. Tal aspecto aponta para o papel da emoção bem como a sua intensidade no processamento da informação. Os acontecimentos de valência emocional negativa demonstraram ser mais recorrentes, levando-nos a constatar que a ruminação nestes acontecimentos reforça o estado de humor, contribuindo para a manutenção da depressão.

Nos sujeitos com ansiedade generalizada apenas se verificou uma associação entre a *Recorrência* e a *Intensidade*, ou seja, acontecimentos mais recorrentes associam-se a uma intensidade

mais elevada. Ao contrário dos sujeitos deprimidos, neste grupo de sujeitos não verificámos uma relação com a *Valência*. Assim, este aspecto seria concordante na forma como o estado de humor influencia o processamento da informação, aspecto esse que não se verificou na ansiedade generalizada. Desta forma, constatámos que as alterações mnésicas presentes nas perturbações emocionais, designadamente na depressão e na ansiedade generalizada, não ocorrem do mesmo modo.

Por último, os sujeitos sem alteração psicopatológica registaram uma associação entre acontecimentos mais recorrentes e acontecimentos de valência emocional positiva e, que acontecimentos mais recorrentes eram também mais intensos. Acresce referir que neste grupo, acontecimentos de valência emocional positiva remetem para uma intensidade aumentada. Este resultado aponta para um processamento da informação adaptativo.

De seguida, considerámos oportuno analisar se o facto de a memória ser ou não *Comum*, se associava à *Recorrência*, *Intensidade* e *Valência* desse acontecimento. Nos sujeitos deprimidos acontecimentos mais comuns são mais recorrentes e mais intensos. Embora não tenha sido possível observar uma associação entre o facto de ser um acontecimento *Comum* e a sua *Valência* emocional. De um modo global, as variáveis que pretendíamos analisar representavam 12.9% de valor explicativo do facto do acontecimento ser ou não *Comum*, em que apenas a *Recorrência* e a *Intensidade* surgiram como variáveis predictoras. Ao compararmos *Recorrência* e *Intensidade* observámos que a primeira tem maior peso sobre o facto da memória se referir a um acontecimento *Comum*.

#### *Análise e Discussão das Memórias Autobiográficas Involuntárias e Voluntárias*

Na comparação entre memórias autobiográficas involuntárias e voluntárias no que concerne à valência do acontecimento, verificámos que os sujeitos deprimidos não apresentaram diferenças significativas nos três tipos de valência. De um modo geral, os sujeitos deprimidos recuperam informação de valência emocional negativa, tanto na evocação de memórias autobiográficas involuntárias como voluntárias. Estes resultados vão de encontro à investigação de Watson e colaboradores (2012), em que os sujeitos deprimidos evocaram um maior número de memórias autobiográficas involuntárias referentes a acontecimentos de valência emocional positiva. Embora as diferenças na valência emocional positiva não serem significativas, os sujeitos deprimidos evocaram um maior número de acontecimentos de valência emocional positiva, na recuperação de informação de forma involuntária comparativamente à voluntária. O facto de nesta investigação, terem sido evocados mais acontecimentos de valência emocional negativa, tanto nas

memórias autobiográficas involuntárias como nas voluntárias, pode dever-se ao grau de severidade da depressão dos sujeitos da amostra bem como aos esquemas precoces desadaptativos que se encontram activados.

Nos sujeitos com ansiedade generalizada observámos que os acontecimentos de valência emocional negativa, foram significativamente superiores na evocação de memórias autobiográficas voluntárias. Por outro lado, os acontecimentos de valência emocional positiva foram significativamente superiores na evocação de memórias autobiográficas involuntárias. Os resultados observados nos sujeitos sem alteração psicopatológica foram idênticos aos sujeitos com ansiedade generalizada. Assim, o enviesamento cognitivo presente nas perturbações emocionais, designadamente na depressão e na ansiedade generalizada, não ocorre do mesmo modo perante processos de evocação diferentes.

No concerne à valência emocional positiva das memórias autobiográficas involuntárias e voluntárias, observámos que os três grupos em estudo evocaram um maior número de acontecimentos de forma involuntária nesta valência. Desta forma, confirmámos a nossa sétima hipótese, i.e., os sujeitos deprimidos evocaram mais acontecimentos de valência emocional positiva de forma involuntária em comparação com a evocação voluntária. Estes aspectos remetem para o facto de existir uma maior dificuldade em aceder a acontecimentos de valência emocional positiva, quando o processo de evocação ocorre de forma estratégica (voluntária) comparativamente ao processo de evocação associativo (involuntário). Porém, nos sujeitos deprimidos as diferenças encontradas não foram significativas. Tal facto leva-nos a considerar que o enviesamento cognitivo que ocorre na depressão interfere igualmente ao nível dos processos de evocação associativos, ou seja, na recuperação de memórias autobiográficas involuntárias de valência emocional positiva.

Observámos que nas perturbações emocionais e especificamente na depressão, o enviesamento da memória ocorre em ambos os modos de evocação. Por outro lado, na ansiedade generalizada não se verificou o enviesamento da memória quando os acontecimentos recuperados ocorreram de forma involuntária. Assim, verificámos que os processos de evocação, tanto estratégicos como associativos, encontram-se enviesados pelo estado do humor, neste caso pelo humor negativo presente na depressão, não se verificando o mesmo na ansiedade.

O tipo de memória involuntária difere nos sujeitos deprimidos e sujeitos sem alteração psicopatológica, embora não se observe o mesmo nos sujeitos com ansiedade generalizada, confirmando parcialmente a sexta hipótese, que preconizava que seriam evocadas mais memórias autobiográficas involuntárias específicas em comparação com as memórias autobiográficas

voluntárias, nos três grupos em estudo. Desta forma, os sujeitos deprimidos e os sujeitos sem alteração psicopatológica evocaram um maior número de acontecimentos específicos de forma involuntária do que voluntária. Dentro da recuperação involuntária os três grupos evocaram um maior número de acontecimentos específicos do que categóricos e alargados, confirmando assim a quinta hipótese da investigação, que indicava que seriam evocadas mais memórias autobiográficas involuntárias específicas do que memórias autobiográficas involuntárias categóricas e alargadas, nos três grupos em estudo.

Analisando o grupo de sujeitos deprimidos, verificámos que existem diferenças entre memórias autobiográficas voluntárias e involuntárias no que se refere ao tipo de acontecimento recuperado. As memórias autobiográficas involuntárias tendem a ser mais específicas e as voluntárias mais alargadas. As diferenças entre os dois tipos de memórias autobiográficas, pode estar associado ao facto dos sujeitos deprimidos perante pistas situacionais, acederem a um maior número de acontecimentos específicos recuperados de forma involuntária. Por outro lado, durante a avaliação de memórias autobiográficas voluntárias, os sujeitos deprimidos apresentaram uma maior dificuldade no processo de evocação de acontecimentos específicos. Este aspecto pode estar relacionado com a dificuldade na procura de informação perante o pedido verbal para evocar um acontecimento através das palavras-estímulo apresentadas na Tarefa de Memória Autobiográfica. Durante o processo de evocação de memórias autobiográficas voluntárias a procura de informação ocorre com base em conhecimento autobiográfico genérico, dificultando o acesso aos sujeitos deprimidos, de recuperar acontecimentos específicos, quando os mecanismos de procura da informação foram do tipo *top-down*. As diferenças encontradas nesta investigação relativamente aos processos de evocação de memórias autobiográficas involuntárias e voluntárias vão ao encontro dos trabalhos de Berntsen (2009).

Nos sujeitos sem alteração psicopatológica, tanto as memórias autobiográficas involuntárias como as voluntárias foram mais específicas. Este aspecto remete-nos para o facto de na ausência de perturbações emocionais, o processo de evocação de memórias autobiográficas voluntárias ocorrer com maior facilidade para o acesso a acontecimentos específicos. A procura de informação iniciada com base no conhecimento genérico é finalizada quando um acontecimento específico é discriminado. Tal facto não se verificou nos sujeitos deprimidos em que o processo de evocação termina ao nível do conhecimento genérico, i.e., a procura de informação é bloqueada neste nível da evocação.

## CAPÍTULO X – CONCLUSÃO

Esta investigação partiu do objectivo geral de estabelecer uma relação entre memórias autobiográficas, esquemas precoces desadaptativos, vinculação e relações interpessoais na génese e manutenção da depressão major. Procurou ainda analisar a evocação de memórias autobiográficas involuntárias na depressão major.

Nos sujeitos deprimidos os resultados apontam para a evocação de memórias autobiográficas de valência emocional negativa e para diminuição da especificidade da memória. Estes resultados foram também observáveis no grupo de sujeitos com ansiedade generalizada. O mesmo não se verificou nos sujeitos sem alteração psicopatológica, que apresentaram um predomínio de acontecimentos de valência emocional positiva, sendo igualmente específicos.

Os nossos resultados demonstraram que o enviesamento negativo da memória, ocorre não só na depressão como em outras alterações psicopatológicas, neste caso na ansiedade generalizada. As distorções ao nível da cognição foram como mencionámos no Capítulo I, designado por Beck de erros cognitivos. Estes erros cognitivos conduziram a pensamentos negativos concordantes com o estado emocional do sujeito. Desta forma, o facto de os nossos resultados reforçarem a ideia de na depressão existir uma preferência por informação de valência emocional negativa durante o processo de evocação, remete-nos para a importância que a emoção desempenha na cognição.

Outro aspecto que observámos é referente à evocação de um maior número de acontecimentos gerais em ambos os grupos clínicos, levando a confirmar o papel da emoção no processamento da informação, uma vez que bloquearia acontecimentos emocionalmente dolorosos para o sujeito. Este aspecto seria concordante com o descrito no modelo SMS, que mencionámos no capítulo III.

Os acontecimentos de valência emocional negativa e os esquemas precoces demonstraram ser variáveis determinantes para a depressão. Assim, constatámos que os esquemas precoces que levam à evocação de informação de valência emocional negativa, acabam por se reforçar mutuamente, levando também ao reforço do ciclo depressivo. Assim, estes factores de maior vulnerabilidade para a depressão teriam impacto nas crenças, no próprio *self* e nas relações interpessoais do indivíduo.

Na evocação de memórias autobiográficas involuntárias, os sujeitos deprimidos evocaram um maior número de acontecimentos de valência emocional negativa e de acontecimentos específicos, embora ao nível da valência se tenha verificado uma tendência para a recuperação de

informação emocionalmente positiva. Observámos que na depressão, o enviesamento da memória ocorre igualmente durante processos de evocação associativos, i.e., o estado emocional leva a que exista uma dificuldade no acesso a informação de valência emocional positiva. Contudo, a tendência que se verificou para a recuperação de acontecimentos de valência emocional positiva, confirma o descrito no Capítulo V relativamente ao facto do grau de atenção se encontrar mais difuso durante a recuperação involuntária. Assim, consideramos que a atenção é um aspecto cognitivo, que exerce um papel importante ao nível da compreensão do processamento da informação durante a depressão, necessitando ser explorado em estudos vindouros. Verificámos um predomínio nos sujeitos com ansiedade generalizada e sujeitos sem alteração psicopatológica, da evocação de mais acontecimentos de valência emocional positiva e, tal como nos sujeitos deprimidos, estes acontecimentos eram igualmente mais específicos em comparação com a evocação de memórias autobiográficas voluntárias. Observámos que mecanismos de procura de informação do tipo *bottom-up*, i.e., presentes durante a recuperação involuntária em que a procura ocorre do particular para o geral, permitem o acesso a um maior nível de especificidade dos acontecimentos evocados. Este aspecto foi verificado nos três grupos em estudo.

Os resultados observados permitiram-nos verificar que perante processos de evocação estratégicos (voluntários), existe uma dificuldade por parte do sujeito deprimido em recuperar informação de valência emocional positiva, bem como acontecimentos específicos das suas vidas. Perante processos de evocação associativos (involuntários) verificou-se uma tendência para a evocação de informação de valência emocional positiva, revelando ser mais específica, aspectos concordantes com o referido no Capítulo V. Constatámos que nos sujeitos deprimidos, na evocação de memórias autobiográficas voluntárias, os acontecimentos de valência emocional negativa bem como os esquemas do *self*, demonstraram ser variáveis determinantes para a compreensão da génese e manutenção da depressão. O enviesamento negativo da memória e os esquemas negativos do *self*, contribuem para o reforço do ciclo depressivo, uma vez que intensificam emoções como por exemplo a tristeza, a culpa, a vergonha. Os esquemas negativos do *self* ao estarem activados, conduzem a distorções cognitivas da sua realidade por parte do sujeito, interferindo igualmente ao nível das suas crenças, atitudes e comportamentos. Este modo de processamento da informação enviesado leva ao reforço dos esquemas hipervalentes que se encontram activados, contribuindo desta forma para a manutenção da depressão, na medida em que preservam os afectos congruentes com o humor do sujeito, bem como a sua visão de si, dos outros e do futuro.

Contudo, contrariamente à evocação voluntária na recuperação involuntária, a capacidade dos sujeitos deprimidos em aceder a acontecimentos específicos e a tendência para evocar

acontecimentos de valência emocional positiva, leva-nos a considerar que este tipo de evocação é importante na medida em que pode permitir a quebra do ciclo depressivo. Os sujeitos deprimidos ao evocarem os acontecimentos num estado de atenção mais difuso, leva-nos a considerar que os esquemas hipervalentes parecem não ser activados. Desta forma, o nosso estudo permitiu observar que, tal como na recuperação voluntária, na recuperação involuntária existe igualmente o acesso à evocação mnésica com ressonância emocional, embora existindo a tendência para a informação ser emocionalmente mais positiva e específica. Como referimos anteriormente no Capítulo V, ambos os processos de evocação, voluntárias e involuntárias, remeteriam para acontecimentos predominantemente com ressonância emocional. Os nossos resultados confirmam o ora estudado, sendo de realçar o papel da emoção em ambas as formas de recuperação da informação.

Consideramos essencial que durante o processo psicoterapêutico, exista um enfoque nos conteúdos das memórias autobiográficas involuntárias mais persistentes dos sujeitos deprimidos, com o objectivo de trabalhar ao nível da modificação do processamento da informação, nomeadamente na sua evocação. Os acontecimentos evocados de forma involuntária possibilitam o acesso a memórias mais específicas, permitindo que durante o processo psicoterapêutico exista um enfoque num aumento da especificidade da memória autobiográfica na depressão. Este enfoque na especificidade das memórias permitirá um aumento da eficácia ao nível da capacidade de resolução de problemas dos indivíduos, bem como em atingir os seus objectivos.

Algumas limitações podem ser apontadas nesta investigação. Podemos considerar como limitação a dimensão da amostra que não era representativa da população portuguesa e, adicionalmente, não nos permitiu a elaboração de outros cálculos estatísticos com maior robustez. Propomos que estudos futuros utilizem uma amostra mais alargada, por forma a obter uma melhor compreensão do papel da memória autobiográfica na depressão major.

Outra limitação prende-se com a avaliação das memórias autobiográficas involuntárias. O método de avaliação através de diário tem demonstrado ser útil devido à sua recolha ocorrer no contexto do dia-a-dia dos sujeitos. Todavia, observámos que os sujeitos ou não devolviam os diários ou estes não se encontravam completos, i.e., não tinham sido assinalados os vinte acontecimentos que eram solicitados. Assim, recomenda-se que investigações futuras equacionem a oferta de uma recompensa pela participação no estudo. O crescimento do uso de equipamentos electrónicos por parte da população pode advir como uma vantagem para a avaliação deste tipo de memória. Ao invés do preenchimento do diário ser em papel, poderia adoptar-se o recurso a um equipamento electrónico para o registo das memórias autobiográficas involuntárias.

Para concluir e perspectivando investigações futuras, recomendamos a realização de um estudo longitudinal com recurso a uma amostra mais alargada de sujeitos. De igual modo, propomos que estudos futuros explorem a integração da centralidade dos acontecimentos evocados na identidade do sujeito. Investigações futuras podem ainda replicar este estudo inserindo o sujeito no seu contexto sócio-cultural, por forma a avaliar as expectativas que têm para a vida de um indivíduo, comparando com o modo como recordam as suas próprias vidas. Por fim, recomendamos ainda que seria importante explorar qual o papel dos esquemas precoces na evocação de memórias autobiográficas involuntárias.

Esta investigação apresenta alguns pontos de interesse com implicações para a prática clínica. Permite-nos obter uma compreensão alargada dos diferentes factores que contribuem para a génese e manutenção da depressão, bem como identifica possíveis factores de maior vulnerabilidade para a manutenção do ciclo depressivo, sublinha ainda a importância do papel dos esquemas nos diferentes processos de evocação e, sugere que durante o processo psicoterapêutico exista igualmente um enfoque na recuperação da informação de forma involuntária.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, *96*, 358-372. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358>
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, *87*, 49-74. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49>
- Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant-mother interaction among Uganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behavior* (Vol. 2, pp. 67-104). London: Methuen.
- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of love*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S., & Bell, S. M. (1970). Attachment, exploration, and separation: Illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, *41*, 49-67. <http://dx.doi.org/10.2307/1127388>
- Ainsworth, M. D. S. (1991). Attachment and other affectional bonds across the life cycle. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). New York: Routledge.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ainsworth, M. D. S., & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behavior* (Vol. 4, pp. 113-136). London: Methuen.
- Alea, N., & Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory*, *11*, 165-178. <http://dx.doi.org/10.1080/741938207>
- Alea, N., & Bluck, S. (2007). I'll keep you in mind: The intimacy function of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*, *21*, 1091-1111. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.1316>
- Alea, N., & Vick, S. C. (2010). The first sight of love: relationship-defining memories and marital satisfaction across adulthood. *Memory*, *18*, 730-742. <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2010.506443>

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. In L. B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 223-265). New York: Guilford Press.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., & Neeren, A. M. (2006). Cognitive Vulnerability to Unipolar and Bipolar Mood Disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 726-754. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2006.25.7.726>
- Anderson, S. J., & Conway, M. A. (1993). Investigating the structure of autobiographical memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition, 19*, 1178-1196. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-7393.19.5.1178>
- Anderson, R. J., Goddard, L., & Powell, J. H. (2010). Reduced specificity of autobiographical memory as a moderator of the relationship between daily hassles and depression. *Cognition and Emotion, 24*, 702-709. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930802598029>
- Andersson, G., Hesser, H., Cima, R. F., & Weise, C. (2013). Autobiographical memory specificity in patients with tinnitus versus patients with depression and normal controls. *Cognitive behaviour therapy, 42*, 116-126. <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2013.792101>
- Aurélio, J. G., & Cláudio, V. (2009). Congruência de humor em memórias autobiográficas de infância em indivíduos com depressão. *Análise Psicológica, 2*, 159-173.
- Baddeley, A. (1988). But what the hell is it for? In M. M. Gruneberg, P. E. Morris, & R. N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory: Current research and issues, Vol. 1: Memory in everyday life* (pp. 3-18). United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Baddeley, A. D. (1992). What is autobiographical memory? In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagennar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 13-29). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Baddeley, A. D. (1993). Working memory and conscious awareness. In A. C. Collins, S. E. Gathercole, M. A. Conway, & P. E. M. Morris (Eds.), *Theories of memory* (pp. 11-28). Hove: Lawrence Erlbaum.
- Ball, C. T. (2007). Can we elicit involuntary autobiographical memories in the laboratory? In J. H. Mace (Ed.), *Involuntary Memory* (pp. 127-152). Oxford: Blackwell Publishing.
- Ball, C. T., & Little, J. R. (2006). A comparison of involuntary memory retrievals. *Applied Cognitive Psychology, 20*, 1167-1179.
- Barclay, C. R. (1986). Schematization of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 82-99). United Kingdom: Cambridge University Press.

- Barclay, C. R., & Wellman, H. M. (1986). Accuracies and inaccuracies in autobiographical memories. *Journal of Memory and Language*, *25*, 93-103. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-596X\(86\)90023-9](http://dx.doi.org/10.1016/0749-596X(86)90023-9)
- Barnard, P. J., & Teasdale, J. D. (1991). Interacting cognitive subsystems: A systemic approach to cognitive-affective interaction and change. *Cognition and Emotion*, *5*, 1-39. <http://dx.doi.org/10.1080/02699939108411021>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An Attachment Perspective. *Journal of Social and Personality Relationships*, *7*, 147-178. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25-45). New York: Guilford Press.
- Bartlett, F. C. (1995). *Remembering: A study in experimental and social psychology* (2<sup>nd</sup> ed.). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression: 1. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Archives of General Psychiatry*, *9*, 324-333. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1963.01720160014002>
- Beck, A. T. (1964). Thinking and Depression: 2. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry*, *10*, 561-571. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003>
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy of the emotional disorders*. New York: New American Library.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barret (Eds.), *Treatment of Depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.
- Beck, A. T., Alford, B. (2009). *Depression: Causes and Treatment* (2<sup>nd</sup> ed.). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

- Beck, A. T., Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The depression inventory. In P. Pichot (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A., Steer, R., & Gabin, M. (1988). Psychometric properties of the beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychological Review*, 8, 77-100. [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Berntsen, D. (1996). Involuntary Autobiographical Memories. *Applied Cognitive Psychology*, 10, 435-454. [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0720\(199610\)10:5%3C435::AID-ACP408%3E3.0.CO;2-L](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1099-0720(199610)10:5%3C435::AID-ACP408%3E3.0.CO;2-L)
- Berntsen, D. (1998). Voluntary and involuntary access to autobiographical memory. *Memory*, 6, 113-141. <http://dx.doi.org/10.1080/741942071>
- Berntsen, D. (2001). Involuntary memories of emotional events: Do memories of traumas and extremely happy events differ? *Applied Cognitive Psychology*, 15, 138-158. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.838>
- Berntsen, D. (2007). Involuntary autobiographical memories: Speculations, findings and a attempt to integrate them. In J. H. Mace (Ed.), *Involuntary Memory* (pp. 20-49). Oxford: Blackwell Publishing.
- Berntsen, D. (2009). *Involuntary Autobiographical Memories: An Introduction to the Unbidden Past*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Berntsen, D., & Hall, N. M. (2004). The episodic nature of involuntary autobiographical memories. *Memory & Cognition*, 32, 789-803. <http://dx.doi.org/10.3758/BF03195869>
- Berntsen, D., & Jacobsen, A. S. (2008). Involuntary (spontaneous) mental time travel into the past and future. *Consciousness & Cognition*, 17, 1093-1104. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2008.03.001>
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the lifespan: The recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychology and Aging*, 17, 636-652.
- Berry, K., Band, R., Corcoran, R., Barrouclough, C., & Wearden, A. (2007). Attachment styles, earlier interpersonal relationships and schizotypy in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 563-576.

- Bjork, R. A. (1989). Retrieval inhibition as an adaptive mechanism in human memory. In H. L. Roediger, & F. L. M. Craik (Eds.), *Varieties of memory and consciousness: Essays in memory of Endel Tulving*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Association.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: Exploring its functions in everyday life. *Memory*, *11*, 113-123. <http://dx.doi.org/10.1080/741938206>
- Bluck, S., & Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the autumn? In J. D. Webster & B. K. Haight (Eds.), *Critical advances in reminiscence: From theory to application* (pp. 61-75). New York: Springer.
- Bluck, S., & Alea, N. (2008). Remembering being me: the self-continuity function of autobiographical memory in younger and older adults. In F. Sani, (Ed.). *Self-continuity: Individual and collective perspectives* (pp. 55-70). New York: Psychology Press.
- Bluck, S., & Alea, N. (2011). Crafting the TALE: Construction of a measure to assess the functions of autobiographical remembering. *Memory*, *19*, 470-486.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. C. (2005). A tale of three functions: The self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition*, *23*, 91-117. <http://dx.doi.org/10.1521/soco.23.1.91.59198>
- Bluck, S., & Li, K. Z. H. (2001). Predicting Memory Completeness and Accuracy: Emotion and Exposure in Repeated Autobiographical Recall. *Applied Cognitive Psychology*, *15*(2), 145-158. [http://dx.doi.org/10.1002/1099-0720\(200103/04\)15:2%3C145::AID-ACP693%3E3.3.CO;2-K](http://dx.doi.org/10.1002/1099-0720(200103/04)15:2%3C145::AID-ACP693%3E3.3.CO;2-K)
- Bower, G. H. (1981) Mood and memory. *American Psychologist*, *36*, 129-148. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129>
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Basic Books. (Obra original publicada em 1969).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds* London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

- Bretherton, I. (1991). Pouring new wine into old bottles: The social self as internal working model. In M. Gunnar and L.A. Sroufe (Eds.), *Minnesota symposia in child psychology: Self processes in development* (pp. 1-41). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brewer, W. F. (1986). What is autobiographical memory? In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp. 25-49). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Brewer, W. F. (1988). Memory for randomly sampled autobiographical events. In U. Neisser, & E. Winograd (Eds.), *Remembering reconsidered: Ecological and traditional approaches to the study of memory* (pp. 21-90). New York: Cambridge University Press.
- Brewer, W. F. (1992). Phenomenal experience in laboratory and autobiographical memory tasks. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 31-51). Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Brewer, W. F. (1995). To assert that essentially all human knowledge and memory is represented in terms of stories is certainly wrong. In R. S. Wyer Jr. (Ed.), *Knowledge and memory: the Real Story: Advances in Social Cognition*. (Vol. 8, pp. 109-119). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brewer, W. F., & Pani, J. R. (1983). The structure of human memory. In G. H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory* (Vol. 17, pp. 1-38). New York: Academic Press.
- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 339-376. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3)
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670-686. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.103.4.670>
- Brown, R., & Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition*, 5, 73-99. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277\(77\)90018-X](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277(77)90018-X)
- Bosmans, G. Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 374-385. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.667>
- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afetivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica não publicada, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

- Canavarro, M. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2), pp. 87-109. Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M., Dias, P., & Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale –R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20, 155-187.
- Cantazaro, A., & Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: a test of a mediational model. *Journal of Personality*, 78, 1135-1162. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00645.x>
- Carmo, H., & Ferreira, M. (2008). *Metodologia da Investigação. Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carton, J. S., Kessler, E. A., & Pape, C. L. (1999). Nonverbal decoding skills and relationship well-being in adults. *Journal of Nonverbal Behavior*, 23, 91-100.
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relationships with other defensive processes. In J. Belsky, & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300-323). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cassidy, J. (1994). Emotion Regulation: Influences of Attachment Relationships. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 228-249. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01287.x>
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific Foundations of 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*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2, 143-157.
- Cláudio, V., Aurélio, J. G., & Machado, P. P. P. (2011). Autobiographical Memories in Major Depressive Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 375-389. <http://dx.doi.org/10.1002/ccp.751>
- Cohen, G. (1998). The effects of aging on autobiographical memory. In C. P. Thompson, D. J. Hermann, D. Bruce, J. D. Read, D. G. Payne, & M. P. Toglia (Eds.), *Autobiographical memory: Theoretical and applied perspectives* (pp. 105-123). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

- Collins, N., L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*, 644-683. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.58.4.644>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew, & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Attachment processes in adulthood* (Vol. 5, pp. 53-92). London: Jessica Kingsley.
- Conway, M. A. (1990). Autobiographical Memory and conceptual representation. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, *16*, 799-812.
- Conway, M. A. (1992). A structural model of autobiographical memory. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 167-194). Netherlands: Kluwer Academic.
- Conway, M. (2003). Commentary Cognitive-affective mechanisms and processes in autobiographical memory. *Memory*, *11*, 217-224.
- Conway, M. A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory & Language*, *53*, 597-628. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jml.2005.08.005>
- Conway, M. A. (2009). Episodic Memories. *Neuropsychologia*, *47*, 2301-2313. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2009.02.003>
- Conway, M. A., & Haque, S. (1999). Overshadowing the reminiscence bump: Memories of a struggle for independence. *Journal of Adult Development*, *6*, 35-44.
- Conway, M. A., & Jobson (2012). On the nature of autobiographical memory. In D. Berntsen, & D. C. Rubin (Eds.), *Understanding Autobiographical Memory: Theories and Approaches* (pp. 54-69). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Conway, M. A., & Tacchi, P. C. (1996). Motivated confabulation. *Neurocase*, *2*, 325-339. <http://dx.doi.org/10.1080/13554799608402406>
- Conway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, *107*, 261-288. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.107.2.261>
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Grant, D. M., Judah, M. R., & Mills, A. C. (2011). Interpersonal suicide risk and ideation: The influence of depression and social anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *30*, 842-855. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2011.30.8.842>

- Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: Natural Computers System.
- Dritschel, B, Kao, C. M., Astell, A., Neufeind, J., & Lai, T. J. (2011). How are depression and autobiographical memory retrieval related to culture? *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 969-974. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025293>
- DSM-IV-TR; American Psychiatric Association (2011). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed. Rev., pp. 354-428). Lisboa: Climepsi Editores.
- DSM-5; American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (pp. 183-222). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ebbinghaus, H. (1964). *Memory. A contribution to experimental psychology*. New York: Dover Publications (Obra original publicada em 1885).
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behavior Research and Therapy, 40*, 995-1002. [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00077-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00077-8)
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: A Comprehensive Method of Treating Human Disturbances* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1996). *Better, deeper and more enduring brief therapy: The rational emotive behavior therapy approach*. New York: Brunner/Mazel.
- Epstein, R. (2004). Consciousness, art and the brain: Lessons from Marcel Proust. *Consciousness and Cognition, 13*, 213-240. [http://dx.doi.org/10.1016/S1053-8100\(03\)00006-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1053-8100(03)00006-0)
- Ericsson, K. A., & Simon, H. A. (1980). Verbal reports as data. *Psychological Review, 87*, 215-251. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.87.3.215>
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2003). *Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I*. Tradução de A. Maia, não publicada. Braga: Universidade do Minho.
- Freud, S. (1899/1953). Screen memories. In J. Strachey (Ed.) *Sigmund Freud: Collected papers* (Vol. VI, pp. 43-63). United Kingdom: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1899).
- Freud, S. (1905/1963). Fragments of an analysis of a case of hysteria. In *Dora: An analysis of a case of hysteria*. New York: Touchstone. (Obra original publicada em 1905).

- Freud, S. (1908/1959). Creative writers and day-dreaming. In J. Strachey (Ed.) *Sigmund Freud: Collected papers* (Vol. IX, pp. 141-155). United Kingdom: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1908).
- Freud, S. (1914/1959). Recollection, repetition, and working though. In J. Strachey (Ed.) *Sigmund Freud: Collected papers* (Vol. II, pp. 366-376). United Kingdom: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1914).
- Freud, S. (1920/1955). *Beyond the pleasure principle* (Vol. VIII, pp. 7-67). United Kingdom: The Hogarth Press. (Obra original publicada em 1920).
- Giesler, R. B., & Swan, W. B. (1999). Striving for confirmation: The role of self-verification in depression. In T. Joiner, & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression* (pp. 189-217). Washington: American Psychological Association.
- Gnilka, P. B., Ashby, J. S., & Noble, C. M. (2013). Adaptive and Maladaptive Perfectionism as Mediators of Adult Attachment Styles and Depression, Hopelessness, and Life Satisfaction. *Journal of Counseling & Development, 91*, 78-86. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.2013.00074.x>
- Gredecki, N., & Ireland, J. L. (2012). Applications of interpersonal circumplex and complementarity theory to staff-prisoner relationships. *The British Journal of Forensic Practice, 14*, 180 – 191. <http://dx.doi.org/10.1108/14636641211254905>
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford Press.
- Gurtman, M. B. (1987). Depressive affect and disclosures as factors in interpersonal rejection. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 87-100. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01183134>
- Gurtman, M. B. (2009). Exploring Personality with the Interpersonal Circumplex. *Social & Personality Psychology Compass, 3*, 601-619. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2009.00172.x>
- Habermas, T., & Bluck, S. (2000). Getting a life: The emergence of the life story in adolescence. *Psychological Bulletin, 126*, 748-769. <http://dx.doi.org/10.1037/033-2909.126.5.748>
- Haggerty, G. D., Hilsenroth, M. J., & Vala-Stewart, R. (2009). Attachment and interpersonal distress: examining the relationship between attachment styles and interpersonal problems in a clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.596>

- Haggerty, G. D., Siefert, C. J., & Weinberger, J. (2010). Examining the relationship between current attachment status and freely recalled autobiographical memories of childhood. *Psychoanalytic Psychology*, 27, 27-41. <http://dx.doi.org/10.1037/a0018638>
- Hall, N. M. (2007). Interaction between retrieval intentionality and emotional intensity: Investigating the neural correlates of experimentally induced involuntary memories. In J. H. Mace (Ed.), *Involuntary Memory* (pp. 153-176). Oxford: Blackwell Publishing.
- Hall, N. M., & Berntsen, D. (2008). The effect of emotional stress on involuntary and voluntary conscious memories. *Memory*, 16, 48-57.
- Hamilton, M. (1986). The Hamilton Rating Scale for Depression. In N. Sartorius, & T. Ban (Eds.), *Assessment of depression* (pp. 143-152). New York: Springer-Verlag.
- Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J. R. Z. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 31, 136-151. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167204271324>
- Harlow, H. F. (1959). Love in infant monkeys. *Scientific American*, 200, 68-86. <http://dx.doi.org/10.1038/scientificamerican0659-68>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1990). Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 270-280. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.2.270>
- Henry, W. P. (1994). Differentiating normal and abnormal personality: An interpersonal approach based on the Structural Analysis of Social Behavior. In S. Strack, & M. Lorr (Eds.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 316-340). New York: Springer.
- Hinde, R. (1966). *Animal behavior: A synthesis of ethology and comparative psychology*. New York: McGraw-Hill.
- Holland, A. C., & Kensinger, E. A. (2010). Emotion and autobiographical memory. *Physics of Life Reviews*, 7, 88-131. <http://dx.doi.org/10.1016/j.plrev.2010.01.006>
- Holmes, E. A., & Bourne, C. (2008). Inducing and modulating intrusive emotional memories: A review of the trauma film paradigm. *Acta Psychologica*, 127, 553-556. <http://dx.doi.org/10.1016/j.actpsy.2007.11.002>

- Holmes, E. A., Brewin, C. R., & Hennessy, R. G. (2004). Trauma films, information processing, and intrusive memory development. *Journal of Experimental Psychology: General*, *133*, 3-22. <http://dx.doi.org/10.1037/0096-3445.133.1.3>
- Horowitz, M. J. (1969). Psychic trauma. Return of images after stress film. *Archives of General Psychiatry*, *20*, 552-559.
- Horowitz, L. M. (1994). Pschemas, psychopathology, and psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, *4*, 1-19. <http://dx.doi.org/10.1080/10503309412331333862>
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems*. London: Psychological Corporation.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 549-560. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.549>
- Horowitz, L. M., & Strack, S. (2011). *Handbook of Interpersonal Psychology: Theory, Research, Assessment, and Therapeutic Interventions*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Horowitz, L. M., Wilson, K. R., Turan, B., Zolotsev, P., Constantino, M. J., & Henderson, L. (2006). How interpersonal motives clarify the meaning of interpersonal behavior: A revised circumplex model. *Personality and Social Psychology*, *10*, 67-86. [http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1001\\_4](http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr1001_4)
- Huprich, S. K., Clancy, C., Bornstein, R. F., & Nelson-Gray, R. O. (2004). Do dependency and social skills combine to predict depression? Linking two diatheses in mood disorders research. *Individual Differences Research*, *2*, 2-16.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L. Y. (2008). The ABCs of Depression: Integrating Affective, Biological, and Cognitive Models to Explain the Emergence of the Gender Difference in Depression. *Psychological Review*, *115*, 291-313. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.115.2.291>
- IEFP (1994). *Classificação Nacional de Profissões*. Consultado em 24 de Agosto de 2014 através de <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Documents/INDICE.pdf>
- Jackson, S. W. (1983). Melancholia and mechanical explanation in eighteenth-century medicine. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, *38*, 289-319. <http://dx.doi.org/10.1093/jhmas/38.3.298>

- James, I. A., Reichelt, F. K., Freeston, M. H., & Barton, S. B. (2007). Schemas as memories: Implications for treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*, 51-57. <http://dx.doi.org/10.1891/088983907780493296>
- James, I. A., Southam, L., & Blackburn, I. M. (2004). Schemas revisited. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 369-377. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.423>
- Johannessen, K. B., & Berntsen, D. (2010). Current concerns in involuntary and voluntary autobiographical memories. *Consciousness and Cognition, 19*, 847-860. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2010.01.009>
- Joiner, T. E. (1999). A test of interpersonal theory of depression in youth psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*, 77-85.
- Joiner, T. E., Katz, J., & Lew, A. (1999). Harbingers of depressotypic reassurance seeking: Negative life events, increased anxiety, and decreased self-esteem. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*, 630-637.
- Joiner, T. E., & Metalsky, G. I. (2001). Excessive reassurance seeking: Delineating a risk factor involved in the development of depressive symptoms. *Psychological Science, 12*, 371-378. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00369>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 634-646. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016500>
- Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. New Jersey: Prentice Hall.
- Kandel, D. B., & Davies, M. (1986). Adult Sequelae of Adolescent Depressive Symptoms. *Archives of General Psychiatry, 43*, 255-262. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800030073007>
- Kang, Y. R., Lee, J. S., & Kang, M. C. (2014). Adult attachment styles, self-esteem, and depressive symptoms: A comparison between postpartum and nonpostpartum women in Korea. *Personal Relationships, 21*, 546-556. <http://dx.doi.org/10.1111/perc.12047>
- Kleiman, E. M., Miu, R. T., & Riskind, J. H. (2014). Integrating the Interpersonal Psychological Theory of Suicide Into the Depression/Suicidal Ideation Relationship: A Short-Term Prospective Study. *Behavior Therapy, 45*, 212-221. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.10.007>
- Klinger, E. (1971). *Structure and functions of fantasy*. New York: John Wiley & Sons.

- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25. <http://dx.doi.org/10.1037/h0076171>
- Klinger, E. (1978). Modes of normal conscious flow. In K. S. Pope, & J. L. Singer (Eds.), *The stream of consciousness. Scientific investigations into the flow of human experience* (pp. 225-258). New York: Plenum Press.
- Klinger, E. (1990). *Daydreaming. Using waking fantasy and imagery for self-knowledge and creativity*. New York: St. Martin's Press.
- Klos, D. S., & Singer, J. L. (1981). Determinants of the adolescent's ongoing thought following simulated parental confrontations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 975-987.
- Kuwabara, K. J., & Pillemer, D. B. (2010). Memories of past episodes shape current intentions and decisions. *Memory*, 18, 365-374. <http://dx.doi.org/10.1080/09658211003670857>
- Kvavilashvili, L., & Mandler, G. (2004). Out of one's mind: A study of involuntary semantic memories. *Cognitive Psychology*, 48, 47-94.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman, & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). Washington: Winston-Wiley.
- Lewinsohn, P. M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (Vol. 1, pp. 19-64). New York: Academic Press.
- Lewinsohn, P. M., & Metalsky, G. I. (2001). An integrative theory of depression. In S. Reiss, & R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 331-359). New York: Academic Press.
- Linton, M. (1975). Memory for real-world events. In D. A. Norman, & D. E. Rumelhart (Eds.), *Explorations in cognition* (pp. 376-404). San Francisco: Freeman.
- Linton, M. (1979). Real-world memory after six years: An in vivo study of very long term memory. In M. M. Grunenber, P. E. Morris, & R. N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory* (pp.69-76). London: Academic Press.
- Linton, M. (1982). Transformations of memory in everyday life. In U. Neisser (Ed.), *Memory observed: Remembering in natural contexts* (pp. 77-91). San Francisco: Freeman.

- Linton, M. (1986). Ways of searching and the contents of memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical memory* (pp.50-66). Cambridge University Press.
- Liu, X., Li, L., Xiao, J., Yang, J., & Jiang, X. (2012). Abnormalities of autobiographical memory of patients with depressive disorders: A meta-analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 353-373. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02077.x>
- Lockart, R. S. (1989). The role of theory in understanding implicit memory. In S. Lewandowsky, J. M. Dunn, & K. Kirsner (Eds.), *Implicit Memory: Theoretical Issues* (pp. 3-13). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lorenz, K. Z. (1952). *King Solomon's ring: new light on animals ways*. New York: Crowell.
- Mace, J. H. (2004). Involuntary Autobiographical Memories are Highly Dependent on Abstract Cuing: The Proustian View is Incorrect. *Applied Cognitive Psychology*, 18, 839-899. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.1020>
- Mace, J. H. (2005). Priming involuntary autobiographical memories. *Memory*, 13, 874-884. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210444000485>
- Mace, J. H. (2006). Episodic remembering creates access to involuntary conscious memory: Demonstrating involuntary recall on a voluntary recall task. *Memory*, 14, 217-224. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210600759766>
- Maddux, J. E., & Winstead, B. A. (2012). *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding* (3<sup>rd</sup> Ed.). New York: Routledge.
- Main, M. (1995). Recent Studies in Attachment: overview with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 407-475). New Jersey: Analytic Press.
- Mandler, G. (1994). Hypermnnesia, incubation, and mind-popping: On remembering without really trying. In C. Umilta, & M. Moscovitch (Eds.), *Attention and performance: Conscious and unconscious information processing* (pp. 3-33). Cambridge: MIT Press.
- Mandler, G. (2007). Involuntary memory: Variations on the unexpected. In John H. Mace (Ed.), *Involuntary Memory* (pp. 208-223). Oxford: Blackwell Publishing.
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 83, 131-141. <http://dx.doi.org/10.1111/ajop.12001>

- Mathews, A. (2006). Anxiety and the encoding of emotional information. In B. Uttl, N. Ohta, & A. L. Siegenthaler, (Eds.), *Memory and emotion: Interdisciplinary Perspectives* (pp. 37-58). Oxford: Blackwell Publishing.
- McLean, K. C., & Lilgendahl, J. P. (2008). Why recall our highs and lows: Relations between memory functions, age, and well-being. *Memory, 16*, 751-762. <http://dx.doi.org/10.1080/09658210802215385>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 35, pp. 53-152). New York: Academic Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2004). Security-based self-representations in adulthood: Contents and processes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult Attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 159-195). New York: The Guildford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Contributions of attachment theory and research to motivation science. In J. Shah, W. Gardner (Eds.), *Handbook of motivation science*. New York: The Guildford Press.
- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Monti, J. D., & Rudolph, K. D. (2014). Emotional awareness as a pathway linking adult attachment to subsequent depression. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 374-382. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000016>
- Morton, J. (1990). The development of event memory. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society, 1*, 3-10.
- Morton, J., Hammersley, R. H., & Bekerian, D. A. (1985). Headed records: A model for memory and its failures. *Cognition, 20*, 1-23. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90002-2](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277(85)90002-2)
- Moscovitch, M. (1995). Recovered consciousness: A hypothesis concerning modularity and episodic memory. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 17*, 276-290. <http://dx.doi.org/10.1080/01688639508405123>
- Mowlds, W., Shannon, C., McCusker, C. G., Meenagh, C., Robinson, D., Wilson, A., et al. (2010). Autobiographical memory specificity, depression, and trauma in bipolar disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 49*, 217-233. <http://dx.doi.org/10.1348/014466509X454868>

- Nakash, O., & Brody, L. (2006). The effects of social roles and personality motives on autobiographical memory. *Sex Roles: Journal of Research*, *54*(1-2), 39-56. <http://dx.doi.org/10.1007/s11199-005-8868-z>
- Neisser, U. (1982). Snapshots or benchmarks. In U. Neisser (Ed.), *Memory observed*. San Francisco: Freeman.
- Neisser, U. (1986) Nested structure in autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp. 71-80). New York: Cambridge University Press.
- Neisser, U. (1988). The present and the past. In M. M. Grunenberg, P. E. Morris, & R. N. Sykes (Eds.), *Practical aspects of memory: Current research and issues* (2<sup>o</sup> vol.). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Neisser, U. (1994). Self-narratives: True and false. In U. Neisser, & R. Fivush, *The remembering self: Construction and accuracy in the self-narrative* (pp. 1-18). New York: Cambridge University Press.
- Nelson, K. D., & Fivush, R. (2004). The emergence of autobiographical memory: A social cultural developmental theory. *Psychological Review*, *111*(2), 486–511. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.111.2.486>
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological Review*, *84*, 231-259. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.3.231>
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, *101*, 259-282. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.259>
- Nolen-Hoeksema, S., Girgus, J. S., & Seligman, M. E. P. (1992). Predictors and consequences of childhood depressive symptoms: A 5-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 405-422. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.405>
- Olhaberry, M., Zapata, J., Escobar, M., Mena, C., Farkas, C., Santelices, M. P., & Krause, M. (2014). Antenatal depression and its relationship with problem-solving strategies, childhood abuse, social support, and attachment styles in a low-income Chilean sample. *Mental Health & Prevention*, *2*, 86-97. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mhp.2014.09.001>
- Pasupathi, M., Lucas, S., & Coombs, A. (2002). Conversational functions of autobiographical remembering: Long-married couples talk about conflicts and pleasant topics. *Discourse Processes*, *34*, 163-192. [http://dx.doi.org/10.1207/S15326950DP3402\\_3](http://dx.doi.org/10.1207/S15326950DP3402_3)

- Pasupathi, M. (2003). Emotion regulation during social remembering: Differences between emotions elicited during an event and emotions elicited when talking about it. *Memory, 11*, 151–163. <http://dx.doi.org/10.1080/741938212>
- Pearson, K. A., Watkins, E. R., Mullan, E. G., & Moberly, N. J. (2010). Psychosocial correlates of depressive rumination. *Behaviour Research and Therapy, 8*, 784-791. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.007>
- Penfield, W. (1974). Psychical seizures. In C. K. Drinker, J. Folch, S. Cobb, & H. S. Gasser (Eds.), *Psychiatric research* (pp. 81-99). Cambridge: Harvard University Press.
- Permy, B., Merino, H., & Fernandez-Rey, J. (2010). Adult attachment styles and cognitive vulnerability to depression in a sample of undergraduate students: The mediational roles of sociotropy and autonomy. *International Journal of Psychology, 45*, 21-27. <http://dx.doi.org/10.1080/00207590903165059>
- Petty, S. C., Sachs-Ericson, N., & Joiner, T. E. (2004). Interpersonal functioning deficits: Temporary or stable characteristics of depressed individuals? *Journal of Affective Disorders, 81*, 11-122. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00158-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00158-7)
- Philippe, F. L., Koestner, R., Lecours, S., Beaulieu-Pelletier, G., & Bois, K (2011). The Role of Autobiographical Memory Networks in the Experience of Negative Emotions: How Our Remembered Past Elicits Our Current Feelings. *Emotion, 11*, 1279-1290. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025848>
- Piaget, J. (1954). *The Construction of Reality in the Child*. New York: Basic Books.
- Pillemer, D. B. (1992). Remembering personal circumstances: A functional analysis. In E. Winograd & U. Neisser (Eds.), *Affect and accuracy in recall: Studies of “false” memories* (pp. 236-264). United Kingdom: Cambridge University Press.
- Pillemer, D. B. (2003). Directive functions of autobiographical memory: The guide power of the specific episode. *Memory, 11*, 193-202.
- Pinto-Gouveia, J., Robalo, M., Cunha, M., & Fonseca, L. (1997). O questionário de esquemas de Young: aferição e utilização na população portuguesa [Young’s Schema Questionnaire: translation and adaptation to the Portuguese population]. Paper presented at the V Latini Dies, Cascais, Portugal.

- Pössel, P., & Knopf, K. (2011). Bridging the Gaps: An Attempt to Integrate Three Major Cognitive Depression Models. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 342-358. <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-010-9325-z>
- Power, M., & Dalgleish, T. (2008). *Cognition and emotion: From order to disorder* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Psychology Press.
- Proust, M. (1928/2003). *Swann's way: Remembrance of things past* (Vol. I). United Kingdom: Chatto and Windus. (Obra original publicada em 1928).
- Rappaport, L. M., Moskowitz, D. S., & D'Antono, B. (2014). Naturalistic interpersonal behavior patterns differentiate depression and anxiety symptoms in the community. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 253-263. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035625>
- Rasmussen, A. S., & Berntsen, D. (2009). Emotional valence and the functions of autobiographical memories: Positive and negative memories serve different functions. *Memory and Cognition*, 23, 1137-1152. <http://dx.doi.org/10.3758/MC.37.4.477>
- Rasmussen, A. S., & Berntsen, D. (2011). The unpredictable past: Spontaneous autobiographical memories outnumber autobiographical memories retrieved strategically. *Consciousness and Cognition*, 20, 1842-1846. <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2011.07.010>
- Reason, J. T. (1990). *Human error*. New York: Cambridge University Press.
- Reiser, B. J. (1983). Knowledge-directed retrieval of autobiographical memories. In J. L. Kolodner, & C. K. Riesbeck (Eds.), *Experience and reasoning*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Reiser, B. J., Black, J. B., & Abelson, R. P. (1985). Knowledge structures in the organization and retrieval of autobiographical memories. *Cognitive Psychology*, 17, 89-137. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285\(85\)90005-2](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285(85)90005-2)
- Reiser, B. J., Black, J. B., & Kalamarides, P. (1986). Strategic memory search processes. In D. C. Rubin (Ed.), *Autobiographical Memory* (pp. 100-121). New York: Cambridge University Press.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Roberts, W. A. (2002). Are animals stuck in time? *Psychological Bulletin*, 128, 473-489. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.128.3.473>
- Ross, B. H. (1984). Reminders and their effects in learning a cognitive skill. *Cognitive Psychology*, 16, 371-416. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285\(84\)90014-8](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285(84)90014-8)
- Rubin, D. C. (1995). *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory*. United Kingdom: Cambridge University Press.

- Rubin, D. C. (2005). A basic-systems approach to autobiographical memory. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 79-83. <http://dx.doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00339.x>
- Rubin, D. C. (2006). The basic systems model of episodic memory. *Perspectives on Psychological Science*, 1, 277-311. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00017.x>
- Rubin, D. C., & Berntsen, D. (2009). The frequency of voluntary and involuntary autobiographical memories across the life span. *Memory & Cognition*, 37, 677-688. <http://dx.doi.org/10.3758/37.5.679>
- Salaman, E. (1982). A collection of moments. In U. Neisser (Ed.), *Memory observed: Remembering in natural contexts* (pp. 49-63). San Francisco: Freeman.
- Santos, S. C., & Silva, D. R. (1997). Adaptação do *State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y* para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
- Schacter, D. L. (1987). Implicit memory: History and current status. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 13, 501-518. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-7393.13.3.501>
- Schank, R. C. (1982). *Dynamic Memory: A theory of reminding and learning in computers and people*. New York: Cambridge University Press.
- Schank, R. C. (1999). *Dynamic Memory Revisited*. New York: Cambridge University Press.
- Schlagman, S., & Kvavilashvili, L. (2008). Involuntary autobiographical memories in and outside the laboratory: How different are they from voluntary autobiographical memories? *Memory & Cognition*, 36, 920-932. <http://dx.doi.org/10.3758/MC.36.5.920>
- Schlagman, S., Kvavilashvili, L., & Schulz, J. (2007). Effects of age on involuntary autobiographical memories. In J. H. Mace (Ed.), *Involuntary Memory* (pp. 87-112). Oxford: Blackwell Publishing.
- Segrin, C., Powell, H. L., Givertz, M., & Brackin, A. (2003). Symptoms of depression, relational quality, and loneliness in dating relationships. *Personal Relationships*, 10, 25-36. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6811.00034>
- Selcuk, E., Zayas, V., Günaydin, G., Hazan, C., & Kross, E. (2012). Mental representations of attachment figures facilitate recovery following upsetting autobiographical memory recall. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 368-378. <http://dx.doi.org/10.1037/a0028125>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Semkovska, M., Noone, M., Carton, M., & McLoughlin, D. (2012). Measuring consistency of autobiographical memory recall in depression. *Psychiatry Research*, 197, 41-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.010>

- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment related psychodynamics. *Attachment and Human Development, 4*, 133-161. <http://dx.doi.org/10.1080/14616730210154171>
- Singer, J. L. (1966). *Daydreaming: An introduction to the experimental study of inner experience*. New York: Random House.
- Singer, J. L. (1975). *The inner world of daydreaming*. New York: Harper and Row.
- Singer, J. L. (1978). Experimental studies of daydreaming and the stream of thought. In K. S. Pope, & J. L. Singer (Eds.), *The stream of consciousness. Scientific investigations into the flow of human experience* (pp. 187-223.). New York: Plenum Press.
- Singer, J. L. (1988). Sampling ongoing consciousness and emotional experience: Implications for health. In M. J. Horowitz (Ed.), *Psychodynamics and cognition* (pp. 297-346). Chicago: University Chicago Press.
- Singer, J. L. (1993). Experimental studies of ongoing conscious experiments. In C. R. Bock, & J. Marsch (Eds.), *Experimental and theoretical studies of consciousness* (pp. 100-122). Chichester: Wiley.
- Smets, J., Griffith, J. W., Wessel, I., Walschaerts, D., & Raes, F. (2013). Depressive symptoms moderate the effects of a self-discrepancy induction on overgeneral autobiographical memory. *Memory, 21*, 751-761. <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2012.756039>
- Spence, D. P. (1988). Passive remembering. In U. Neisser, & E. Winograd (Eds.), *Remembering reconsidered. Ecological and traditional approaches to the study of memory* (pp. 311-325). New York: Cambridge University Press.
- 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.
- Sullivan, H. S. (1940). Conceptions of modern psychiatry: The first William Alanson White Memorial Lectures. *Psychiatry, 3*, 1-17.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Summer, J. A., Griffith, J. W., & Mineka, S. (2010). Overgeneral autobiographical memory as a predictor of the course of depression: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 614-625. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.013>
- Summer, J. A., Mineka, S., Adam, E. K., Craske, M. G., Vrshek-Schallhorn, S., Wolitzky-Taylor, K., & Zinbarg, R. E. (2014). Testing the CaR-FA-X Model: Investigating the Mechanisms Underlying Reduced Autobiographical Memory Specificity in Individuals With and Without

- a History of Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 471-486.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0037271>
- Summer, J. A., Mineka, S., & McAdams, D. P. (2013). Specificity in autobiographical memory narratives correlates with performance on the Autobiographical Memory Test and prospectively predicts depressive symptoms. *Memory*, 21, 646-656.  
<http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2012.746372>
- Surcinelli P., Rossi N., Montebanarocci O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: Examining the mediating role of personality traits. *The Journal of Psychology*, 144, 523–534. <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2010.508082>
- Sutin, A. R., & Gillath, O. (2009). Autobiographical memory phenomenology and content mediate attachment style and psychological distress. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 351-364.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0014917>
- Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Remodelling depressive thought*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3–26). New York: The Guilford Press.
- Tulving, E. (1974). Cue-dependent forgetting. *American Scientist*, 62, 74-82.
- Tulving, E., & Thomson, D. M. (1973). Encoding specificity and retrieval processes in episodic memory. *Psychological Review*, 80, 352-373. <http://dx.doi.org/10.1037/h0020071>
- Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207-232. [http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285\(73\)90033-9](http://dx.doi.org/10.1016/0010-0285(73)90033-9)
- Vallejo, J. (2011). Transtornos depresivos. In J. Vallejo Ruiloba (Ed.), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría* (7ª ed., pp. 230-257). Barcelona: Elsevier Masson.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.  
<http://dx.doi.org/10.1037/a0018697>
- Vogel, D. L., & Wei, M. (2005). Adult Attachment and Help-Seeking Intent: The Mediating Roles of Psychological Distress and Perceived Social Support. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 347-357. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.52.3.347>

- Waters, T. A., Bauer, P. J., & Fivush, R. (2013). Autobiographical Memory Functions Served by Multiple Event Types. *Applied Cognitive Psychology, 28*, 185-195. <http://dx.doi.org/10.1002/acp.2976>
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2004). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders, 82*, 1-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.006>
- Watkins, O. C., & Watkins, M. J. (1975). Build up for proactive inhibition as a cue-overload effect. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory, 1*, 442-452.
- Watson, L. A., Berntsen, D., Kuyken, W., & Watkins, E. R. (2013). Involuntary and voluntary autobiographical memory specificity as a function of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 44*, 7-13. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.06.001>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review, 101*, 34-52. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>
- Wegner, D. M. (1997). When the antidote is the poison: Ironic mental control processes. *Psychological Science, 8*, 145-150. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.1997.tb00399.x>
- Wegner, D. M., Quillan, F., & Houston, C. E. (1996). Memories out of order: Thought suppression and the disturbance of sequence memory. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 680-691. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.71.4.680>
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Zakalik, R. A. (2004). Cultural equivalence of adult attachment across four ethnic groups: Factor structure, structured means, and associations with negative mood. *Journal of Counseling Psychology, 51*, 408-417. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.51.4.408>
- Weinstock, L. M., & Wishman, M. A. (2004). The self-verification model of depression and interpersonal rejection in heterosexual dating relationships. *Journal of Social and Clinical Psychology, 23*, 240-259. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.23.2.240.31020>
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-91. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59>
- Werner-Seidler, A., & Moulds, M. L. (2012) Mood repair and processing mode in depression. *Emotion, 12*, 470-478. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025984>
- Williams, J. M. G. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and Emotion, 20*, 548-568. <http://dx.doi.org/10.1080/02699930500450465>

- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dalgleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, *133*, 122-148. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.122>
- Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 144–149. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.95.2.144>
- Williams, H. L., Conway, M. A., & Cohen, G. (2008). Autobiographical Memory. In G. Cohen, & M. A. Conway (Eds.), *Memory in the Real World* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 21-90) United Kingdom: Psychology Press.
- Williams, J. M. G., & Dritschel, B. (1992). Categorical and extended autobiographical memories. In M. A. Conway, D. C. Rubin, H. Spinnler, & W. A. Wagenaar (Eds.), *Theoretical perspectives on autobiographical memory* (pp. 391–410). Netherlands: Kluwer Academic.
- Wisco, B. E., & Nolen-Hoeksema, S. (2009). The Interaction of Mood and Rumination in Depression: Effects on Mood Maintenance and Mood-Congruent Autobiographical Memory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *27*, 144-159. <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-009-0096-y>
- World Health Organization (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Retrieved March 17, 2014, from [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf)
- World Health Organization (2008). The Global Burden of Disease 2004 update. Retrieved March 14, 2014, from [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema* (3<sup>a</sup> ed.). São Paulo: Artmed.
- Young, J. E., & Brown, G. (1989). *Schema questionnaire*. Unpublished manuscript, Cognitive Therapy Centre of New York.
- Young, K. D., Erickson, K., & Drevets, W. C. (2012). Match between cue and memory valence during autobiographical memory recall in depression. *Psychological Reports*, *111*, 129-148.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2008). Cognitive Therapy for Depression. In D. H. Barlow (Eds.), *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual* (5<sup>th</sup> ed., pp. 250-305). New York: The Guilford Press.
- Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., & Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, *59*, 205-215. [http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327\(99\)00153-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0165-0327(99)00153-6)



# ANEXOS



**ANEXO A – CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**



### Carta de Consentimento Informado

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

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

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

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

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

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

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

Para qualquer dúvida adicional relativa à investigação poderei contactar: Michele Balola através do 91XXXXXXX ou XXXXX@gmail.com;

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

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



**ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**



Nº do questionário: \_\_\_\_\_

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

### Questionário de Caracterização da Amostra

**Idade:** \_\_\_\_\_ **Género:** Masculino  Feminino

**Habilitações Literárias:** Ensino Primário  **Profissão:** \_\_\_\_\_

Ensino Básico

Ensino Secundário

Frequência Universitária

Ensino Superior

**Estado Civil:** Solteiro/a

Casado/a

União de Facto

Divorciado/a

Viúvo/a

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

Sim  Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

Não

**Actualmente está em tratamento psiquiátrico?**

Sim  Se sim, porquê? \_\_\_\_\_

Não

**Actualmente toma medicação psicofarmacológica?**

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

Não

Considere a última questões se respondeu “Sim” na anterior.

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



**ANEXO C – INVENTÁRIO DE SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS (BSI)**



**BSI**

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

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

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

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

**ANEXO D – ESCALA DE DEPRESSÃO DE HAMILTON (HRSD)**



# Escala de Hamilton para a Depressão – HAMDI7

Para cada item, assinale o que melhor caracteriza o doente durante a semana que passou:

## 1. HUMOR DEPRIMIDO

(Tristeza, hopeless, helpless, worthless)

- Ausente .....  0  
 Apenas detectado quando inquirido .....  1  
 Referido por comunicação verbal espontânea .....  2  
 Detectado por comunicação não-verbal (expressão facial, postura, voz, choro fácil) .....  3  
 Relata quase exclusivamente estes sintomas na sua comunicação espontânea verbal e não verbal .....  4

## 2. SENTIMENTOS DE CULPA

- Ausente .....  0  
 Auto-censura, sente que desiludiu as pessoas .....  1  
 Ideias de culpa ou ruminacões acerca de erros ou "pecados" passados .....  2  
 A doença actual é um castigo. Delírios de culpa .....  3  
 Ouvre vozes acusatórias e/ou tem alucinações visuais ameaçadoras .....  4

## 3. SUICÍDIO

- Ausente .....  0  
 Sente que não vale a pena viver .....  1  
 Deseja estar morto ou pensamentos sobre a própria morte .....  2  
 Ideias ou gestos suicidas .....  3  
 Tentativas suicídio ( qualquer tentativa seria) .....  4

## 4. INSÓNIA INICIAL

- Sem dificuldades em adormecer .....  0  
 Dificuldade ocasional em adormecer (<1/2 hora) .....  1  
 Dificuldade em adormecer todas as noites .....  2

## 5. INSÓNIA INTERMÉDIA

- Sem dificuldades .....  0  
 Queixas de sono agitado durante a noite .....  1  
 Acorda durante a noite – se sair da cama, sem ser para ir a casa de banho com 2 .....  2

## 6. INSÓNIA TARDIA

- Sem dificuldades .....  0  
 Acorda de madrugada, mas volta a adormecer .....  1  
 Não consegue voltar a adormecer se sai da cama .....  2

## 7. TRABALHO E ACTIVIDADES

- Sem dificuldades .....  0  
 Fadiga, fraqueza ou pensamentos/sentimentos de incapacidade, relacionados com o trabalho, actividades ou hobbies .....  1  
 Perda de interesse no trabalho, actividades ou hobbies, referido directamente ou indirectamente por falta de atenção, indecisão e vacilação (sente que se tem de obrigar a trabalhar ou ter actividades) .....  2  
 ↓ tempo despendido em actividades ou ↓ produtividade. Internamento: < 3 h de actividades programadas .....  3  
 Parou de trabalhar devido a doença actual. Internamento: tarefas reduzidas ou necessidade de ajuda .....  4

## 8. INIBIÇÃO

- Discurso e pensamento normais .....  0  
 Ligera lentificação na entrevista .....  1  
 Obvia lentificação na entrevista .....  2  
 Dificuldade na realização da entrevista .....  3  
 Letargia completa .....  4

## 9. AGITAÇÃO

- Nenhum .....  0  
 Inquietação (Fidgetiness) .....  1  
 "Branca" com as mãos, cabelo, etc .....  2  
 Movimenta-se de um lado para o outro, não consegue estar sentado .....  3  
 Torce as mãos, morde as unhas ou lábios, puxa os cabelos .....  4

## 10. ANSIEDADE PSÍQUICA

- Ausente .....  0  
 Tensão e irritabilidade subjectivas .....  1  
 Preocupa-se com assuntos menores .....  2  
 Atitude agressiva detectada na face ou discurso .....  3  
 Medo expresso (sem ser questionado) .....  4

## 11. ANSIEDADE SOMÁTICA

(Gastrointestinal: Boca seca, flatulência, indigestão, diarreia, cólicas, azia. Cardiovascular: palpitações, síncope. Respiratório: hiperventilação, engasgamentos. Aumento frequência urinária. Sudores.)

- Ausente .....  0  
 Leve .....  1  
 Moderada .....  2  
 Grave .....  3  
 Incapacitante .....  4

## 12. SINTOMAS SOMÁTICOS (DIGESTIVOS)

- Nenhum .....  0  
 Perda de apetite, mas come sem precisar de incentivo. Sensação de "barriga pesada" .....  1  
 Dificuldade em comer sem ser incentivado. Pode ou necessita de laxantes ou outra medicação para os intestinos ou sintomas GI .....  2

## 13. SINTOMAS SOMÁTICOS (GERAIS)

- Nenhum .....  0  
 Peso nos membros, costas ou cabeça. Dor nas costas, cefaleias, mialgias. Perda de energia e fadiga .....  1  
 Qualquer sintoma bem definido (clear-cut) .....  2

## 14. SINTOMAS GENTAIS

- (Ex: Perda de Libido, Distúrbio menstrual)  
 Ausente .....  0  
 Leves .....  1  
 Severos .....  2

## 15. HIPOCONDRIA

- Ausente .....  0  
 Atenção às sensações corporais .....  1  
 Preocupação com a saúde .....  2  
 Queixas frequentes, pedidos de ajuda, etc .....  3  
 Delírio hipochondríaco .....  4

## 16. PERDA DE PESO

- Sem perda de peso ou perda sem ser por depressão .....  0  
 Provável perda de peso associada a depressão .....  1  
 Sem dúvidas de perda de peso por depressão .....  2

## 17. INSIGHT

- Reconhece estar deprimido e doente .....  0  
 Admite a doença mas atribui a causa a um cozido, clima, excesso de trabalho, vírus, cansaço, etc .....  1  
 Negá completamente estar doente .....  2

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

NOME: \_\_\_\_\_ TOTAL:



**ANEXO E: INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI)**



Neste questionário existem grupos de quatro afirmações.

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

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

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).  
1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.  
2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.  
3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.
6. 0 Não sinto que esteja a ser punido(a).  
1 Sinto que posso ser punido(a).  
2 Sinto que mereço ser punido(a).  
3 Sinto que estou a ser punido(a).
7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).  
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).  
2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).  
3 Eu odeio-me.
8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.  
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.  
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.  
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.

9. 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.  
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.  
2 Gostaria de me matar.  
3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.  
1 Choro mais agora do que costumava fazer.  
2 Actualmente, choro o tempo todo.  
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0 Não me irrito mais do que costumava.  
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.  
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).  
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.  
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.  
2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.  
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões tão bem como antes.
- 1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
- 
14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
- 1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tornam nada atraente
- 3 Considero-me feio(a).
- 
15. 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho que me forçar muito para fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
- 
16. 0 Durmo tão bem como habitualmente.
- 1 Não durmo tão bem como costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual.  
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.  
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.  
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18. 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.  
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.  
2 O meu apetite, agora, está muito pior.  
3 Perdi completamente o apetite.
19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.  
1 Perdi mais de 2,5 Kg.  
2 Perdi mais de 5 Kg.  
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
- Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos. Sim\_\_\_ Não\_\_\_
20. 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.  
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão de ventre.  
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.  
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo

pensar em qualquer outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
- 1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
- 2 Sinto-me , actualmente , muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- 3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

## ANEXO F: Escala Estado-Traço de Ansiedade



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

Nº \_\_\_\_\_

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

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

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

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

## ANEXO G: Escala de Vinculação do Adulto (EVA)



## Escala de Vinculação do Adulto

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

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

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



## ANEXO H: Questionário de Esquemas de Young



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

Nº \_\_\_\_\_

**INSTRUÇÕES**

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

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

**ESCALA DE RESPOSTA**

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

**EXEMPLO:**

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

**PRESTE ATENÇÃO POR FAVOR**

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

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

**ESCALA DE RESPOSTA**

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

**A I**

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

**A II**

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

ESCALA DE RESPOSTA

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

A III

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

A IV

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

ESCALA DE RESPOSTA

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

LV

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

LVI

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

<p>ESCALA DE RESPOSTA</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Não descreve de <b>maneira nenhuma</b> a minha maneira de ser.</li> <li>2. Acontece <b>algumas vezes</b> mas é pouco característica da minha maneira de ser.</li> <li>3. Acontece <b>neste momento</b> mas não costumava acontecer no passado.</li> <li>4. Descreve de <b>modo bastante</b> característico e <b>frequentemente</b> a minha maneira de ser.</li> <li>5. Descreve de um <b>modo muito</b> característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.</li> <li>6. Descreve de um <b>modo muitíssimo</b> característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.</li> </ol>
--



### L VII

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

### L VIII

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

### V IX

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

ESCALA DE RESPOSTA

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

V X

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

V XI

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

ESCALA DE RESPOSTA

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

V XII

92. No fundo sou uma pessoa má \_\_\_\_
93. Mereço ser castigado(a) \_\_\_\_
94. Não mereço ser feliz \_\_\_\_
95. Quando cometo um erro mereço ser severamente criticado(a) e punido(a) \_\_\_\_
96. Não devo desculpar-me pelos meus erros ou fugir das minhas responsabilidades \_\_\_\_
97. Sinto-me muito culpado(a) dos erros que cometi \_\_\_\_
98. Por mais que tente, em determinados aspectos sou incapaz de viver de acordo com os meus princípios religiosos ou morais \_\_\_\_
99. Muitas vezes sinto-me culpado(a) sem saber porquê \_\_\_\_
100. Sinto-me envergonhado pelos meus defeitos \_\_\_\_
101. Sou tão inferior que não posso mostrar as minhas faltas aos outros \_\_\_\_
102. Sinto que não conseguiria enfrentar os outros se eles descobrissem os meus defeitos \_\_\_\_
103. Sinto-me muitas vezes embaraçado quando estou com outras pessoas porque não me sinto à altura delas \_\_\_\_
104. Tenho demasiada consciência de mim sempre que estou com os outros \_\_\_\_
105. Tenho de ser o(a) melhor em quase tudo o que faço, não aceito ficar em segundo lugar \_\_\_\_
106. Luto por manter quase tudo numa ordem perfeita \_\_\_\_
107. Tenho de parecer o melhor possível na maior parte do tempo \_\_\_\_
108. Tenho de fazer o melhor, não chega ser suficientemente bom \_\_\_\_
109. Tenho tanta coisa para fazer que quase não tenho tempo para descansar \_\_\_\_
110. Quase nada do que faço é suficientemente bom, posso sempre fazer melhor \_\_\_\_
111. Tenho de estar à altura das minhas responsabilidades \_\_\_\_
112. Sinto sobre mim uma pressão constante para realizar coisas e alcançar objectivos \_\_\_\_
113. O meu relacionamento com as pessoas ressentem-se com o facto de exigir demais de mim mesmo(a) \_\_\_\_
114. Prejudico a minha saúde por andar sempre numa tensão enorme para fazer as coisas bem feitas \_\_\_\_
115. Sacrifico com frequência o prazer e a felicidade para atingir os meus níveis de exigência \_\_\_\_

ESCALA DE RESPOSTA

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

XV

116. Tenho muita dificuldade em aceitar um não por resposta quando quero alguma coisa dos outros \_\_\_\_
117. Fico com frequência zangado(a) ou irritado se não consigo o que quero \_\_\_\_
118. Sou uma pessoa especial e não devia ser obrigado a aceitar muitas das restrições que são impostas aos outros \_\_\_\_
119. Detesto ser constrangido(a) ou impedido de fazer o que quero \_\_\_\_
120. Tenho muita dificuldade em aceitar aspectos da minha vida que não são como eu quero que sejam, se bem que objectivamente a minha vida seja boa \_\_\_\_
121. Tenho muita dificuldade em conseguir parar de beber, ou de fumar, ou de comer demasiado \_\_\_\_
122. Acho que não sou capaz de me sujeitar à rotina ou de fazer tarefas aborrecidas \_\_\_\_
123. Muitas vezes permito-me agir por impulsos e exprimir emoções que originam problemas ou magoam as outras pessoas \_\_\_\_

ANEXO I: Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64)



## Problemas Interpessoais IIP

Esta é uma lista de alguns problemas no relacionamento com os outros, que as pessoas às vezes referem. Leia a lista que se segue e considere para cada item se esse determinado problema constitui um problema para si relativamente a uma pessoa significativa na sua vida. Depois escolha o número que descreve a forma como esse problema tem sido perturbador para si e faça um círculo à volta desse número.

Exemplo: É difícil para mim:	De que forma se sente perturbado/a por este problema?				
	de forma alguma	um pouco	moderada- mente	bastante	extrema- mente
00 relacionar-me com os meus familiares	0	1	2	3	4

<b>PARTE 1: A lista que se segue diz respeito aos aspectos que considera difíceis de fazer com as outras pessoas</b>						
É difícil para mim:		de forma alguma	um pouco	moderada- mente	bastante	extrema- mente
01	confiar nas outras pessoas	0	1	2	3	4
02	dizer não às outras pessoas	0	1	2	3	4
03	justar-me em grupo	0	1	2	3	4
04	manter a privacidade dos meus assuntos	0	1	2	3	4
05	fazer com que as outras pessoas saibam aquilo que eu quero	0	1	2	3	4
06	Dizer a uma pessoa que pare de me aborrecer	0	1	2	3	4
07	Apresentar-me a pessoas novas	0	1	2	3	4
08	Confrontar as pessoas com os problemas que aparecem	0	1	2	3	4
09	Ser assertivo/a com as outras pessoas	0	1	2	3	4
10	Deixar que os outros se apercebam quando estou zangado/a	0	1	2	3	4
11	Comprometer-me a longo prazo com outra pessoa	0	1	2	3	4
12	Ser o/a chefe de outra pessoa	0	1	2	3	4
13	Ser agressivo/a com uma pessoa quando a situação o exige	0	1	2	3	4
14	Socializar com as outras pessoas	0	1	2	3	4
15	Mostrar afecto pelos outros	0	1	2	3	4
16	Mantêr-me firme quanto ao meu ponto de vista e não me deixar persuadir pelos outros	0	1	2	3	4
17	Relacionar-me com as outras pessoas	0	1	2	3	4
18	Compreender o ponto de vista das outras pessoas	0	1	2	3	4
19	Ser firme quando preciso de o ser	0	1	2	3	4
20	Experenciar um sentimento de amor por outra pessoa	0	1	2	3	4
21	Estabelecer limites com outra pessoa	0	1	2	3	4
22	Ser apoiante relativamente aos objectivos de vida de outra pessoa	0	1	2	3	4
23	Sentir-me próximo/a de outras pessoas	0	1	2	3	4
24	Preocupar-me realmente com os problemas dos outros	0	1	2	3	4
25	Discutir com outra pessoa	0	1	2	3	4
26	Passar tempo sozinho/a	0	1	2	3	4
27	Dar um presente a outra pessoa	0	1	2	3	4
28	Permitir-me sentir zangado/a com uma pessoa de quem gosto	0	1	2	3	4
29	Pôr as necessidades dos outros à frente das minhas	0	1	2	3	4

<b>É difícil para mim</b>		de forma alguma	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente
30	Falar de coisas pessoais com outras pessoas	0	1	2	3	4
31	Receber instruções de pessoas que têm autoridade sobre mim	0	1	2	3	4
32	Sentir-me bem com a felicidade de outra pessoa	0	1	2	3	4
33	Pedir a outras pessoas para se envolverem socialmente comigo	0	1	2	3	4
34	Sentir-me zangado/a com as outras pessoas	0	1	2	3	4
35	Abrir-me e falar dos meus sentimentos às outras pessoas	0	1	2	3	4
36	Desculpar os outros após ter-me zangado com eles	0	1	2	3	4
37	Preocupar-me com o meu bem-estar quando outra pessoa está necessitada	0	1	2	3	4
38	Ser assertivo/a sem me preocupar em magoar os outros	0	1	2	3	4
39	Ser auto-confiante quando estou com os outros	0	1	2	3	4
<b>PARTE 2: Segue-se os aspectos que faz em demasia</b>						
40	Discuto demasiado com as outras pessoas	0	1	2	3	4
41	Sinto-me demasiado responsável em resolver os problemas dos outros	0	1	2	3	4
42	Sou facilmente influenciado pelas outras pessoas	0	1	2	3	4
43	Abro-me demais com as outras pessoas	0	1	2	3	4
44	Sou demasiado independente	0	1	2	3	4
45	Sou demasiado agressivo/a com as outras pessoas	0	1	2	3	4
46	Tento agradecer demasiadamente aos outros	0	1	2	3	4
47	Sou demasiado brincalhão	0	1	2	3	4
48	Quero muito que reparem em mim	0	1	2	3	4
49	Confio demais nas outras pessoas	0	1	2	3	4
50	Tento controlar demasiadamente as outras pessoas	0	1	2	3	4
51	Frequentemente ponho as necessidades das outras pessoas à frente das minhas	0	1	2	3	4
52	Tento frequentemente mudar as outras pessoas	0	1	2	3	4
53	Sou demasiado ingénuo/a	0	1	2	3	4
54	Sou demasiado generoso/a com as outras pessoas	0	1	2	3	4
55	Tenho muito medo das outras pessoas	0	1	2	3	4
56	Sou demasiado desconfiado em relação às outras pessoas	0	1	2	3	4
57	Frequentemente manipulo as outras pessoas para obter o que eu quero	0	1	2	3	4
58	Conto frequentemente a minha vida pessoal às outras pessoas	0	1	2	3	4
59	Discuto muito com as outras pessoas	0	1	2	3	4
60	Frequentemente mantenho-me distante das outras pessoas	0	1	2	3	4
61	Frequentemente deixo que os outros tirem partido de mim	0	1	2	3	4
62	Fico muito embaraçado/a quando estou com outras pessoas	0	1	2	3	4
63	Sou muito afectado/a pelo sofrimento das outras pessoas	0	1	2	3	4
64	Frequentemente quero vingar-me das outras pessoas	0	1	2	3	4

## OUTPUTS ESTATÍSTICOS

### VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Idade:

Descriptive Statistics										
Grupo	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis		
	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error	
Depressão Major	Idade	33	20	59	43,73	11,793	,429	,409	-,883	,798
Ansiedade Generalizada	Idade	30	22	58	41,07	12,069	-,318	,427	-1,271	,833
Sem alteração psicopatológica	Idade	48	19	58	39,08	11,971	-,131	,343	-1,349	,674

#### Tests of Normality

Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk			
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig. <i>p</i> Ou p-value ou valor <i>p</i>	
Depressão Major	Idade	,133	33	,144	,931	33	,038
Ansiedade Generalizada	Idade	,155	30	,063	,907	30	,013
Sem alteração psicopatológica	Idade	,139	48	,022	,921	48	,003

a. Lilliefors Significance Correction

Idade

#### Descriptives

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Depressão Major	33	43,73	11,793	2,053	39,55	47,91	20	59
Ansiedade Generalizada	30	41,07	12,069	2,203	36,56	45,57	22	58
Sem alteração psicopatológica	48	39,08	11,971	1,728	35,61	42,56	19	58
Total	111	41,00	11,997	1,139	38,74	43,26	19	59

#### Test of Homogeneity of Variances

Idade

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,186	2	108	,831

## ANOVA

Idade

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	421,921	2	210,961	1,478	,233
Within Groups	15410,079	108	142,686		
Total	15832,000	110			

Género:

## Género

Grupo		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Depressão Major	Masculino	4	12,1	12,1	12,1
	Feminino	29	87,9	87,9	100,0
	Total	33	100,0	100,0	
Ansiedade Generalizada	Masculino	11	36,7	36,7	36,7
	Feminino	19	63,3	63,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Sem alteração psicopatológica	Masculino	18	37,5	37,5	37,5
	Feminino	30	62,5	62,5	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

Habilitações literárias:

## Habilitações Literárias

Grupo		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Depressão Major	Ensino primário	7	21,2	21,2	21,2
	Ensino básico	7	21,2	21,2	42,4
	Ensino secundário	15	45,5	45,5	87,9
	Ensino Superior	4	12,1	12,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	
Ansiedade Generalizada	Ensino primário	4	13,3	13,3	13,3
	Ensino básico	4	13,3	13,3	26,7
	Ensino secundário	16	53,3	53,3	80,0
	Ensino Superior	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	
Sem alteração psicopatológica	Ensino primário	2	4,2	4,2	4,2
	Ensino básico	4	8,3	8,3	12,5
	Ensino secundário	24	50,0	50,0	62,5
	Ensino Superior	18	37,5	37,5	100,0
	Total	48	100,0	100,0	

		Grupo					
		Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica	
		Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %	Count	Column Valid N %
Habilitações Literárias	Ensino primário	7	21,2%	4	13,3%	2	4,2%
	Ensino básico	7	21,2%	4	13,3%	4	8,3%
	Ensino secundário	15	45,5%	16	53,3%	24	50,0%
	Ensino Superior	4	12,1%	6	20,0%	18	37,5%

### Profissões:

Profissão \* Grupo Crosstabulation

Profissão	Grupo						Total
	Depressão Major		Ansiedade Generalizada		Sem alteração psicopatológica		
Quadros superiores da administração pública, dirigentes e quadro superiores da empresa	1	3,0%	0	0,0%	4	8,3%	5
Especialistas das profissões intelectuais e científicas Count	2	6,1%	2	6,7%	11	22,9%	15
Técnicos e profissionais de nível intermédio Count	3	9,1%	4	13,3%	9	18,8%	16
Pessoal administrativo e similares Count	3	9,1%	3	10,0%	1	2,1%	7
Pessoal dos serviços e vendedores Count	6	18,2%	5	16,7%	4	8,3%	15
Operários, artífices e trabalhadores similares Count	1	3,0%	0	0,0%	1	2,1%	2
Trabalhadores não qualificados Count	5	15,2%	3	10,0%	1	2,1%	9
Desempregado Count	9	27,3%	1	3,3%	4	8,3%	14
Reformado Count	3	9,1%	5	16,7%	0	0,0%	8
Estudante Count	0	0,0%	7	23,3%	13	27,1%	20
Total N	33	100%	30	100%	48	100%	111

### Inventário de Sintomas Psicopatológicos

#### Tests of Normality

Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>	Shapiro-Wilk
-------	---------------------------------	--------------

		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Somatização	Depressão Major	,110	33	,200*	,947	33	,109
	Ansiedade Generalizada	,129	30	,200*	,939	30	,085
	Sem alteração psicopatológica	,228	48	,000	,809	48	,000
Obsessões e Compulsões	Depressão Major	,164	33	,025	,951	33	,142
	Ansiedade Generalizada	,119	30	,200*	,974	30	,660
	Sem alteração psicopatológica	,115	48	,137	,955	48	,063
Sensibilidade Interpessoal	Depressão Major	,151	33	,055	,949	33	,127
	Ansiedade Generalizada	,123	30	,200*	,952	30	,188
	Sem alteração psicopatológica	,148	48	,010	,903	48	,001
Depressão	Depressão Major	,193	33	,003	,889	33	,003
	Ansiedade Generalizada	,181	30	,014	,936	30	,069
	Sem alteração psicopatológica	,127	48	,052	,888	48	,000
Ansiedade	Depressão Major	,110	33	,200*	,966	33	,369
	Ansiedade Generalizada	,170	30	,026	,938	30	,078
	Sem alteração psicopatológica	,152	48	,007	,930	48	,007
Hostilidade	Depressão Major	,088	33	,200*	,983	33	,860
	Ansiedade Generalizada	,128	30	,200*	,957	30	,260
	Sem alteração psicopatológica	,191	48	,000	,885	48	,000
Ansiedade Fóbica	Depressão Major	,113	33	,200*	,940	33	,068
	Ansiedade Generalizada	,153	30	,073	,923	30	,031
	Sem alteração psicopatológica	,372	48	,000	,692	48	,000
Ideação Paranóide	Depressão Major	,172	33	,015	,935	33	,048
	Ansiedade Generalizada	,100	30	,200*	,967	30	,471
	Sem alteração psicopatológica	,156	48	,005	,915	48	,002
Psicoticismo	Depressão Major	,101	33	,200*	,974	33	,588
	Ansiedade Generalizada	,144	30	,112	,928	30	,044
	Sem alteração psicopatológica	,252	48	,000	,841	48	,000
Índice_geral_sintomas	Depressão Major	,127	33	,191	,961	33	,267
	Ansiedade Generalizada	,104	30	,200*	,953	30	,208
	Sem alteração psicopatológica	,122	48	,072	,955	48	,062
Total_sintomas_positivos	Depressão Major	,174	33	,013	,885	33	,002
	Ansiedade Generalizada	,122	30	,200*	,931	30	,053
	Sem alteração psicopatológica	,123	48	,065	,956	48	,072
Índice de Sintomas Positivas	Depressão Major	,089	33	,200*	,966	33	,369
	Ansiedade Generalizada	,113	30	,200*	,959	30	,295
	Sem alteração psicopatológica	,123	48	,068	,925	48	,004

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

a. Lilliefors Significance Correction

ANOVA						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Somatização	Between Groups	60,049	2	30,024	55,449	,000
	Within Groups	58,480	108	,541		

	Total	118,528	110			
Obsessões e Compulsões	Between Groups	71,443	2	35,722	75,144	,000
	Within Groups	51,341	108	,475		
	Total	122,784	110			
Sensibilidade Interpessoal	Between Groups	58,302	2	29,151	46,349	,000
	Within Groups	67,926	108	,629		
	Total	126,227	110			
Depressão	Between Groups	131,559	2	65,780	111,835	,000
	Within Groups	63,524	108	,588		
	Total	195,083	110			
Ansiedade	Between Groups	66,471	2	33,236	61,177	,000
	Within Groups	58,673	108	,543		
	Total	125,144	110			
Hostilidade	Between Groups	45,342	2	22,671	34,472	,000
	Within Groups	71,028	108	,658		
	Total	116,370	110			
Ansiedade Fóbica	Between Groups	41,771	2	20,885	40,531	,000
	Within Groups	55,652	108	,515		
	Total	97,423	110			
Ideação Paranóide	Between Groups	55,473	2	27,737	42,724	,000
	Within Groups	70,114	108	,649		
	Total	125,588	110			
Psicoticismo	Between Groups	58,935	2	29,468	63,228	,000
	Within Groups	50,334	108	,466		
	Total	109,269	110			
Índice_geral_sintomas	Between Groups	64,074	2	32,037	92,109	,000
	Within Groups	37,564	108	,348		
	Total	101,638	110			
Total_sintomas_positivos	Between Groups	12198,247	2	6099,123	46,474	,000
	Within Groups	14173,609	108	131,237		
	Total	26371,856	110			
Índice de Sintomas Positivas	Between Groups	42,695	2	21,348	107,138	,000
	Within Groups	21,519	108	,199		
	Total	64,215	110			

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Somatização is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Obsessões e Compulsões is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of Sensibilidade Interpessoal is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
4	The distribution of Depressão is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
5	The distribution of Ansiedade is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
6	The distribution of Hostilidade is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
7	The distribution of Ansiedade Fóbica is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
8	The distribution of Ideação Paranóide is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
9	The distribution of Psicoticismo is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
10	The distribution of Índice_geral_sintomas is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
11	The distribution of Total_sintomas_positivos is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
12	The distribution of Índice de Sintomas Positivos is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
13	The distribution of BDI is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
14	The distribution of BDi segundo momento is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
15	The distribution of Hamilton1 is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
16	The distribution of Hamilton2 is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

BDI; STAI e Hamilton

BDI e STAI

## Tests of Normality

	Grupo	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI	Depressão Major	,149	33	,059	,930	33	,035
	Ansiedade Generalizada	,140	30	,139	,937	30	,075
	Sem alteração psicopatológica	,147	48	,011	,922	48	,003
STAI-Estado	Depressão Major	,185	33	,006	,898	33	,005
	Ansiedade Generalizada	,111	30	,200*	,950	30	,172
	Sem alteração psicopatológica	,115	48	,135	,929	48	,006
STAI-Traço	Depressão Major	,220	33	,000	,896	33	,004
	Ansiedade Generalizada	,139	30	,142	,931	30	,052
	Sem alteração psicopatológica	,090	48	,200*	,966	48	,176

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

a. Lilliefors Significance Correction

## Test of Homogeneity of Variance

		Levene Statistic	df1	df2	Sig.
BDI	Based on Mean	28,642	2	108	,000
	Based on Median	28,073	2	108	,000
	Based on Median and with adjusted df	28,073	2	70,231	,000
	Based on trimmed mean	28,672	2	108	,000
STAI-Estado	Based on Mean	3,561	2	108	,032
	Based on Median	2,788	2	108	,066
	Based on Median and with adjusted df	2,788	2	97,763	,066
	Based on trimmed mean	3,561	2	108	,032
STAI-Traço	Based on Mean	7,629	2	108	,001
	Based on Median	3,834	2	108	,025
	Based on Median and with adjusted df	3,834	2	84,547	,025
	Based on trimmed mean	6,954	2	108	,001

## ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
--	----------------	----	-------------	---	------

BDI	Between Groups	14961,976	2	7480,988	119,047	,000
	Within Groups	6786,798	108	62,841		
	Total	21748,775	110			
STAI-Estado	Between Groups	9090,615	2	4545,308	45,298	,000
	Within Groups	10837,025	108	100,343		
	Total	19927,640	110			
STAI-Traço	Between Groups	6871,625	2	3435,812	38,463	,000
	Within Groups	9647,294	108	89,327		
	Total	16518,919	110			

### Multiple Comparisons

Dunnett C

Dependent Variable	(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
BDI	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	14,445*	2,594	8,05	20,84
		Sem alteração psicopatológica	27,587*	1,625	23,60	31,57
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-14,445*	2,594	-20,84	-8,05
		Sem alteração psicopatológica	13,142*	2,125	7,90	18,39
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-27,587*	1,625	-31,57	-23,60
		Ansiedade Generalizada	-13,142*	2,125	-18,39	-7,90
STAI-Estado	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	6,606	2,819	-,34	13,56
		Sem alteração psicopatológica	20,710*	2,049	15,70	25,72
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-6,606	2,819	-13,56	,34
		Sem alteração psicopatológica	14,104*	2,605	7,70	20,51
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-20,710*	2,049	-25,72	-15,70
		Ansiedade Generalizada	-14,104*	2,605	-20,51	-7,70
STAI-Traço	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	5,345	2,769	-1,48	12,17

	Sem alteração psicopatológica	17,900*	2,175	12,57	23,23
Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-5,345	2,769	-12,17	1,48
	Sem alteração psicopatológica	12,554*	2,227	7,08	18,03
Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-17,900*	2,175	-23,23	-12,57
	Ansiedade Generalizada	-12,554*	2,227	-18,03	-7,08

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Teste de Kruskal-Wallis

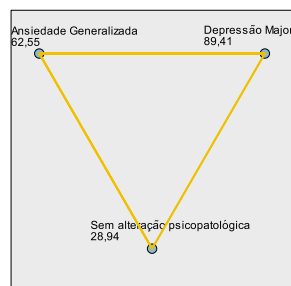
### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of STAI-Estado is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of STAI-Traço is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

## Comparações múltiplas de K-W BDI

### Pairwise Comparisons of Grupo



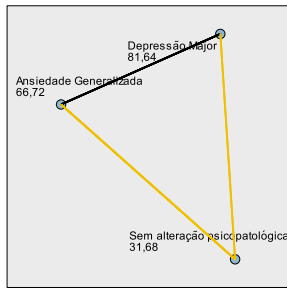
Each node shows the sample average rank of Grupo.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Sem alteração psicopatológica- Ansiedade Generalizada	33,612	7,481	4,493	,000	,000
Sem alteração psicopatológica- Depressão Major	60,472	7,269	8,319	,000	,000
Ansiedade Generalizada- Depressão Major	26,859	8,109	3,312	,001	,003

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

## Stai-estado

Pairwise Comparisons of Grupo



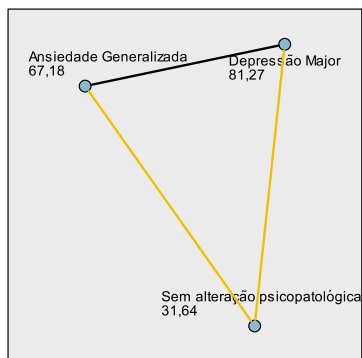
Each node shows the sample average rank of Grupo.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Sem alteração psicopatológica- Ansiedade Generalizada	35,040	7,488	4,679	,000	,000
Sem alteração psicopatológica- Depressão Major	49,959	7,275	6,867	,000	,000
Ansiedade Generalizada- Depressão Major	14,920	8,116	1,838	,066	,198

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

## STAI-traço

Pairwise Comparisons of Grupo



Each node shows the sample average rank of Grupo.

Sample1-Sample2	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
Sem alteração psicopatológica- Ansiedade Generalizada	35,548	7,486	4,749	,000	,000
Sem alteração psicopatológica- Depressão Major	49,637	7,273	6,825	,000	,000
Ansiedade Generalizada- Depressão Major	14,089	8,114	1,737	,082	,247

Each row tests the null hypothesis that the Sample 1 and Sample 2 distributions are the same. Asymptotic significances (2-sided tests) are displayed. The significance level is ,05.

## TESTES T-Student

## Group Statistics

	Grupo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI	Depressão Major	33	31,55	8,948	1,558
	Ansiedade Generalizada	30	17,10	11,363	2,075
BDi segundo momento	Depressão Major	33	28,85	7,379	1,284
	Ansiedade Generalizada	30	14,97	9,118	1,665
Hamilton1	Depressão Major	33	24,30	4,838	,842
	Ansiedade Generalizada	30	11,43	4,911	,897
Hamilton2	Depressão Major	33	22,85	3,718	,647
	Ansiedade Generalizada	30	9,27	4,495	,821

## Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
BDI	Equal variances assumed	4,252	,043	5,632	61	,000	14,445	2,565	9,316	19,575
	Equal variances not assumed			5,568	55,055	,000	14,445	2,594	9,246	19,644
BDi segundo momento	Equal variances assumed	1,365	,247	6,669	61	,000	13,882	2,082	9,720	18,044
	Equal variances not assumed			6,602	55,865	,000	13,882	2,103	9,670	18,094
Hamilton1	Equal variances assumed	,143	,707	10,470	61	,000	12,870	1,229	10,412	15,328
	Equal variances not assumed			10,462	60,246	,000	12,870	1,230	10,409	15,330
Hamilton2	Equal variances assumed	,563	,456	13,114	61	,000	13,582	1,036	11,511	15,653
	Equal variances not assumed			12,996	56,487	,000	13,582	1,045	11,489	15,675

## Teste não paramétrico de Mann-Whitney - comparar 2 grupos

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDi segundo momento is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
2	The distribution of Hamilton1 is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.
3	The distribution of Hamilton2 is the same across categories of Grupo.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,000	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

### Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 BDI	24,67	63	12,434	1,567
BDi segundo momento	22,24	63	10,762	1,356
Pair 2 Hamilton1	18,17	63	8,083	1,018
Hamilton2	16,38	63	7,958	1,003

### Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 BDI & BDi segundo momento	63	,867	,000
Pair 2 Hamilton1 & Hamilton2	63	,885	,000

### Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 BDI - BDi segundo momento	2,429	6,205	,782	,866	3,991	3,106	62	,003
Pair 2 Hamilton1 - Hamilton2	1,794	3,844	,484	,825	2,762	3,703	62	,000

### Inventário de Problemas Interpessoais (IIP-64)

		ANOVA				
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Dominator/Controlador	Between Groups	29,350	2	14,675	,629	,535
	Within Groups	2518,992	108	23,324		
	Total	2548,342	110			
Vingativo/Auto-Centrado	Between Groups	346,715	2	173,358	11,470	,000
	Within Groups	1632,276	108	15,114		
	Total	1978,991	110			
Frio/Distante	Between Groups	702,735	2	351,368	16,038	,000
	Within Groups	2366,040	108	21,908		
	Total	3068,775	110			
Inibido Socialmente	Between Groups	1083,249	2	541,624	17,179	,000
	Within Groups	3405,022	108	31,528		
	Total	4488,270	110			
Não Assertivo	Between Groups	1284,233	2	642,117	16,122	,000
	Within Groups	4301,406	108	39,828		
	Total	5585,640	110			
Complacente	Between Groups	861,334	2	430,667	12,957	,000
	Within Groups	3589,603	108	33,237		
	Total	4450,937	110			
Auto-Sacrifício	Between Groups	906,984	2	453,492	16,185	,000
	Within Groups	3026,116	108	28,020		
	Total	3933,099	110			
Intrusivo/Carente	Between Groups	432,819	2	216,409	10,164	,000
	Within Groups	2299,416	108	21,291		
	Total	2732,234	110			
Total IIP-64	Between Groups	36944,081	2	18472,040	24,661	,000
	Within Groups	80895,649	108	749,034		
	Total	117839,730	110			

### Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

#### ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
EVA_Dimensão Ansiedade	Between Groups	27,695	2	13,847	14,073	,000
	Within Groups	106,273	108	,984		
	Total	133,968	110			
EVA_Dimensão Confiança nos outros	Between Groups	1,967	2	,984	1,543	,218
	Within Groups	68,858	108	,638		
	Total	70,825	110			
EVA_Dimensão Conforto com a Proximidade	Between Groups	4,715	2	2,357	6,205	,003
	Within Groups	41,026	108	,380		
	Total	45,741	110			

### Tarefa de Memória Autobiográfica

#### Report

	Grupo	Mean	N	Std. Deviation	Kurtosis	Skewness	Minimum	Maximum
Total Acontecimentos Evocados	Depressão Major	21,24	33	4,039	,583	,636	14	32
	Ansiedade Generalizada	21,40	30	3,400	1,304	1,053	16	31
	Sem alteração psicopatológica	20,81	48	3,971	11,320	2,539	14	40
	Total	21,10	111	3,821	5,293	1,566	14	40
Total Acontecimentos Negativos Evocados	Depressão Major	13,06	33	4,351	1,114	1,061	6	26
	Ansiedade Generalizada	10,77	30	2,555	1,739	1,209	7	18
	Sem alteração psicopatológica	7,90	48	2,860	1,240	,997	3	16
	Total	10,21	111	3,948	1,926	1,090	3	26
Total Acontecimentos Positivos Evocados	Depressão Major	5,33	33	1,931	-,882	,048	2	9
	Ansiedade Generalizada	7,63	30	2,646	,863	,762	3	15
	Sem alteração psicopatológica	9,40	48	2,615	7,108	1,698	5	21
	Total	7,71	111	2,965	2,592	,807	2	21
Total Acontecimentos Neutros Evocados	Depressão Major	2,82	33	1,590	,673	,913	0	7
	Ansiedade Generalizada	3,00	30	2,068	3,159	1,429	0	10
	Sem alteração psicopatológica	3,52	48	1,637	-,222	,128	0	7
	Total	3,17	111	1,763	1,075	,779	0	10
Total de Acontecimentos evocados com palavras negativas	Depressão Major	7,85	33	2,360	,823	,405	2	13
	Ansiedade Generalizada	8,07	30	2,033	2,348	1,565	5	14
	Sem alteração psicopatológica	6,96	48	2,000	8,777	2,309	4	16
	Total	7,52	111	2,161	2,818	1,281	2	16
Total de Acontecimentos evocados com palavras positivas	Depressão Major	6,85	33	1,503	-,759	,274	4	10
	Ansiedade Generalizada	7,13	30	1,224	,517	,575	5	10
	Sem alteração psicopatológica	7,27	48	1,723	7,743	1,853	4	15
	Total	7,11	111	1,534	5,315	1,278	4	15
	Depressão Major	6,61	33	2,304	,871	,532	2	13

Total de Acontecimentos evocados com palavras neutras	Ansiedade	6,23	30	1,251	-,710	-,475	4	8
	Generalizada	6,58	48	1,217	,711	,204	4	10
	Sem alteração psicopatológica Total	6,50	111	1,617	2,221	,494	2	13
Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Positivas	Depressão Major	4,09	33	1,608	-,080	-,013	1	8
	Ansiedade	5,43	30	1,736	,271	-,092	2	9
	Generalizada	6,60	48	1,512	2,464	1,025	4	12
	Sem alteração psicopatológica Total	5,54	111	1,911	,698	,076	1	12
Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Negativas	Depressão Major	,06	33	,242	13,736	3,861	0	1
	Ansiedade	,20	30	,484	6,057	2,499	0	2
	Generalizada	,15	48	,412	8,961	2,971	0	2
	Sem alteração psicopatológica Total	,14	111	,393	9,165	3,031	0	2
Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Neutras	Depressão Major	1,30	33	1,334	3,281	1,419	0	6
	Ansiedade	2,00	30	1,438	-,364	,447	0	5
	Generalizada	2,58	48	1,555	,483	,599	0	7
	Sem alteração psicopatológica Total	2,05	111	1,546	,377	,706	0	7
Total Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Positivas	Depressão Major	2,24	33	1,370	,621	,774	0	6
	Ansiedade	1,47	30	1,306	,412	,824	0	5
	Generalizada	,46	48	,898	2,363	1,876	0	3
	Sem alteração psicopatológica Total	1,26	111	1,386	,579	1,019	0	6
Total Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Negativas	Depressão Major	7,67	33	3,079	2,197	,683	0	17
	Ansiedade	7,47	30	2,193	2,138	1,015	3	14
	Generalizada	6,21	48	1,725	2,692	1,168	3	12
	Sem alteração psicopatológica Total	6,98	111	2,401	3,044	1,106	0	17
Total Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Neutras	Depressão Major	3,30	33	2,338	-,042	,703	0	9
	Ansiedade	1,80	30	1,243	-,150	,291	0	5
	Generalizada	1,27	48	1,300	-,233	,863	0	4
	Sem alteração psicopatológica Total	2,02	111	1,863	1,975	1,270	0	9
Total Acontecimentos Neutros Evocados com Palavras Positivas	Depressão Major	,55	33	,938	5,711	2,275	0	4
	Ansiedade	,27	30	,583	3,747	2,148	0	2
	Generalizada	,21	48	,459	4,141	2,146	0	2
	Sem alteração psicopatológica Total	,32	111	,676	9,330	2,730	0	4
Total Acontecimentos Neutros Evocados com Palavras Negativas	Depressão Major	,55	33	1,787	26,283	4,941	0	10
	Ansiedade	,43	30	,817	5,058	2,260	0	3
	Generalizada	,65	48	,863	-,320	,979	0	3
	Sem alteração psicopatológica Total	,56	111	1,196	34,950	4,907	0	10
Total Acontecimentos Neutros Evocados com Palavras Neutras	Depressão Major	2,06	33	1,059	,894	,377	0	5
	Ansiedade	2,30	30	1,489	,228	,585	0	6
	Generalizada	2,71	48	1,725	-,340	,552	0	7
	Sem alteração psicopatológica Total	2,41	111	1,504	,341	,716	0	7
Tempo de Latência nas Palavras Positivas	Depressão Major	61,8182	33	37,43783	,325	,832	10,00	161,00
	Ansiedade	48,9667	30	30,30362	4,395	1,984	16,00	149,00
	Generalizada	27,6667	48	12,69500	1,246	,973	6,00	63,00
	Sem alteração psicopatológica Total	43,5766	111	30,60884	3,285	1,754	6,00	161,00
Tempo de Latência nas Palavras Negativas	Depressão Major	55,6970	33	28,78312	-,534	,459	9,00	120,00
	Ansiedade	43,9000	30	26,08785	5,571	1,986	14,00	141,00
	Generalizada	28,3542	48	15,40032	3,910	1,750	11,00	87,00
	Sem alteração psicopatológica Total	40,6847	111	25,66213	2,055	1,406	9,00	141,00
Tempo de Latência nas Palavras Neutras	Depressão Major	64,8182	33	34,66848	2,855	1,261	9,00	175,00
	Ansiedade	42,5333	30	19,27788	1,304	1,139	17,00	98,00
	Generalizada	26,3542	48	12,97049	,786	,818	5,00	64,00
	Sem alteração psicopatológica Total	42,1622	111	27,97451	5,320	1,829	5,00	175,00

Específicas	Depressão Major	5,85	33	3,154	,112	,581	0	13
	Ansiedade Generalizada	6,47	30	3,767	-,174	,675	1	16
	Sem alteração psicopatológica	10,02	48	2,787	,233	-,244	4	16
	Total	7,82	111	3,706	-,786	,060	0	16
Categóricas	Depressão Major	4,00	33	1,768	,465	,181	0	8
	Ansiedade Generalizada	5,07	30	2,612	,269	,395	0	11
	Sem alteração psicopatológica	3,79	48	2,492	-,048	,644	0	10
	Total	4,20	111	2,377	,253	,541	0	11
Alargadas	Depressão Major	11,36	33	3,380	-,143	,275	5	18
	Ansiedade Generalizada	9,93	30	3,342	,177	,217	4	18
	Sem alteração psicopatológica	6,94	48	3,417	1,125	,823	0	17
	Total	9,06	111	3,876	-,247	,294	0	18
Associações semânticas	Depressão Major	3,82	33	3,235	2,421	1,482	0	14
	Ansiedade Generalizada	3,63	30	2,371	-1,071	-,211	0	8
	Sem alteração psicopatológica	2,00	48	2,552	5,514	2,117	0	12
	Total	2,98	111	2,838	2,227	1,319	0	14
Omissões	Depressão Major	,64	33	1,055	2,805	1,825	0	4
	Ansiedade Generalizada	,53	30	,860	1,105	1,456	0	3
	Sem alteração psicopatológica	,85	48	1,238	2,531	1,694	0	5
	Total	,70	111	1,092	2,874	1,769	0	5

## Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
Total Acontecimentos Evocados	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,158	,971	,986	-2,46	2,15
		Depressão Major	Sem alteração psicopatológica	,430	,870	,874	-1,64	2,50
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,158	,971	,986	-2,15	2,46
		Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica	,588	,895	,789	-1,54	2,72
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,430	,870	,874	-2,50	1,64
		Sem alteração psicopatológica	Ansiedade Generalizada	-,588	,895	,789	-2,72	1,54
	Bonferroni	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,158	,971	1,000	-2,52	2,20
		Depressão Major	Sem alteração psicopatológica	,430	,870	1,000	-1,69	2,55
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,158	,971	1,000	-2,20	2,52
		Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica	,588	,895	1,000	-1,59	2,76
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,430	,870	1,000	-2,55	1,69
		Sem alteração psicopatológica	Ansiedade Generalizada	-,588	,895	1,000	-2,76	1,59
Total Acontecimentos Negativos Evocados	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	2,294*	,834	,019	,31	4,28
		Depressão Major	Sem alteração psicopatológica	5,165*	,747	,000	3,39	6,94
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-2,294*	,834	,019	-4,28	-,31
		Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica	2,871*	,769	,001	1,04	4,70

		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-5,165*	,747	,000	-6,94	-3,39	
			Ansiedade Generalizada	-2,871*	,769	,001	-4,70	-1,04	
		Depressão Major	Generalizada	2,294*	,834	,021	,27	4,32	
			Sem alteração psicopatológica	5,165*	,747	,000	3,35	6,98	
	Bonferroni	Ansiedade Generalizada	Major	-2,294*	,834	,021	-4,32	-,27	
			Sem alteração psicopatológica	2,871*	,769	,001	1,00	4,74	
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-5,165*	,747	,000	-6,98	-3,35	
			Ansiedade Generalizada	-2,871*	,769	,001	-4,74	-1,00	
Total Acontecimentos Positivos Evocados	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-2,300*	,616	,001	-3,76	-,84	
			Sem alteração psicopatológica	-4,063*	,552	,000	-5,37	-2,75	
		Ansiedade Generalizada	Major	2,300*	,616	,001	,84	3,76	
			Sem alteração psicopatológica	-1,763*	,568	,007	-3,11	-,41	
		Sem alteração psicopatológica	Major	4,063*	,552	,000	2,75	5,37	
			Ansiedade Generalizada	1,763*	,568	,007	,41	3,11	
	Bonferroni	Depressão Major	Generalizada	Ansiedade	-2,300*	,616	,001	-3,80	-,80
			Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-4,063*	,552	,000	-5,41	-2,72
		Ansiedade Generalizada	Major	2,300*	,616	,001	,80	3,80	
			Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-1,763*	,568	,007	-3,14	-,38
		Sem alteração psicopatológica	Major	4,063*	,552	,000	2,72	5,41	
			Ansiedade Generalizada	1,763*	,568	,007	,38	3,14	
Total Acontecimentos Neutros Evocados	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,182	,442	,911	-1,23	,87	
			Sem alteração psicopatológica	-,703	,396	,183	-1,64	,24	
		Ansiedade Generalizada	Major	,182	,442	,911	-,87	1,23	
			Sem alteração psicopatológica	-,521	,407	,410	-1,49	,45	
		Sem alteração psicopatológica	Major	,703	,396	,183	-,24	1,64	
			Ansiedade Generalizada	,521	,407	,410	-,45	1,49	
	Bonferroni	Depressão Major	Generalizada	Ansiedade	-,182	,442	1,000	-1,26	,89
			Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,703	,396	,236	-1,67	,26
		Ansiedade Generalizada	Major	,182	,442	1,000	-,89	1,26	
			Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,521	,407	,611	-1,51	,47
		Sem alteração psicopatológica	Major	,703	,396	,236	-,26	1,67	
			Ansiedade Generalizada	,521	,407	,611	-,47	1,51	
Total de Acontecimentos evocados com palavras negativas	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,218	,535	,913	-1,49	1,05	
			Sem alteração psicopatológica	,890	,480	,157	-,25	2,03	
		Ansiedade Generalizada	Major	,218	,535	,913	-1,05	1,49	
			Sem alteração psicopatológica	1,108	,494	,068	-,06	2,28	
		Sem alteração psicopatológica	Major	-,890	,480	,157	-2,03	,25	
			Ansiedade Generalizada	-1,108	,494	,068	-2,28	,06	

		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,218	,535	1,000	-1,52	1,08	
			Sem alteração psicopatológica	,890	,480	,199	-,28	2,06	
	Bonferroni	Ansiedade Generalizada	Major	,218	,535	1,000	-1,08	1,52	
			Sem alteração psicopatológica	1,108	,494	,080	-,09	2,31	
		Sem alteração psicopatológica	Major	-,890	,480	,199	-2,06	,28	
			Ansiedade Generalizada	-1,108	,494	,080	-2,31	,09	
Total de Acontecimentos evocados com palavras positivas		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,285	,388	,744	-1,21	,64	
			Sem alteração psicopatológica	-,422	,348	,447	-1,25	,40	
		Tukey HSD	Ansiedade Generalizada	,285	,388	,744	-,64	1,21	
			Major	-,138	,358	,922	-,99	,71	
			Sem alteração psicopatológica	,422	,348	,447	-,40	1,25	
			Major	,138	,358	,922	-,71	,99	
			Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,285	,388	1,000	-1,23	,66
				Sem alteração psicopatológica	-,422	,348	,681	-1,27	,42
		Bonferroni	Ansiedade Generalizada	Major	,285	,388	1,000	-,66	1,23
				Sem alteração psicopatológica	-,138	,358	1,000	-1,01	,73
			Sem alteração psicopatológica	Major	,422	,348	,681	-,42	1,27
				Ansiedade Generalizada	,138	,358	1,000	-,73	1,01
Total de Acontecimentos evocados com palavras neutras		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,373	,410	,635	-,60	1,35	
			Sem alteração psicopatológica	,023	,367	,998	-,85	,90	
		Tukey HSD	Ansiedade Generalizada	-,373	,410	,635	-1,35	,60	
			Major	-,350	,378	,625	-1,25	,55	
			Sem alteração psicopatológica	-,023	,367	,998	-,90	,85	
			Major	,350	,378	,625	-,55	1,25	
			Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,373	,410	1,000	-,62	1,37
				Sem alteração psicopatológica	,023	,367	1,000	-,87	,92
		Bonferroni	Ansiedade Generalizada	Major	-,373	,410	1,000	-1,37	,62
				Sem alteração psicopatológica	-,350	,378	1,000	-1,27	,57
			Sem alteração psicopatológica	Major	-,023	,367	1,000	-,92	,87
				Ansiedade Generalizada	,350	,378	1,000	-,57	1,27
Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Positivas		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-1,342*	,404	,003	-2,30	-,38	
			Sem alteração psicopatológica	-2,513*	,363	,000	-3,37	-1,65	
		Tukey HSD	Ansiedade Generalizada	1,342*	,404	,003	,38	2,30	
			Major	-1,171*	,373	,006	-2,06	-,28	
			Sem alteração psicopatológica	2,513*	,363	,000	1,65	3,37	
			Major	1,171*	,373	,006	,28	2,06	
			Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-1,342*	,404	,004	-2,33	-,36
		Bonferroni		Sem alteração psicopatológica	-2,513*	,363	,000	-3,39	-1,63

		Ansiedade	Depressão	1,342*	,404	,004	,36	2,33	
		Generalizada	Major	-1,171*	,373	,007	-2,08	-,26	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	2,513*	,363	,000	1,63	3,39	
		Generalizada	Major	1,171*	,373	,007	,26	2,08	
			Sem alteração psicopatológica						
Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Negativas	Tukey HSD	Ansiedade	Depressão	-,139	,099	,341	-,37	,10	
		Generalizada	Major	-,085	,089	,604	-,30	,13	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	,139	,099	,341	-,10	,37	
		Generalizada	Major	,054	,091	,824	-,16	,27	
			Sem alteração psicopatológica						
	Bonferroni	Ansiedade	Depressão	,085	,089	,604	-,13	,30	
		Generalizada	Major	-,054	,091	,824	-,27	,16	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	-,139	,099	,487	-,38	,10	
		Generalizada	Major	-,085	,089	1,000	-,30	,13	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	,139	,099	,487	-,10	,38	
		Generalizada	Major	,054	,091	1,000	-,17	,28	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	,085	,089	1,000	-,13	,30	
		Generalizada	Major	-,054	,091	1,000	-,28	,17	
			Sem alteração psicopatológica						
Total Acontecimentos Positivos Evocados com palavras Neutras	Tukey HSD	Ansiedade	Depressão	-,697	,369	,146	-1,57	,18	
		Generalizada	Major	-1,280*	,330	,001	-2,07	-,49	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	,697	,369	,146	-,18	1,57	
		Generalizada	Major	-,583	,340	,204	-1,39	,22	
			Sem alteração psicopatológica						
	Bonferroni	Ansiedade	Depressão	1,280*	,330	,001	,49	2,07	
		Generalizada	Major	,583	,340	,204	-,22	1,39	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	-,697	,369	,184	-1,59	,20	
		Generalizada	Major	-1,280*	,330	,001	-2,08	-,48	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	,697	,369	,184	-,20	1,59	
		Generalizada	Major	-,583	,340	,268	-1,41	,24	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	1,280*	,330	,001	,48	2,08	
		Generalizada	Major	,583	,340	,268	-,24	1,41	
			Sem alteração psicopatológica						
Total Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Positivas	Tukey HSD	Ansiedade	Depressão	,776*	,295	,026	,08	1,48	
		Generalizada	Major	1,784*	,264	,000	1,16	2,41	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	-,776*	,295	,026	-1,48	-,08	
		Generalizada	Major	1,008*	,272	,001	,36	1,65	
			Sem alteração psicopatológica						
	Bonferroni	Ansiedade	Depressão	-1,784*	,264	,000	-2,41	-1,16	
		Generalizada	Major	-1,008*	,272	,001	-1,65	-,36	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	,776*	,295	,029	,06	1,49	
		Generalizada	Major	1,784*	,264	,000	1,14	2,43	
			Sem alteração psicopatológica						
		Ansiedade	Depressão	-,776*	,295	,029	-1,49	-,06	
		Generalizada	Major	1,008*	,272	,001	,35	1,67	
			Sem alteração psicopatológica						

		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-1,784*	,264	,000	-2,43	-1,14
			Ansiedade Generalizada	-1,008*	,272	,001	-1,67	-,35
Total Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Negativas	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,200	,586	,938	-1,19	1,59
			Sem alteração psicopatológica	1,458*	,525	,018	,21	2,71
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,200	,586	,938	-1,59	1,19
			Sem alteração psicopatológica	1,258	,541	,056	-,03	2,54
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-1,458*	,525	,018	-2,71	-,21
			Ansiedade Generalizada	-1,258	,541	,056	-2,54	,03
	Bonferroni	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,200	,586	1,000	-1,22	1,62
			Sem alteração psicopatológica	1,458*	,525	,019	,18	2,74
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,200	,586	1,000	-1,62	1,22
			Sem alteração psicopatológica	1,258	,541	,065	-,06	2,57
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-1,458*	,525	,019	-2,74	-,18
			Ansiedade Generalizada	-1,258	,541	,065	-2,57	,06
Total Acontecimentos Negativos Evocados com Palavras Neutras	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	1,503*	,420	,001	,51	2,50
			Sem alteração psicopatológica	2,032*	,376	,000	1,14	2,93
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-1,503*	,420	,001	-2,50	-,51
			Sem alteração psicopatológica	,529	,387	,362	-,39	1,45
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-2,032*	,376	,000	-2,93	-1,14
			Ansiedade Generalizada	-,529	,387	,362	-1,45	,39
	Bonferroni	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	1,503*	,420	,002	,48	2,52
			Sem alteração psicopatológica	2,032*	,376	,000	1,12	2,95
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-1,503*	,420	,002	-2,52	-,48
			Sem alteração psicopatológica	,529	,387	,524	-,41	1,47
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-2,032*	,376	,000	-2,95	-1,12
			Ansiedade Generalizada	-,529	,387	,524	-1,47	,41
Total Acontecimentos Neutros Evocados com Palavras Positivas	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,279	,168	,226	-,12	,68
			Sem alteração psicopatológica	,337	,151	,070	-,02	,70
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,279	,168	,226	-,68	,12
			Sem alteração psicopatológica	,058	,155	,925	-,31	,43
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,337	,151	,070	-,70	,02
			Ansiedade Generalizada	-,058	,155	,925	-,43	,31
	Bonferroni	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,279	,168	,300	-,13	,69
			Sem alteração psicopatológica	,337	,151	,082	-,03	,70
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,279	,168	,300	-,69	,13
			Sem alteração psicopatológica	,058	,155	1,000	-,32	,44
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,337	,151	,082	-,70	,03



Tempo de Latência nas Palavras Negativas	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	11,79697	5,81536	,110	-2,0230	25,6169
			Sem alteração psicopatológica	27,34280*	5,21301	,000	14,9543	39,7313
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-11,79697	5,81536	,110	-	2,0230
			Sem alteração psicopatológica	15,54583*	5,36525	,013	25,6169	28,2961
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-27,34280*	5,21301	,000	-	-
			Ansiedade Generalizada	-15,54583*	5,36525	,013	39,7313	14,9543
	Bonferroni	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	11,79697	5,81536	,135	-2,3451	25,9390
			Sem alteração psicopatológica	27,34280*	5,21301	,000	14,6656	40,0200
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-11,79697	5,81536	,135	-	2,3451
			Sem alteração psicopatológica	15,54583*	5,36525	,014	25,9390	28,5933
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-27,34280*	5,21301	,000	-	-
			Ansiedade Generalizada	-15,54583*	5,36525	,014	40,0200	14,6656
Tempo de Latência nas Palavras Neutras	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	22,28485*	5,80272	,001	8,4949	36,0748
			Sem alteração psicopatológica	38,46402*	5,20168	,000	26,1024	50,8256
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-22,28485*	5,80272	,001	-	-8,4949
			Sem alteração psicopatológica	16,17917*	5,35358	,009	36,0748	28,9017
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-38,46402*	5,20168	,000	-	-
			Ansiedade Generalizada	-16,17917*	5,35358	,009	50,8256	26,1024
	Bonferroni	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	22,28485*	5,80272	,001	8,1736	36,3961
			Sem alteração psicopatológica	38,46402*	5,20168	,000	25,8144	51,1137
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-22,28485*	5,80272	,001	-	-8,1736
			Sem alteração psicopatológica	16,17917*	5,35358	,009	36,3961	29,1982
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-38,46402*	5,20168	,000	-	-
			Ansiedade Generalizada	-16,17917*	5,35358	,009	51,1137	25,8144
Específicas	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,618	,803	,722	-2,53	1,29
			Sem alteração psicopatológica	-4,172*	,720	,000	-5,88	-2,46
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,618	,803	,722	-1,29	2,53
			Sem alteração psicopatológica	-3,554*	,741	,000	-5,32	-1,79
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	4,172*	,720	,000	2,46	5,88
			Ansiedade Generalizada	3,554*	,741	,000	1,79	5,32
	Bonferroni	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,618	,803	1,000	-2,57	1,33
			Sem alteração psicopatológica	-4,172*	,720	,000	-5,92	-2,42
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,618	,803	1,000	-1,33	2,57
			Sem alteração psicopatológica	-3,554*	,741	,000	-5,36	-1,75
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	4,172*	,720	,000	2,42	5,92
			Ansiedade Generalizada	3,554*	,741	,000	1,75	5,36
Categóricas	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-1,067	,590	,171	-2,47	,33
			Sem alteração psicopatológica	,208	,528	,918	-1,05	1,46

		Ansiedade	Depressão	1,067	,590	,171	-,33	2,47
		Generalizada	Major	1,275	,544	,054	-,02	2,57
			Sem alteração psicopatológica	-2,208	,528	,918	-1,46	1,05
		Sem alteração psicopatológica	Major	-1,275	,544	,054	-2,57	,02
			Generalizada	-1,067	,590	,219	-2,50	,37
		Depressão	Generalizada	,208	,528	1,000	-1,08	1,49
		Major	Sem alteração psicopatológica	1,067	,590	,219	-,37	2,50
	Bonferroni	Ansiedade	Major	1,275	,544	,063	-,05	2,60
		Generalizada	Sem alteração psicopatológica	-2,208	,528	1,000	-1,49	1,08
		Sem alteração psicopatológica	Major	-1,275	,544	,063	-2,60	,05
			Generalizada					
		Depressão	Ansiedade	1,430	,854	,220	-,60	3,46
		Major	Generalizada	4,426*	,766	,000	2,61	6,25
			Sem alteração psicopatológica	-1,430	,854	,220	-3,46	,60
		Sem alteração psicopatológica	Major	2,996*	,788	,001	1,12	4,87
	Tukey HSD	Ansiedade	Sem alteração psicopatológica	-4,426*	,766	,000	-6,25	-2,61
		Generalizada	Major	-2,996*	,788	,001	-4,87	-1,12
			Generalizada	1,430	,854	,291	-,65	3,51
		Depressão	Generalizada	4,426*	,766	,000	2,56	6,29
		Major	Sem alteração psicopatológica	-1,430	,854	,291	-3,51	,65
		Sem alteração psicopatológica	Major	2,996*	,788	,001	1,08	4,91
	Bonferroni	Ansiedade	Sem alteração psicopatológica	-4,426*	,766	,000	-6,29	-2,56
		Generalizada	Major	-2,996*	,788	,001	-4,91	-1,08
			Generalizada					
		Depressão	Ansiedade	,185	,688	,961	-1,45	1,82
		Major	Generalizada	1,818*	,617	,011	,35	3,28
			Sem alteração psicopatológica	-,185	,688	,961	-1,82	1,45
		Sem alteração psicopatológica	Major	1,633*	,635	,031	,12	3,14
	Tukey HSD	Ansiedade	Sem alteração psicopatológica	-1,818*	,617	,011	-3,28	-,35
		Generalizada	Major	-1,633*	,635	,031	-3,14	-,12
			Generalizada	,185	,688	1,000	-1,49	1,86
		Depressão	Generalizada	1,818*	,617	,012	,32	3,32
		Major	Sem alteração psicopatológica	-,185	,688	1,000	-1,86	1,49
		Sem alteração psicopatológica	Major	1,633*	,635	,034	,09	3,18
	Bonferroni	Ansiedade	Sem alteração psicopatológica	-1,818*	,617	,012	-3,32	-,32
		Generalizada	Major	-1,633*	,635	,034	-3,18	-,09
			Generalizada					
		Depressão	Ansiedade	,103	,276	,926	-,55	,76
		Major	Generalizada	-,218	,247	,653	-,81	,37
			Sem alteração psicopatológica	-,103	,276	,926	-,76	,55
		Sem alteração psicopatológica	Major	-,321	,254	,420	-,93	,28
	Tukey HSD	Ansiedade	Sem alteração psicopatológica					
		Generalizada	Major					
			Sem alteração psicopatológica					





## TAREFA DE MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA – TIPO DE ACONTECIMENTO

Descriptives									
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
						Lower Bound	Upper Bound		
perc2_especificas	Depressão Major	33	,2262 (22.6%)	,11507	,02003	,1854	,2670	,00	,46
	Ansiedade Generalizada	30	,2590 (26%)	,16613	,03033	,1969	,3210	,03	,76
	Sem alteração psicopatológica	48	,4305 43%	,12226	,01765	,3950	,4660	,14	,70
	Total	111	,3234	,16273	,01545	,2928	,3540	,00	,76
perc2_categoricas	Depressão Major	33	,1582	,06673	,01162	,1346	,1819	,00	,29
	Ansiedade Generalizada	30	,1994	,10774	,01967	,1592	,2397	,00	,50
	Sem alteração psicopatológica	48	,1578	,09700	,01400	,1296	,1859	,00	,43
	Total	111	,1692	,09337	,00886	,1516	,1867	,00	,50
perc2_alargadas	Depressão Major	33	,4447	,11892	,02070	,4025	,4868	,21	,68
	Ansiedade Generalizada	30	,3854	,11143	,02034	,3438	,4270	,18	,64
	Sem alteração psicopatológica	48	,2927	,13546	,01955	,2534	,3321	,00	,67
	Total	111	,3629	,13971	,01326	,3367	,3892	,00	,68
perc2_associacoes	Depressão Major	33	,1414	,10295	,01792	,1049	,1779	,00	,45
	Ansiedade Generalizada	30	,1381	,08777	,01602	,1053	,1709	,00	,29
	Sem alteração psicopatológica	48	,0781	,08648	,01248	,0530	,1033	,00	,34
	Total	111	,1132	,09620	,00913	,0951	,1313	,00	,45
perc2_omissoes	Depressão Major	33	,0281	,04753	,00827	,0113	,0450	,00	,17
	Ansiedade Generalizada	30	,0212 (21.2%)	,03423	,00625	,0084	,0340	,00	,12
	Sem alteração psicopatológica	48	,0385 (38.5%)	,05711	,00824	,0220	,0551	,00	,24
	Total	111	,0308	,04912	,00466	,0215	,0400	,00	,24

## Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
perc2_específicas	2,329	2	108	,102
perc2_categoricas	2,163	2	108	,120
perc2_alargadas	,244	2	108	,784
perc2_associacoes	,429	2	108	,652
perc2_omissoes	1,688	2	108	,190

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
perc2_específicas	Between Groups	,986	2	,493	27,642	,000
	Within Groups	1,927	108	,018		
	Total	2,913	110			
perc2_categoricas	Between Groups	,038	2	,019	2,206	,115
	Within Groups	,921	108	,009		
	Total	,959	110			
perc2_alargadas	Between Groups	,472	2	,236	15,220	,000
	Within Groups	1,675	108	,016		
	Total	2,147	110			
perc2_associacoes	Between Groups	,104	2	,052	6,135	,003
	Within Groups	,914	108	,008		
	Total	1,018	110			
perc2_omissoes	Between Groups	,006	2	,003	1,225	,298
	Within Groups	,260	108	,002		
	Total	,265	110			

## Multiple Comparisons

Tukey HSD							
Dependent Variable	(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. p-value.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
perc2_específicas	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,03272	,03369	,597	-,1128	,0473
		Sem alteração psicopatológica	-,20422*	,03020	,000	-,2760	-,1324
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,03272	,03369	,597	-,0473	,1128
		Sem alteração psicopatológica	-,17149*	,03108	,000	-,2454	-,0976
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,20422* (diferença de cerca 20% entre SA e DM)	,03020	,000	,1324	,2760
		Ansiedade Generalizada	,17149*	,03108	,000	,0976	,2454
perc2_categoricas	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,04120	,02330	,185	-,0966	,0142
		Sem alteração psicopatológica	,00044	,02089	1,000	-,0492	,0501
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,04120	,02330	,185	-,0142	,0966
		Sem alteração psicopatológica	,04164	,02150	,133	-,0094	,0927

	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,00044	,02089	1,000	-,0501	,0492
		Ansiedade Generalizada	-,04164	,02150	,133	-,0927	,0094
perc2_alargadas	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,05929	,03142	,147	-,0154	,1340
		Sem alteração psicopatológica	,15194*	,02816	,000	,0850	,2189
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,05929	,03142	,147	-,1340	,0154
		Sem alteração psicopatológica	,09264*	,02898	,005	,0238	,1615
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,15194*	,02816	,000	-,2189	-,0850
		Ansiedade Generalizada	-,09264*	,02898	,005	-,1615	-,0238
perc2_associacoes	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,00333	,02321	,989	-,0518	,0585
		Sem alteração psicopatológica	,06327*	,02080	,008	,0138	,1127
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,00333	,02321	,989	-,0585	,0518
		Sem alteração psicopatológica	,05995*	,02141	,017	,0091	,1108
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,06327*	,02080	,008	-,1127	-,0138
		Ansiedade Generalizada	-,05995*	,02141	,017	-,1108	-,0091
perc2_omissoes	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,00696	,01237	,840	-,0224	,0363
		Sem alteração psicopatológica	-,01041	,01109	,617	-,0368	,0159
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,00696	,01237	,840	-,0363	,0224
		Sem alteração psicopatológica	-,01736	,01141	,285	-,0445	,0098
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,01041	,01109	,617	-,0159	,0368
		Ansiedade Generalizada	,01736	,01141	,285	-,0098	,0445

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

## Modelo de Regressão Logística Multinomial

### Modelo 1.

Grupo <sup>a</sup>		Estimativas dos parâmetros						Intervalo com 95% confiança Exp(B)	
		B	Erro-padrão	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p-value	Exp(B)	Limite Inferior	Limite Superior
Depressão Major	Intercept	-9,146	1,933	22,388	1	,000			
	Total_esquemas	,014	,007	4,130	1	,042	1,014	1,000	1,028
	score_bdi	,369	,088	17,672	1	,000	1,447	1,218	1,719
Ansiedade Generalizada	Intercept	-5,585	1,444	14,960	1	,000			
	Total_esquemas	,013	,006	5,056	1	,025	1,014	1,002	1,025
	score_bdi	,229	,078	8,591	1	,003	1,258	1,079	1,466

a. A categoria de referência é: Sem alteração psicopatológica.

## Modelo 2.

Grupo <sup>a</sup>		Estimativas dos parâmetros							
		B	Erro-padrão	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p-value	Exp(B)	Intervalo com 95% confiança Exp(B)	
								Limite Inferior	Limite superior
Depressão Major	Intercept	-25,81	6,58	15,408	1	,000			
	Total_esquemas	,021	,008	6,728	1	,009	1,022	1,005	1,038
	score_bdi	,298	,102	8,514	1	,004	1,347	1,103	1,646
	var_alargadas	,560	,185	9,169	1	,002	1,751	1,219	2,517
	T_lat_pal_neg	,066	,027	5,819	1	,016	1,069	1,013	1,128
	Stai_traco	,173	,098	3,091	1	,079	1,189	,980	1,441
Ansiedade Generalizada	Intercept	-17,74	5,69	9,721	1	,002			
	Total_esquemas	,017	,007	6,485	1	,011	1,017	1,004	1,031
	score_bdi	,164	,091	3,232	1	,072	1,178	,985	1,408
	var_alargadas	,298	,131	5,199	1	,023	1,348	1,043	1,742
	T_lat_pal_neg	,041	,024	2,822	1	,093	1,042	,993	1,092
	Stai_traco	,185	,093	3,971	1	,046	1,203	1,003	1,443

a. A categoria de referência é: Sem alteração psicopatológica.

## Modelo 3.

Grupo <sup>a</sup>		Estimativas dos parâmetros							
		B	Erro-padrão	X <sup>2</sup> <sub>Wald</sub>	gl	p-value	Exp(B)	Intervalo com 95% confiança Exp(B)	
								Limite Inferior	Limite Superior
Depressão Major	Intercept	-20,9	2,59	64,91	1	,000			
	T_acont_neg	,592	,136	19,025	1	,000	1,807	1,385	2,358
	Total_esquemas	,054	,010	27,712	1	,000	1,055	1,034	1,077
	Indice_geral_sintomas	3,272	,638	26,279	1	,000	26,36	7,546	92,113
	var_culpa	-,278	,068	16,653	1	,000	,757	,663	,866
	var_categoricas	-,338	,173	3,844	1	,050	,713	,508	1,000
	T_lat_pal_neu	,089	,020	20,725	1	,000	1,093	1,052	1,135
Ansiedade Generalizada	Intercept	-12,5	2,04	38,020	1	,000			
	T_acont_neg	,353	,112	9,932	1	,002	1,424	1,143	1,774
	Total_esquemas	,033	,009	13,526	1	,000	1,033	1,015	1,051
	Indice_geral_sintomas	2,076	,535	15,068	1	,000	7,972	2,795	22,741
	var_culpa	-,131	,055	5,705	1	,017	,878	,788	,977
	var_categoricas (não significativa)	,140	,109	1,645	1	,200	1,150	,929	1,424
	T_lat_pal_neu	,037	,016	5,345	1	,021	1,037	1,006	1,070

a. A categoria de referência é: Sem alteração psicopatológica.

### Modelo 1 – Variáveis significativas apenas Total esquemas e Score BDI (1º momento)

#### Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
Grupo	Depressão Major	33	29,7%
	Ansiedade Generalizada	30	27,0%
	Sem alteração psicopatológica	48	43,2%
Valid		111	100,0%
Missing		0	
Total		111	
Subpopulation		110 <sup>a</sup>	

a. The dependent variable has only one value observed in 110 (100,0%) subpopulations.

#### Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	239,039			
Final	116,899	122,140	4	,000

#### Pseudo R-Square

Cox and Snell	,667
Nagelkerke	,755
McFadden	,511

#### Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	155,598	38,699	2	,000
Total_esquemas	123,747	6,849	2	,033
score_bdi	161,993	45,095	2	,000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

#### Parameter Estimates

Grupo <sup>a</sup>		B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
								Lower Bound	Upper Bound
								Depressão Major	Intercept
	Total_esquemas	,014	,007	4,130	1	,042	1,014	1,000	1,028
	score_bdi	,369	,088	17,672	1	,000	1,447	1,218	1,719
Ansiedade Generalizada	Intercept	-5,585	1,444	14,960	1	,000			
	Total_esquemas	,013	,006	5,056	1	,025	1,014	1,002	1,025
	score_bdi	,229	,078	8,591	1	,003	1,258	1,079	1,466

a. The reference category is: Sem alteração psicopatológica.

### Modelo 2:

#### Case Processing Summary

	N	Marginal Percentage
--	---	---------------------

Grupo	Depressão Major	33	29,7%
	Ansiedade Generalizada	30	27,0%
	Sem alteração psicopatológica	48	43,2%
Valid		111	100,0%
Missing		0	
Total		111	
Subpopulation		111 <sup>a</sup>	

a. The dependent variable has only one value observed in 111 (100,0%) subpopulations.

#### Step Summary

Model	Action	Effect(s)	Model Fitting Criteria			Effect Selection Tests		
			AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square <sup>b</sup>	df	Sig.
0	Entered	<all> <sup>a</sup>	122,499	176,689	82,499	.		
1	Removed	var_auto_sacrificio	119,175	167,947	83,175	,676	2	,713
2	Removed	EVA_Confianca_Outros	117,314	160,666	85,314	2,139	2	,343
3	Removed	T_acont_neg	116,363	154,297	88,363	3,050	2	,218
4	Removed	var_categoricas	116,094	148,609	92,094	3,731	2	,155

Stepwise Method: Backward Elimination

a. This model contains all effects specified or implied in the MODEL subcommand.

b. The chi-square for removal is based on the likelihood ratio test.

#### Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC	BIC	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	243,039	248,458	239,039			
Final	116,094	148,609	92,094	146,945	10	,000

#### Pseudo R-Square

Cox and Snell	,734
Nagelkerke	,830
McFadden	,615

#### Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria			Likelihood Ratio Tests		
	AIC of Reduced Model	BIC of Reduced Model	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	156,297	183,392	136,297	44,202	2	,000
Total_esquemas	119,869	146,965	99,869	7,775	2	,020
score_bdi	129,137	156,233	109,137	17,043	2	,000
var_alargadas	123,898	150,994	103,898	11,804	2	,003
T_lat_pal_neg	121,055	148,150	101,055	8,961	2	,011
Stai_traco	117,791	144,887	97,791	5,697	2	,058

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

#### Parameter Estimates

Grupo <sup>a</sup>	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
							Lower Bound	Upper Bound
Depressão Major	Intercept	25,813	6,576	15,408	1	,000		
	Total_esquemas	,021	,008	6,728	1	,009	1,022	1,005 1,038
	score_bdi	,298	,102	8,514	1	,004	1,347	1,103 1,646
	var_alargadas	,560	,185	9,169	1	,002	1,751	1,219 2,517
	T_lat_pal_neg	,066	,027	5,819	1	,016	1,069	1,013 1,128

	Stai_traco	,173	,098	3,091	1	,079	1,189	,980	1,441
	Intercept	-	5,692	9,721	1	,002			
		17,746							
Ansiedade Generalizada	Total_esquemas	,017	,007	6,485	1	,011	1,017	1,004	1,031
	score_bdi	,164	,091	3,232	1	,072	1,178	,985	1,408
	var_alargadas	,298	,131	5,199	1	,023	1,348	1,043	1,742
	T_lat_pal_neg	,041	,024	2,822	1	,093	1,042	,993	1,092
	Stai_traco	,185	,093	3,971	1	,046	1,203	1,003	1,443

a. The reference category is: Sem alteração psicopatológica.

### Modelo 3 – Variáveis significativas finais

#### Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
Grupo	Depressão Major	33	29,7%
	Ansiedade Generalizada	30	27,0%
	Sem alteração psicopatológica	48	43,2%
Valid		111	100,0%
Missing		0	
Total		111	
Subpopulation		111 <sup>a</sup>	

a. The dependent variable has only one value observed in 111 (100,0%) subpopulations.

#### Step Summary

Model	Action	Effect(s)	Model Fitting Criteria				Effect Selection Tests		
			-2 Log Likelihood	Chi-Square <sup>b</sup>	df	Sig.			
0	Entered	<all> <sup>a</sup>	72,733	.					
1	Removed	var_alargadas	72,823	,090	2	,956			
2	Removed	Total_esquemas * EVA_Ansiedade	73,287	,465	2	,793			
3	Removed	var_auto_sacrificio	74,801	1,514	2	,469			
4	Removed	Stai_traco	76,904	2,102	2	,350			
5	Removed	var_especificas	81,283	4,379	2	,112			
6	Removed	EVA_Ansiedade	85,104	3,821	2	,148			

Stepwise Method: Backward Elimination

a. This model contains all effects specified or implied in the MODEL subcommand.

b. The chi-square for removal is based on the likelihood ratio test.

#### Model Fitting Information

Model	Model Fitting Criteria		Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.	
Intercept Only	239,039				
Final	85,104	153,936	12	,000	

#### Goodness-of-Fit

	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	118,351	208	1,000
Deviance	85,104	208	1,000

## Pseudo R-Square

Cox and Snell	,750
Nagelkerke	,849
McFadden	,644

## Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting Criteria		Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model		Chi-Square	df	Sig.
Intercept		158,846	73,742	2	,000
T_acont_neg		94,875	9,771	2	,008
Total_esquemas		102,041	16,937	2	,000
Indice_geral_sintomas		101,553	16,450	2	,000
var_culpa		94,296	9,192	2	,010
var_categoricas		91,963	6,859	2	,032
T_lat_pal_neu		101,774	16,670	2	,000

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

## Parameter Estimates

Grupo <sup>a</sup>	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
							Lower Bound	Upper Bound
Depressão Major	Intercept	-20,903	2,595	64,907	1	,000		
	T_acont_neg	,592	,136	19,025	1	,000	1,807	2,358
	Total_esquemas	,054	,010	27,712	1	,000	1,055	1,077
	Indice_geral_sintomas	3,272	,638	26,279	1	,000	26,364	92,113
	var_culpa	-,278	,068	16,653	1	,000	,757	,866
	var_categoricas	-,338	,173	3,844	1	,050	,713	1,000
	T_lat_pal_neu	,089	,020	20,725	1	,000	1,093	1,052
Ansiedade Generalizada	Intercept	12,556	2,036	38,020	1	,000		
	T_acont_neg	,353	,112	9,932	1	,002	1,424	1,774
	Total_esquemas	,033	,009	13,526	1	,000	1,033	1,051
	Indice_geral_sintomas	2,076	,535	15,068	1	,000	7,972	22,741
	var_culpa	-,131	,055	5,705	1	,017	,878	,977
	var_categoricas	,140	,109	1,645	1	,200	1,150	1,424
	T_lat_pal_neu	,037	,016	5,345	1	,021	1,037	1,006

a. The reference category is: Sem alteração psicopatológica.

## MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS INVOLUNTÁRIAS

### IMPACTO NO HUMOR

Crosstab

Count

		Grupo			Total
		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica	
Impacto no humor	Melhor	47 <sub>a</sub>	26 <sub>a</sub>	72 <sub>a</sub>	145
	Pior	97 <sub>a</sub>	28 <sub>b</sub>	27 <sub>c</sub>	152
	Não foi influenciado	36 <sub>a</sub>	50 <sub>b</sub>	201 <sub>c</sub>	287
Total		180	104	300	584

Each subscript letter denotes a subset of Grupo categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	137,936 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	143,613	4	,000
Linear-by-Linear Association	39,562	1	,000
N of Valid Cases	584		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 25,82.

### REAÇÃO FÍSICA

Crosstab

Count

		Grupo			Total
		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica	
Reacção física	Sim	114 <sub>a</sub>	61 <sub>a</sub>	106 <sub>b</sub>	281
	Não	66 <sub>a</sub>	43 <sub>a</sub>	194 <sub>b</sub>	303
Total		180	104	300	584

Each subscript letter denotes a subset of Grupo categories whose column proportions do not differ significantly from each other at the ,05 level.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,958 <sup>a</sup>	2	,000
Likelihood Ratio	41,455	2	,000
Linear-by-Linear Association	37,953	1	,000
N of Valid Cases	584		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 50,04.

## PENSAMENTO ASSOCIADO

Pensar em alguma coisa? \* Grupo Crosstabulation

Count

		Grupo			Total
		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica	
Pensar em alguma coisa?	Sim	88	39	119	246
	Não	92	65	181	338
Total		180	104	300	584

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,034 <sup>a</sup>	2	,081
Likelihood Ratio	5,011	2	,082
Linear-by-Linear Association	3,436	1	,064
N of Valid Cases	584		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 43,81.

## VALÊNCIA VS IMPACTO NO HUMOR

				Impacto no Humor de -1, 0 e 1					
				Pior		Não foi influenciado		Melhor	
				n	% no grupo	n	% no grupo	n	% no grupo
Valencia em 3 cat Neg, Pos e Neu	Negativo	Grupo	Depressão Major	74	88,1%	9	10,7%	1	1,2%
			Ansiedade Generalizada	13	50,0%	10	38,5%	3	11,5%
			Sem alteração psicopatológica	20	36,4%	31	56,4%	4	7,3%
	Neutro	Grupo	Depressão Major	3	21,4%	9	64,3%	2	14,3%
			Ansiedade Generalizada	5	33,3%	7	46,7%	3	20,0%
			Sem alteração psicopatológica	3	4,3%	61	88,4%	5	7,2%
	Positivo	Grupo	Depressão Major	20	24,4%	18	22,0%	44	53,7%
			Ansiedade Generalizada	10	15,9%	33	52,4%	20	31,7%
			Sem alteração psicopatológica	4	2,3%	109	61,9%	63	35,8%

**Testes qui-quadrado de Pearson**

				Impacto no Humor de -1, 0 e 1
Valencia recodificada 3 cat Neg, Pos e Neu	Negativo	Grupo	Qui-quadrado	43,685
			df	4
	Neutro	Grupo	Qui-quadrado	16,125
			df	4
	Positivo	Grupo	Qui-quadrado	51,661
			df	4
			Sig.	,000*

Os resultados têm como base linhas e colunas não vazias em cada subtabela mais interna.

\*. A estatística qui-quadrado é significativa no nível ,05.

b. Mais de 20% das células nesta subtabela esperavam contagens de células menores que 5. Os resultados de qui-quadrado podem ser inválidos.

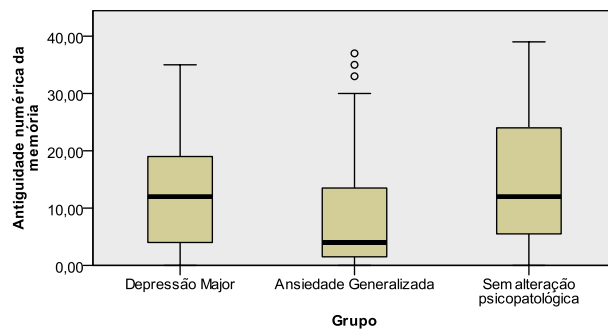
## Variável Recorrência e Antiguidade da Memória

### Descritivos

Antiguidade numérica da memória

Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		Mínimo	Máximo	
					Limite inferior	Limite superior			
Depressão Major	Nunca	4	13,00	11,690	5,845	-5,60	31,60	1	29
	Poucas vezes	17	13,12	9,752	2,365	8,10	18,13	2	35
	Algumas vezes	16	12,13	8,921	2,230	7,37	16,88	0	28
	Muitas vezes	26	18,65	11,171	2,191	14,14	23,17	1	50
	Muitíssimas vezes	43	11,21	11,632	1,774	7,63	14,79	0	41
	Total	106	13,55	11,075	1,076	11,41	15,68	0	50
Ansiedade Generalizada	Nunca	4	11,25	12,038	6,019	-7,91	30,41	0	27
	Poucas vezes	18	7,44	7,548	1,779	3,69	11,20	0	29
	Algumas vezes	13	7,62	7,400	2,052	3,14	12,09	1	20
	Muitas vezes	14	7,79	11,530	3,082	1,13	14,44	0	37
	Muitíssimas vezes	16	15,00	15,345	3,836	6,82	23,18	0	47
	Total	65	9,65	11,166	1,385	6,88	12,41	0	47
Sem alteração psicopatológica	Nunca	26	17,23	14,180	2,781	11,50	22,96	0	40
	Poucas vezes	40	15,45	11,646	1,841	11,73	19,17	0	36
	Algumas vezes	52	14,75	11,197	1,553	11,63	17,87	0	40
	Muitas vezes	44	14,93	10,810	1,630	11,65	18,22	0	38
	Muitíssimas vezes	36	13,36	10,456	1,743	9,82	16,90	0	37
	Total	198	15,01	11,444	,813	13,40	16,61	0	40

### Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independentes



<b>N total</b>	330
<b>Estatística de teste</b>	15,790
<b>Graus de liberdade</b>	2
<b>Sig. assintótico (teste de 2 lados)</b>	,000

1. A estatística de teste está ajustada para empates.

## Correlações

Grupo				Recorrência	Antiguidade numérica da memória
Depressão Major	rô de Spearman	Recorrência	Coefficiente de Correlação	1,000	-,114
			Sig. (2 extremidades)	.	,244
			N	180	106
		Antiguidade numérica da memória	Coefficiente de Correlação	-,114	1,000
			Sig. (2 extremidades)	,244	.
			N	106	106
Ansiedade Generalizada	rô de Spearman	Recorrência	Coefficiente de Correlação	1,000	,032
			Sig. (2 extremidades)	.	,802
			N	104	65
		Antiguidade numérica da memória	Coefficiente de Correlação	,032	1,000
			Sig. (2 extremidades)	,802	.
			N	65	65
Sem alteração psicopatológica	rô de Spearman	Recorrência	Coefficiente de Correlação	1,000	-,054
			Sig. (2 extremidades)	.	,453
			N	300	198
		Antiguidade numérica da memória	Coefficiente de Correlação	-,054	1,000
			Sig. (2 extremidades)	,453	.
			N	198	198

## VALÊNCIA E ANTIGUIDADE DA MEMÓRIA

## Relatório

Antiguidade numérica da memória

Grupo	Valência	Média	N	Desvio Padrão
Depressão Major	Negativo	11,29	31	10,241
	Negativo	14,17	18	11,388
	Neutro	7,88	8	9,717
	Positivo	16,78	27	8,984
	Positivo	14,32	22	13,889
	Total	13,55	106	11,075
Ansiedade Generalizada	Negativo	7,29	14	8,315
	Negativo	7,29	7	6,849
	Neutro	10,00	8	12,615
	Positivo	10,77	13	11,917
	Positivo	11,04	23	13,144
	Total	9,65	65	11,166
Sem alteração psicopatológica	Negativo	16,47	19	10,916
	Negativo	15,96	24	14,026
	Neutro	13,51	49	9,650
	Positivo	14,66	50	11,182
	Positivo	15,71	56	12,303
	Total	15,01	198	11,444

## GRUPO VERSUS MEIO ENVOLVENTE

Meio envolvente \* Grupo Tabulação cruzada

		Grupo			Total	
		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica		
Meio envolvente	Externo	Contagem	23 <sub>a</sub>	42 <sub>b</sub>	83 <sub>c</sub>	148
		% em Grupo	12,8%	40,4%	27,7%	25,3%
	Interno	Contagem	81 <sub>a</sub>	24 <sub>b</sub>	93 <sub>b</sub>	198
		% em Grupo	45,0%	23,1%	31,0%	33,9%
	Ambas	Contagem	76 <sub>a</sub>	38 <sub>a</sub>	124 <sub>a</sub>	238
		% em Grupo	42,2%	36,5%	41,3%	40,8%
Total	Contagem	180	104	300	584	
	% em Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de categorias de Grupo, cujas proporções da coluna não diferem significativamente umas das outras ao nível ,05.

Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	32,590 <sup>a</sup>	4	,000
Razão de verossimilhança	33,541	4	,000
Associação Linear por Linear	3,199	1	,074
N de Casos Válidos	584		

a. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 26,36.

Medidas Simétricas

		Valor	Significância	Erro Padrão <sup>a</sup>	Aprox. X <sup>b</sup>	Aprox. Sig.
Nominal por Nominal	Phi	,236				,000
	V de Cramer	,167				,000
	Coeficiente de contingência	,230				,000
Intervalo por Intervalo	R de Pearson	-,074	,039	-1,792		,074 <sup>c</sup>
Ordinal por Ordinal	Correlação Spearman	-,057	,040	-1,373		,170 <sup>c</sup>
Medida de concordância	Kappa	-,084	,026	-2,967		,003
N de Casos Válidos		584				

a. Não considerando a hipótese nula.

b. Uso de erro padrão assintótico considerando a hipótese nula.

c. Com base em aproximação normal.

## Outputs do Modelo Loglinear

Informações de dados

		N
Casos	Válido	584
	Ausente	1636
Células	Válido ponderado	584
	Células definidas	9
	Zeros estruturais	0
	Zeros amostrais	0
Categorias	Grupo	3
	Meio envolvente	3

Testes de adequação do ajuste<sup>a,b</sup>

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	33,541	4	,000
Qui-quadrado de Pearson	32,590	4	,000

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + Grupo + Meio\_Envolv

Resíduos e contagens de célula<sup>a,b</sup>

Grupo	Meio envolvente	Resíduo	Resíduos padronizados	Resíduos ajustados	Desviância
Depressão Major	Externo	-22,616	-3,349	-4,659	-3,706
	Interno	19,973	2,557	3,781	2,433
	Ambas	2,644	,309	,482	,307
Ansiedade Generalizada	Externo	15,644	3,047	3,890	2,802
	Interno	-11,260	-1,896	-2,573	-2,014
	Ambas	-4,384	-,673	-,965	-,685
Sem alteração psicopatológica	Externo	6,973	,800	1,327	,788
	Interno	-8,712	-,864	-1,524	-,877
	Ambas	1,740	,157	,293	,157

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + Grupo + Meio\_Envolv

Estimativas do parâmetro<sup>b,c</sup>

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	4,806	,076	62,986	,000	4,657	4,956
[Grupo = 1]	-,511	,094	-5,418	,000	-,696	-,326
[Grupo = 2]	-1,059	,114	-9,310	,000	-1,282	-,836
[Grupo = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Meio_Envolv = 1]	-,475	,105	-4,538	,000	-,680	-,270
[Meio_Envolv = 2]	-,184	,096	-1,913	,056	-,373	,005
[Meio_Envolv = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + Grupo + Meio\_Envolv

## 2ª fase- modelo com efeito de interação entre Meio Envolvente e Grupo

Testes de adequação do ajuste<sup>a,b</sup>

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	,000	0	.
Qui-quadrado de Pearson	,000	0	.

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + Grupo + Meio\_Envolv + Grupo \* Meio\_Envolv

Resíduos e contagens de célula<sup>a,b</sup>

Grupo	Meio envolvente	Observado		Esperado		Resíduo	Resíduos padronizados	Resíduos ajustados	Desviância
		Contagem	%	Contagem	%				
Depressão Major	Externo	23,500	4,0	23,500	4,0%	,000	,000	,000	,000
	Interno	81,500	13,8	81,500	13,8%	,000	,000	.	,000
	Ambas	76,500	13,0	76,500	13,0%	,000	,000	.	,000
Ansiedade Generalizada	Externo	42,500	7,2	42,500	7,2%	,000	,000	,000	,000
	Interno	24,500	4,2	24,500	4,2%	,000	,000	,000	,000
	Ambas	38,500	6,5	38,500	6,5%	,000	,000	,000	,000
Sem alteração psicopatológica	Externo	83,500	14,2	83,500	14,2%	,000	,000	,000	,000
	Interno	93,500	15,9	93,500	15,9%	,000	,000	,000	,000
	Ambas	124,500	21,2	124,500	21,2%	,000	,000	,000	,000

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + Grupo + Meio\_Envolv + Grupo \* Meio\_Envolv

Estimativas do parâmetro<sup>b,c</sup>

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Constante	4,824	,090	53,829	,000	4,649	5,000
[Grupo = 1]	-,487	,145	-3,352	,001	-,772	-,202
[Grupo = 2]	-1,174	,184	-6,364	,000	-1,535	-,812
[Grupo = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Meio_Envolv = 1]	-,399	,141	-2,824	,005	-,677	-,122
[Meio_Envolv = 2]	-,286	,137	-2,092	,036	-,555	-,018
[Meio_Envolv = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 1] * [Meio_Envolv = 1]	-,781	,275	-2,839	,005	-1,320	-,242
[Grupo = 1] * [Meio_Envolv = 2]	,350	,210	1,666	,096	-,062	,761
[Grupo = 1] * [Meio_Envolv = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 2] * [Meio_Envolv = 1]	,498	,264	1,890	,059	-,018	1,015
[Grupo = 2] * [Meio_Envolv = 2]	-,166	,292	-,566	,571	-,739	,408
[Grupo = 2] * [Meio_Envolv = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Meio_Envolv = 1]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Meio_Envolv = 2]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Meio_Envolv = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + Grupo + Meio\_Envolv + Grupo \* Meio\_Envolv

## GRUPO VERSUS CONTEÚDO

Acontecimento/Conteúdo\_rec\_\* Grupo Tabulação cruzada

			Grupo			Total
			Depressão Major	Ansiedade Generalizada	Sem alteração psicopatológica	
Acontecimento/Conteúdo	Escola/Universidade	Contagem	7	8	24	39
		Contagem Esperada	12,0	7,0	20,0	39,0
	Actividades de descanso ou lazer	Contagem	10	9	20	39
		Contagem Esperada	12,0	7,0	20,0	39,0
	Família	Contagem	45	14	55	114
		Contagem Esperada	35,1	20,4	58,5	114,0
	Pessoa	Contagem	9	9	23	41

	Contagem Esperada	12,6	7,3	21,0	41,0
Objectos/Locais	Contagem	18	8	71	97
	Contagem Esperada	29,9	17,4	49,8	97,0
Trabalho	Contagem	8	8	14	30
	Contagem Esperada	9,2	5,4	15,4	30,0
Festejos	Contagem	3	0	9	12
	Contagem Esperada	3,7	2,1	6,2	12,0
Relações amorosas	Contagem	15	17	13	45
	Contagem Esperada	13,9	8,1	23,1	45,0
Viagens	Contagem	7	1	10	18
	Contagem Esperada	5,5	3,2	9,2	18,0
Hospital/Doença	Contagem	9	9	9	27
	Contagem Esperada	8,3	4,8	13,8	27,0
Momentos de diversão	Contagem	4	9	8	21
	Contagem Esperada	6,5	3,8	10,8	21,0
Desporto	Contagem	5	2	10	17
	Contagem Esperada	5,2	3,0	8,7	17,0
Acidente	Contagem	1	3	10	14
	Contagem Esperada	4,3	2,5	7,2	14,0
Eventos stressantes	Contagem	16	4	1	21
	Contagem Esperada	6,5	3,8	10,8	21,0
Outros	Contagem	22	3	21	46
	Contagem Esperada	14,2	8,2	23,6	46,0
Total	Contagem	179	104	298	581
	Contagem Esperada	179,0	104,0	298,0	581,0

#### Testes qui-quadrado

	Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Qui-quadrado de Pearson	100,462 <sup>a</sup>	28	,000
Razão de verossimilhança	103,629	28	,000
Associação Linear por Linear	10,759	1	,001
N de Casos Válidos	581		

a. 9 células (20,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,15.

Análise loglinear – modelo 1, com as variáveis grupo e conteúdo numa primeira fase e depois introduzindo a interação destes fatores.

#### Testes de adequação do ajuste<sup>a,b</sup>

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança (LR)	103,629	28	,000
Qui-quadrado de Pearson (X <sup>2</sup> )	100,462	28	,000

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + Grupo + Acontecim\_rec

Estimativas do parâmetro<sup>b,c</sup>

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	3,161	,153	20,676	,000	2,861	3,461
[Grupo = 1]	-,510	,095	-5,390	,000	-,695	-,324
[Grupo = 2]	-1,053	,114	-9,243	,000	-1,276	-,829
[Grupo = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Acontecim_rec = 1]	-,165	,218	-,758	,448	-,592	,262
[Acontecim_rec = 2]	-,165	,218	-,758	,448	-,592	,262
[Acontecim_rec = 4]	,908	,175	5,196	,000	,565	1,250
[Acontecim_rec = 5]	-,115	,215	-,536	,592	-,536	,306
[Acontecim_rec = 6]	,746	,179	4,168	,000	,395	1,097
[Acontecim_rec = 7]	-,427	,235	-1,821	,069	-,887	,033
[Acontecim_rec = 8]	-1,344	,324	-4,145	,000	-1,979	-,708
[Acontecim_rec = 9]	-,022	,210	-,105	,917	-,433	,389
[Acontecim_rec = 10]	-,938	,278	-3,375	,001	-1,483	-,393
[Acontecim_rec = 11]	-,533	,242	-2,198	,028	-1,008	-,058
[Acontecim_rec = 13]	-,784	,263	-2,977	,003	-1,300	-,268
[Acontecim_rec = 15]	-,995	,284	-3,507	,000	-1,552	-,439
[Acontecim_rec = 16]	-1,190	,305	-3,897	,000	-1,788	-,591
[Acontecim_rec = 17]	-,784	,263	-2,977	,003	-1,300	-,268
[Acontecim_rec = 19]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + Grupo + Acontecim\_rec

#### Relatório

Resíduos ajustados

Acontecimento/Conteúdo_rec	Média	N	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Escola/Universidade	,5829	39	1,18300	-1,80	1,33
Actividades de descanso ou lazer	,0153	39	,56405	-,72	,87
Família	,3178	114	1,58781	-1,75	2,23
Pessoa	,2327	41	,80947	-1,27	,70
Objectos/Locais	2,7060	97	3,36062	-2,86	4,73
Trabalho	-,0344	30	,80998	-,52	1,29
Festejos	1,1352	12	,95013	-,44	1,66
Relações amorosas	,5911	45	2,76664	-3,13	3,62
Viagens	,4205	18	,48976	-1,39	,75
Hospital/Doença	,1738	27	1,68869	-1,91	2,14
Momentos de diversão	,6064	21	2,15856	-1,23	3,04
Desporto	,2549	17	,49052	-,67	,63
Acidente	1,0260	14	,98769	-1,94	1,53
Eventos stressantes	3,3153	21	2,49934	-4,35	4,59
Outros	,7451	46	1,82765	-2,10	2,61
Total	,8922	581	2,22812	-4,35	4,73

#### MODELO LOGLINEAR 2, interação grupo\*conteúdo

Testes de adequação do ajuste<sup>a,b</sup>

	Valor	df	Sig.
Razão de verossimilhança	,000	0	.
Qui-quadrado de Pearson	,000	0	.

a. Modelo: Poisson

b. Design: Constante + Grupo + Acontecim\_rec + Grupo \* Acontecim\_rec

Estimativas do parâmetro<sup>b,c</sup>

Parâmetro	Estimativa	Erro Padrão	Z	Sig.	Intervalo de Confiança 95%	
					Limite inferior	Limite superior
Constante	3,068	,216	14,226	,000	2,645	3,491
[Grupo = 1]	,045	,302	,151	,880	-,546	,637
[Grupo = 2]	-1,815	,576	-3,149	,002	-2,945	-,686
[Grupo = 3]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Acontecim_rec = 1]	,131	,296	,442	,658	-,449	,710
[Acontecim_rec = 2]	-,048	,309	-,154	,877	-,653	,557
[Acontecim_rec = 4]	,948	,254	3,733	,000	,450	1,446
[Acontecim_rec = 5]	,089	,298	,298	,766	-,496	,674
[Acontecim_rec = 6]	1,202	,246	4,885	,000	,720	1,684
[Acontecim_rec = 7]	-,394	,340	-1,159	,246	-1,060	,272
[Acontecim_rec = 8]	-,817	,390	-2,097	,036	-1,580	-,053
[Acontecim_rec = 9]	-,465	,347	-1,340	,180	-1,146	,215
[Acontecim_rec = 10]	-,717	,376	-1,904	,057	-1,455	,021
[Acontecim_rec = 11]	-,817	,390	-2,097	,036	-1,580	-,053
[Acontecim_rec = 13]	-,928	,405	-2,290	,022	-1,722	-,134
[Acontecim_rec = 15]	-,717	,376	-1,904	,057	-1,455	,021
[Acontecim_rec = 16]	-,717	,376	-1,904	,057	-1,455	,021
[Acontecim_rec = 17]	-2,663	,844	-3,153	,002	-4,318	-1,007
[Acontecim_rec = 19]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 1]	-1,229	,515	-2,387	,017	-2,238	-,220
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 2]	-,715	,485	-1,474	,140	-1,665	,236
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 4]	-,244	,362	-,675	,500	-,953	,465
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 5]	-,951	,489	-1,947	,052	-1,909	,007
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 6]	-1,397	,399	-3,504	,000	-2,179	-,616
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 7]	-,580	,527	-1,100	,271	-1,612	,453
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 8]	-1,044	,694	-1,504	,133	-2,405	,317
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 9]	,093	,479	,193	,847	-,846	1,032
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 10]	-,382	,565	-,676	,499	-1,490	,726
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 11]	-,045	,549	-,083	,934	-1,122	1,031
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 13]	-,681	,656	-1,038	,299	-1,968	,605
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 15]	-,692	,607	-1,141	,254	-1,881	,497
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 16]	-1,991	,924	-2,156	,031	-3,801	-,181
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 17]	2,352	,905	2,601	,009	,580	4,125
[Grupo = 1] * [Acontecim_rec = 19]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 1]	,757	,700	1,080	,280	-,616	2,130
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 2]	1,046	,697	1,500	,134	-,321	2,413
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 4]	,473	,647	,731	,465	-,796	1,742
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 5]	,910	,693	1,313	,189	-,448	2,268
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 6]	-,314	,681	-,462	,644	-1,649	1,021
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 7]	1,281	,720	1,779	,075	-,131	2,693
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 8]	-1,129	1,561	-,723	,470	-4,189	1,931
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 9]	2,075	,681	3,048	,002	,741	3,409
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 10]	-,131	1,046	-,125	,901	-2,181	1,920
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 11]	1,815	,737	2,464	,014	,371	3,259
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 13]	1,927	,745	2,586	,010	,466	3,387
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 15]	,380	,910	,418	,676	-1,403	2,163
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 16]	,717	,844	,849	,396	-,939	2,372
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 17]	2,914	1,105	2,637	,008	,748	5,080
[Grupo = 2] * [Acontecim_rec = 19]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 1]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 2]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 4]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 5]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 6]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 7]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 8]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 9]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 10]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 11]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 13]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.

[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 15]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 16]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 17]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.
[Grupo = 3] * [Acontecim_rec = 19]	0 <sup>a</sup>	.	.	.	.	.

a. Este parâmetro é definido para zero porque é redundante.

b. Modelo: Poisson

c. Design: Constante + Grupo + Acontecim\_rec + Grupo \* Acontecim\_rec

	Total de acontecimentos evocados involuntárias	Total Acontecimentos Negativos Evocados Involuntárias	Total Acontecimentos Positivos Evocados Involuntárias	Total Acontecimentos Neutros Evocados Involuntárias	Específicas Involuntárias	Catagóricas Involuntárias	Alargadas Involuntárias
Depressão Major							
N	16	16	16	16	16	16	16
Mínimum	1	0	0	0	0	0	0
Maximum	20	15	17	4	17	7	9
Mean	10,88	5,50	4,19	1,19	5,75	1,94	3,19
Std. Deviation	7,736	4,953	4,490	1,276	4,973	2,489	2,562
Kurtosis	-1,818	-,821	3,561	-,069	-,142	-,675	,353
Skewness	,007	,670	1,697	,921	,791	,911	,741
Ansiedade Generalizada							
N	10	10	10	10	10	10	10
Mínimum	4	0	2	0	1	0	0
Maximum	20	7	12	4	20	4	10
Mean	10,40	2,60	5,80	2,00	6,40	1,80	2,70
Std. Deviation	6,501	2,757	3,327	1,155	6,022	1,317	3,164
Kurtosis	-1,517	-1,345	-,310	,080	1,920	-,751	2,470
Skewness	,575	,681	,739	,000	1,405	,088	1,580
Sem alteração psicopatológica							
N	15	15	15	15	15	15	15
Mínimum	20	0	8	1	6	0	0
Maximum	20	8	16	7	19	9	11
Mean	20,00	4,33	11,67	4,00	13,00	3,60	3,40
Std. Deviation	,000	2,024	2,257	1,813	4,018	2,720	3,247
Kurtosis	.	,418	-,288	-,247	-1,154	-,807	,412
Skewness	.	-,228	,092	,083	,000	,660	,944
Total							
N	41	41	41	41	41	41	41
Mínimum	1	0	0	0	0	0	0
Maximum	20	15	17	7	20	9	11
Mean	14,10	4,37	7,32	2,41	8,56	2,51	3,15
Std. Deviation	7,252	3,693	4,840	1,910	5,899	2,451	2,912
Kurtosis	-1,320	1,016	-1,082	-,071	-1,012	-,049	,422
Skewness	-,667	1,044	,133	,658	,270	,901	,978

- a) Recorrência (v8 -> Nunca a Muiússimas vezes) em função da Antiguidade da Memória(v23) – ver se + recorrentes está associado a mais recentes

### Correlações Paramétricas - Pearson

Correlations							
Grupo			Antiguidade numérica da memória	Recorrência	Valência	Especificidade	Comum
Depressão Major	Antiguidade numérica da memória	Pearson Correlation	1	-,039	,138	-,107	-,145
		Sig. (2-tailed)		,688	,160	,276	,137
		N	106	106	106	106	106
Ansiedade Generalizada	Antiguidade numérica da memória	Pearson Correlation	1	,187	,143	-,027	-,276*
		Sig. (2-tailed)		,135	,255	,830	,026
		N	65	65	65	65	65
Sem alteração psicopatológica	Antiguidade numérica da memória	Pearson Correlation	1	-,088	-,006	,175*	,003
		Sig. (2-tailed)		,220	,936	,013	,967
		N	198	198	198	198	198
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).							
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).							

### Correlações Não Paramétricas – Spearman

Grupo				Antiguidade numérica da memória	Recorrência	Valência	Comum
Depressão Major	Spearman's rho	Antiguidade numérica da memória	Correlation Coefficient	1,000	-,114	,114	-,104
			Sig. (2-tailed)	.	,244	,245	,290
			N	106	106	106	106
Ansiedade Generalizada	Spearman's rho	Antiguidade numérica da memória	Correlation Coefficient	1,000	,032	,043	-,203
			Sig. (2-tailed)	.	,802	,735	,105
			N	65	65	65	65
Sem alteração psicopatológica	Spearman's rho	Antiguidade numérica da memória	Correlation Coefficient	1,000	-,054	-,010	,020
			Sig. (2-tailed)	.	,453	,892	,775
			N	198	198	198	198

## RECORRÊNCIA VERSUS ANTIGUIDADE

### Teste Kruskal-Wallis

#### Classificações

Grupo	Recorrência 4 categorias	N	Postos de média	
Depressão Major	Antiguidade numérica da memória	Nunca ou poucas vezes	21	53,81
		Algumas vezes	16	50,28
		Muitas vezes	26	68,31
		Muitíssimas vezes	43	45,59
		Total	106	
Ansiedade Generalizada	Antiguidade numérica da memória	Nunca ou poucas vezes	22	33,70
		Algumas vezes	13	32,88
		Muitas vezes	14	26,04
		Muitíssimas vezes	16	38,22
		Total	65	
Sem alteração psicopatológica	Antiguidade numérica da memória	Nunca ou poucas vezes	66	102,48
		Algumas vezes	52	99,43
		Muitas vezes	44	101,26
		Muitíssimas vezes	36	91,99
		Total	198	

#### Estatísticas de teste<sup>a,b</sup>

Grupo	Antiguidade numérica da memória	
Depressão Major	Qui-quadrado	9,077
	df	3
	Significância Sig.	,026
Ansiedade Generalizada	Qui-quadrado	3,177
	df	3
	Significância Sig.	,365
Sem alteração psicopatológica	Qui-quadrado	,841
	df	3
	Significância Sig.	,840

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Recorrência 4 categorias

### Teste do Qui-quadrado

#### Recorrência 4 categorias \* Antiguidade em 4 classes Tabulação cruzada

Grupo	Recorrência 4 categorias	Nunca ou poucas vezes	Contagem % em Recorrência 4 categorias % em Antiguidade em 4 classes	Antiguidade em 4 classes				Total
				até 5 anos	6-15 anos	16-25 anos	mais de 25 anos	
Depressão Major			6 28,6%	8 38,1%	4 19,0%	3 14,3%	21 100,0%	
		Algumas vezes	5 16,2%	6 30,8%	4 13,8%	1 21,4%	16 19,8%	

			% em Recorrência 4 categorias	31,3%	37,5%	25,0%	6,3%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	13,5%	23,1%	13,8%	7,1%	15,1%
	Muitas vezes		Contagem	4	6	11	5	26
			% em Recorrência 4 categorias	15,4%	23,1%	42,3%	19,2%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	10,8%	23,1%	37,9%	35,7%	24,5%
	Muitíssimas vezes		Contagem	22	6	10	5	43
			% em Recorrência 4 categorias	51,2%	14,0%	23,3%	11,6%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	59,5%	23,1%	34,5%	35,7%	40,6%
	Total		Contagem	37	26	29	14	106
			% em Recorrência 4 categorias	34,9%	24,5%	27,4%	13,2%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ansiedade Generalizada	Recorrência 4 categorias	Nunca ou poucas vezes	Contagem	12	7	1	2	22
			% em Recorrência 4 categorias	54,5%	31,8%	4,5%	9,1%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	33,3%	53,8%	14,3%	22,2%	33,8%
		Algumas vezes	Contagem	7	3	3	0	13
			% em Recorrência 4 categorias	53,8%	23,1%	23,1%	0,0%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	19,4%	23,1%	42,9%	0,0%	20,0%
		Muitas vezes	Contagem	9	2	1	2	14
			% em Recorrência 4 categorias	64,3%	14,3%	7,1%	14,3%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	25,0%	15,4%	14,3%	22,2%	21,5%
		Muitíssimas vezes	Contagem	8	1	2	5	16
			% em Recorrência 4 categorias	50,0%	6,3%	12,5%	31,3%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	22,2%	7,7%	28,6%	55,6%	24,6%
	Total		Contagem	36	13	7	9	65
			% em Recorrência 4 categorias	55,4%	20,0%	10,8%	13,8%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			Contagem	17	22	5	22	66

Sem alteração psicopatológica	Recorrência 4 categorias	Nunca ou poucas vezes	% em Recorrência 4 categorias	25,8%	33,3%	7,6%	33,3%	100,0%
			% em Antiguidade em 4 classes	34,0%	32,4%	16,7%	44,0%	33,3%
	Algumas vezes	Contagem	% em Recorrência 4 categorias	12	19	10	11	52
				% em Antiguidade em 4 classes	23,1%	36,5%	19,2%	21,2%
	Muitas vezes	Contagem	% em Recorrência 4 categorias	10	14	11	9	44
				% em Antiguidade em 4 classes	22,7%	31,8%	25,0%	20,5%
	Muitíssimas vezes	Contagem	% em Recorrência 4 categorias	11	13	4	8	36
				% em Antiguidade em 4 classes	30,6%	36,1%	11,1%	22,2%
	Total	Contagem	% em Recorrência 4 categorias	50	68	30	50	198
				% em Antiguidade em 4 classes	25,3%	34,3%	15,2%	25,3%
				100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### Testes qui-quadrado

Grupo		Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Depressão Major	Qui-quadrado de Pearson	15,405 <sup>a</sup>	9	,080
	Razão de verossimilhança	15,579	9	,076
	Associação Linear por Linear	,421	1	,517
	N de Casos Válidos	106		
Ansiedade Generalizada	Qui-quadrado de Pearson	12,128 <sup>b</sup>	9	,206
	Razão de verossimilhança	13,177	9	,155
	Associação Linear por Linear	2,065	1	,151
	N de Casos Válidos	65		
Sem alteração psicopatológica	Qui-quadrado de Pearson	9,683 <sup>c</sup>	9	,377
	Razão de verossimilhança	9,658	9	,379
	Associação Linear por Linear	,762	1	,383
	N de Casos Válidos	198		

a. 5 células (31,3%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,11.

b. 12 células (75,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,40.

c. 0 células (0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 5,45.

- b) Valência(v11 -> -2, -1, 0, 1, 2) e Antiguidade da Memória(v23) – o mesmo que a anterior, ver se as memórias positivas são mais antigas ou mais recentes;

Grupo = Depressão Major

#### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Antiguidade numérica da memória é a mesma entre as categorias de Recorrência 4 categorias.	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	,017	Rejeitar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

Grupo = Ansiedade Generalizada

#### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Antiguidade numérica da memória é a mesma entre as categorias de Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Ne	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	,951	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

Grupo = Sem alteração psicopatológica

#### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Antiguidade numérica da memória é a mesma entre as categorias de Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Ne	Teste de Kruskal-Wallis de Amostras Independent es	,902	Retar a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,0

## ESPECIFICIDADE VERSUS ANTIGUIDADE

### ANOVA two-Way

Fatores entre assuntos

		Rótulo de valor	N
Grupo	1	Depressão Major	106
	2	Ansiedade Generalizada	65
	3	Sem alteração psicopatológica	198
Especificidade	1	Sim	307
	2	Não	62

### Testes de efeitos entre assuntos

Variável dependente: Antiguidade numérica da memória

Origem	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Modelo corrigido	2352,526 <sup>a</sup>	5	470,505	3,736	,003
Interceptação	26661,421	1	26661,421	211,727	,000
Grupo	1892,821	2	946,410	7,516	,001
Especificidade	2,485	1	2,485	,020	,888
Grupo * Especificidade	729,183	2	364,592	2,895	,057
Erro	45710,255	363	125,924		
Total	116738,000	369			
Total corrigido	48062,780	368			

a. R Quadrado = ,049 (R Quadrado Ajustado = ,036)

Teste de Mann-Whitney para comparar apenas 2 grupos (2 categorias da Especificidade)

Grupo = Depressão Major

### Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Antiguidade numérica da memória é a mesma entre as categorias de Especificidade .	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,290	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05

## Grupo = Ansiedade Generalizada

## Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Antiguidade numérica da memória é a mesma entre as categorias de Especificidade .	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,785	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05

## Grupo = Sem alteração psicopatológica

## Resumo de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Antiguidade numérica da memória é a mesma entre as categorias de Especificidade .	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,065	Reter a hipótese nula.

São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05

## Teste do Qui-quadrado

## Antiguidade em 4 classes \* Especificidade Crosstabulation

Grupo	Antiguidade em 4 classes		Especificidade		Total	
			Sim	Não		
Depressão Major	Antiguidade em 4 classes	até 5 anos	Count	32	5	37
			% within Especificidade	34,0%	41,7%	34,9%
		6-15 anos	Count	23	3	26
			% within Especificidade	24,5%	25,0%	24,5%
	16-25 anos	Count	26	3	29	
	% within Especificidade	27,7%	25,0%	27,4%		
	mais de 25 anos	Count	13	1	14	
	% within Especificidade	13,8%	8,3%	13,2%		
	Total	Count	94	12	106	
		% within Especificidade	100,0%	100,0%	100,0%	
Ansiedade Generalizada	Antiguidade em 4 classes	até 5 anos	Count	28	8	36
			% within Especificidade	54,9%	57,1%	55,4%
	6-15 anos	Count	9	4	13	

			% within Especificidade	17,6%	28,6%	20,0%	
		16-25 anos	Count	7	0	7	
			% within Especificidade	13,7%	0,0%	10,8%	
		mais de 25 anos	Count	7	2	9	
			% within Especificidade	13,7%	14,3%	13,8%	
	Total		Count	51	14	65	
			% within Especificidade	100,0%	100,0%	100,0%	
Sem alteração psicopatológica	Antiguidade em 4 classes	até 5 anos	Count	43	7	50	
			% within Especificidade	26,5%	19,4%	25,3%	
		6-15 anos	Count	58	10	68	
			% within Especificidade	35,8%	27,8%	34,3%	
			16-25 anos	Count	28	2	30
				% within Especificidade	17,3%	5,6%	15,2%
			mais de 25 anos	Count	33	17	50
				% within Especificidade	20,4%	47,2%	25,3%
		Total		Count	162	36	198
				% within Especificidade	100,0%	100,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

Grupo		Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Depressão Major	Pearson Chi-Square	,449 <sup>a</sup>	3	,930
	Likelihood Ratio	,473	3	,925
	Linear-by-Linear Association	,428	1	,513
	N of Valid Cases	106		
Ansiedade Generalizada	Pearson Chi-Square	2,589 <sup>b</sup>	3	,459
	Likelihood Ratio	4,009	3	,261
	Linear-by-Linear Association	,201	1	,654
	N of Valid Cases	65		
Sem alteração psicopatológica	Pearson Chi-Square	12,224 <sup>c</sup>	3	,007
	Likelihood Ratio	11,674	3	,009
	Linear-by-Linear Association	5,642	1	,018
	N of Valid Cases	198		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

b. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,51.

c. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,45.

## HUMOR, VALÊNCIA, IMPACTO NO HUMOR

### Correlações Não Paramétricas - Spearman

Correlations				Humor	Valência	Impacto no humor - original
Grupo						
Depressão Major	Spearman's rho	Humor	Correlation Coefficient	1,000	,267**	-,184*
			Sig. (2-tailed)	.	,000	,014
			N	180	180	180
	Valência	Correlation Coefficient	,267**	1,000	-,290**	
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	
		N	180	180	180	
Impacto no humor - original	Correlation Coefficient	-,184*	-,290**	1,000		
	Sig. (2-tailed)	,014	,000	.		
	N	180	180	180		
Ansiedade Generalizada	Spearman's rho	Humor	Correlation Coefficient	1,000	,121	-,084
			Sig. (2-tailed)	.	,221	,398
			N	104	104	104
	Valência	Correlation Coefficient	,121	1,000	-,045	
		Sig. (2-tailed)	,221	.	,647	
		N	104	104	104	
Impacto no humor - original	Correlation Coefficient	-,084	-,045	1,000		
	Sig. (2-tailed)	,398	,647	.		
	N	104	104	104		
Sem alteração psicopatológica	Spearman's rho	Humor	Correlation Coefficient	1,000	,271**	,025
			Sig. (2-tailed)	.	,000	,672
			N	300	300	300
	Valência	Correlation Coefficient	,271**	1,000	-,199**	
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,001	
		N	300	300	300	
Impacto no humor - original	Correlation Coefficient	,025	-,199**	1,000		
	Sig. (2-tailed)	,672	,001	.		
	N	300	300	300		

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

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

### Modelo de Regressão Categórica Multinomial.

Model Fitting Information				
Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	533,144			
Final	192,268	340,876	16	,000

## Pseudo R-Square

Cox and Snell	,442
Nagelkerke	,505
McFadden	,279

## Likelihood Ratio Tests

Effect	Model Fitting		Likelihood Ratio Tests		
	Criteria		Chi-Square	df	Sig.
	-2 Log Likelihood of Reduced Model				
Intercept	192,268 <sup>a</sup>	,000	0	.	
Grupo	252,241	59,972	4	,000	
Humor	215,658	23,390	8	,003	
Valencia_3cat	346,563	154,295	4	,000	

The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.

a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.

## Parameter Estimates

Impacto no Humor de -1, 0 e 1 <sup>a</sup>	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
							Lower Bound	Upper Bound
Pior	Intercept	-	,793	23,110	1	,000		
	[Grupo=1]	3,810	,383	4,875	1	,027	2,331	1,100 4,942
	[Grupo=2]	1,119	,421	7,062	1	,008	3,063	1,342 6,995
	[Grupo=3]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[Humor=-2]	3,378	1,172	8,312	1	,004	29,322	2,950 291,501
	[Humor=-1]	2,753	,901	9,347	1	,002	15,692	2,686 91,666
	[Humor=0]	2,297	,824	7,771	1	,005	9,946	1,978 50,015
	[Humor=1]	1,292	,816	2,508	1	,113	3,639	,736 18,004
	[Humor=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
	[Valencia_3cat=-1]	3,720	,427	75,788	1	,000	41,269	17,860 95,358
	[Valencia_3cat=0]	1,434	,504	8,105	1	,004	4,195	1,563 11,258
	[Valencia_3cat=1]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.
Não foi influenciado	Intercept	,540	,258	4,379	1	,036		
	[Grupo=1]	-	,308	20,318	1	,000	,250	,137 ,457
	[Grupo=2]	1,387	,296	,906	1	,341	,755	,423 1,347
	[Grupo=3]	-2,281	,296	,906	1	,341	,755	,423 1,347
	[Grupo=3]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.

[Humor=-2]	,564	,919	,377	1	,539	1,758	,290	10,652
[Humor=-1]	,338	,510	,440	1	,507	1,402	,517	3,808
[Humor=0]	,218	,360	,365	1	,546	1,243	,614	2,519
[Humor=1]	-,076	,306	,062	1	,803	,927	,509	1,687
[Humor=2]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.
[Valencia_3cat=-1]	1,627	,406	16,044	1	,000	5,090	2,296	11,285
[Valencia_3cat=0]	1,674	,365	21,002	1	,000	5,331	2,606	10,905
[Valencia_3cat=1]	0 <sup>b</sup>	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: Melhor.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

## ANTIGUIDADE VERSUS COMUM

### Teste de Kruskal-Wallis

Grupo = Depressão Major

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Antiguidade numérica da memória is the same across categories of Comum.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,102	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Grupo = Ansiedade Generalizada

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Antiguidade numérica da memória is the same across categories of Comum.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,124	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Grupo = Sem alteração psicopatológica

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of Antiguidade numérica da memória is the same across categories of Comum.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,456	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

ANOVA two-way (interação grupo\*comum, dependente é a Antiguidade=

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Antiguidade numérica da memória

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	4158,097 <sup>a</sup>	14	297,007	2,395	,003
Intercept	46753,505	1	46753,505	376,970	,000
Grupo	574,984	2	287,492	2,318	,100
Comum	1246,044	4	311,511	2,512	,042
Grupo * Comum	1991,993	8	248,999	2,008	,045
Error	43904,684	354	124,025		
Total	116738,000	369			
Corrected Total	48062,780	368			

a. R Squared = ,087 (Adjusted R Squared = ,050)

### Multiple Comparisons

Dependent Variable: Antiguidade numérica da memória

	(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	3,90	1,754	,069	-,23	8,03
		Sem alteração psicopatológica	-1,46	1,340	,522	-4,61	1,70
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-3,90	1,754	,069	-8,03	,23
		Sem alteração psicopatológica	-5,36*	1,592	,002	-9,11	-1,61
Scheffe	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	1,46	1,340	,522	-1,70	4,61
		Sem alteração psicopatológica	5,36*	1,592	,002	1,61	9,11
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	3,90	1,754	,086	-,41	8,21
		Sem alteração psicopatológica	-1,46	1,340	,554	-4,75	1,84
		Depressão Major	-3,90	1,754	,086	-8,21	,41

	Sem alteração psicopatológica	-5,36*	1,592	,004	-9,27	-1,45
Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	1,46	1,340	,554	-1,84	4,75
	Ansiedade Generalizada	5,36*	1,592	,004	1,45	9,27

Based on observed means.

The error term is Mean Square(Error) = 124,025.

\*. The mean difference is significant at the 0,05 level.

## VALÊNCIA VERSUS INTENSIDADE

### Correlações Paramétricas - Pearson

Correlações			Intensidade	Valência
Depressão Major	Intensidade	Correlação de Pearson	1	-,093
		Sig. (1 extremidade)		,107
		N	180	180
Valência	Correlação de Pearson		-,093	1
		Sig. (1 extremidade)	,107	
		N	180	180
Ansiedade Generalizada	Intensidade	Correlação de Pearson	1	,031
		Sig. (1 extremidade)		,377
		N	104	104
Valência	Correlação de Pearson		,031	1
		Sig. (1 extremidade)	,377	
		N	104	104
Sem alteração psicopatológica	Intensidade	Correlação de Pearson	1	,134*
		Sig. (1 extremidade)		,010
		N	300	300
Valência	Correlação de Pearson		,134*	1
		Sig. (1 extremidade)	,010	
		N	300	300

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (1 extremidade).

### Correlações Não Paramétricas - Spearman

Correlações				Intensidade	Valência
Depressão Major	rô de Spearman	Intensidade	Coefficiente de Correlação	1,000	-,114
			Sig. (1 extremidade)	.	,064
			N	180	180
	Valência	Coefficiente de Correlação		-,114	1,000
			Sig. (1 extremidade)	,064	.
			N	180	180
Ansiedade Generalizada	rô de Spearman	Intensidade	Coefficiente de Correlação	1,000	,098
			Sig. (1 extremidade)	.	,162
			N	104	104
	Valência	Coefficiente de Correlação		,098	1,000
			Sig. (1 extremidade)	,162	.

	N	104	104
Sem alteração psicopatológica	Intensidade	1,000	,225**
	Coeficiente de Correlação Sig. (1 extremidade)	.	,000
	N	300	300
Valência	Coeficiente de Correlação	,225**	1,000
	Coeficiente de Correlação Sig. (1 extremidade)	,000	.
	N	300	300

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

### Teste do Qui-quadrado

#### Intensidade em 4 categorias \* Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu Tabulação cruzada

Grupo				Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu			Total	
				Negativo	Neutro	Positivo		
Depressão Major	Intensidade em 4 categorias	Sem intensidade ou Pouco	Contagem	5	3	3	11	
			% em Intensidade em 4 categorias	45,5%	27,3%	27,3%	100,0%	
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	6,0%	21,4%	3,7%	6,1%	
	Nem muito, nem pouco intensa			Contagem	11	6	12	29
				% em Intensidade em 4 categorias	37,9%	20,7%	41,4%	100,0%
				% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	13,1%	42,9%	14,6%	16,1%
	Intensa			Contagem	18	2	38	58
				% em Intensidade em 4 categorias	31,0%	3,4%	65,5%	100,0%
				% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	21,4%	14,3%	46,3%	32,2%
Muito intensa			Contagem	50	3	29	82	
			% em Intensidade em 4 categorias	61,0%	3,7%	35,4%	100,0%	
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	59,5%	21,4%	35,4%	45,6%	
Total			Contagem	84	14	82	180	
			% em Intensidade em 4 categorias	46,7%	7,8%	45,6%	100,0%	
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Ansiedade Generalizada	Intensidade em 4 categorias	Sem intensidade ou Pouco	Contagem	4	10	6	20	
			% em Intensidade em 4 categorias	20,0%	50,0%	30,0%	100,0%	
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	15,4%	66,7%	9,5%	19,2%	
	Nem muito, nem pouco intensa			Contagem	1	5	18	24
				% em Intensidade em 4 categorias	4,2%	20,8%	75,0%	100,0%
				% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	3,8%	33,3%	28,6%	23,1%
	Intensa			Contagem	10	0	25	35
				% em Intensidade em 4 categorias	28,6%	0,0%	71,4%	100,0%

			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	38,5%	0,0%	39,7%	33,7%
	Muito intensa		Contagem	11	0	14	25
			% em Intensidade em 4 categorias	44,0%	0,0%	56,0%	100,0%
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	42,3%	0,0%	22,2%	24,0%
	Total		Contagem	26	15	63	104
			% em Intensidade em 4 categorias	25,0%	14,4%	60,6%	100,0%
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Sem alteração psicopatológica	Intensidade em 4 categorias	Sem intensidade ou Pouco	Contagem	10	28	27	65
			% em Intensidade em 4 categorias	15,4%	43,1%	41,5%	100,0%
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	18,2%	40,6%	15,3%	21,7%
		Nem muito, nem pouco intensa	Contagem	9	31	50	90
			% em Intensidade em 4 categorias	10,0%	34,4%	55,6%	100,0%
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	16,4%	44,9%	28,4%	30,0%
		Intensa	Contagem	18	6	57	81
			% em Intensidade em 4 categorias	22,2%	7,4%	70,4%	100,0%
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	32,7%	8,7%	32,4%	27,0%
		Muito intensa	Contagem	18	4	42	64
			% em Intensidade em 4 categorias	28,1%	6,3%	65,6%	100,0%
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	32,7%	5,8%	23,9%	21,3%
	Total		Contagem	55	69	176	300
			% em Intensidade em 4 categorias	18,3%	23,0%	58,7%	100,0%
			% em Valencia recodificada 3 cat Neg, por e Neu	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### Testes qui-quadrado

Grupo		Valor	df	Significância Sig. (2 lados)
Depressão Major	Qui-quadrado de Pearson	29,751 <sup>a</sup>	6	,000
	Razão de verossimilhança	26,271	6	,000
	Associação Linear por Linear	2,246	1	,134
	N de Casos Válidos	180		
Ansiedade Generalizada	Qui-quadrado de Pearson	39,722 <sup>b</sup>	6	,000
	Razão de verossimilhança	43,576	6	,000
	Associação Linear por Linear	,202	1	,653
	N de Casos Válidos	104		
Sem alteração psicopatológica	Qui-quadrado de Pearson	46,437 <sup>c</sup>	6	,000
	Razão de verossimilhança	50,132	6	,000
	Associação Linear por Linear	,700	1	,403

N de Casos Válidos	300
--------------------	-----

- a. 3 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é ,86.  
 b. 3 células (25,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,88.  
 c. 0 células (,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 11,73.

## RECORRÊNCIA, INTENSIDADE, VALÊNCIA

### Correlações Paramétricas - Pearson

		Correlações			
Grupo			Recorrência	Valência	Intensidade
Depressão Major	Recorrência	Correlação de Pearson	1	-,354**	,415**
		Sig. (1 extremidade)		,000	,000
		N	180	180	180
	Valência	Correlação de Pearson	-,354**	1	-,093
		Sig. (1 extremidade)	,000		,107
		N	180	180	180
Intensidade	Correlação de Pearson	,415**	-,093	1	
	Sig. (1 extremidade)	,000	,107		
	N	180	180	180	
Ansiedade Generalizada	Recorrência	Correlação de Pearson	1	,033	,286**
		Sig. (1 extremidade)		,369	,002
		N	104	104	104
	Valência	Correlação de Pearson	,033	1	,031
		Sig. (1 extremidade)	,369		,377
		N	104	104	104
Intensidade	Correlação de Pearson	,286**	,031	1	
	Sig. (1 extremidade)	,002	,377		
	N	104	104	104	
Sem alteração psicopatológica	Recorrência	Correlação de Pearson	1	,090	,424**
		Sig. (1 extremidade)		,060	,000
		N	300	300	300
	Valência	Correlação de Pearson	,090	1	,134*
		Sig. (1 extremidade)	,060		,010
		N	300	300	300
Intensidade	Correlação de Pearson	,424**	,134*	1	
	Sig. (1 extremidade)	,000	,010		
	N	300	300	300	

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (1 extremidade).

## Correlações Não Paramétricas - Spearman

Correlações				Recorrência	Valência	Intensidade
Depressão Major	rô de Spearman	Recorrência	Coefficiente de Correlação	1,000	-,363**	,508**
			Sig. (1 extremidade)	.	,000	,000
			N	180	180	180
	Valência	Coefficiente de Correlação	-,363**	1,000	-,114	
		Sig. (1 extremidade)	,000	.	,064	
		N	180	180	180	
Intensidade	Coefficiente de Correlação	,508**	-,114	1,000		
	Sig. (1 extremidade)	,000	,064	.		
	N	180	180	180		
Ansiedade Generalizada	rô de Spearman	Recorrência	Coefficiente de Correlação	1,000	,079	,292**
			Sig. (1 extremidade)	.	,211	,001
			N	104	104	104
	Valência	Coefficiente de Correlação	,079	1,000	,098	
		Sig. (1 extremidade)	,211	.	,162	
		N	104	104	104	
Intensidade	Coefficiente de Correlação	,292**	,098	1,000		
	Sig. (1 extremidade)	,001	,162	.		
	N	104	104	104		
Sem alteração psicopatológica	rô de Spearman	Recorrência	Coefficiente de Correlação	1,000	,147**	,412**
			Sig. (1 extremidade)	.	,005	,000
			N	300	300	300
	Valência	Coefficiente de Correlação	,147**	1,000	,225**	
		Sig. (1 extremidade)	,005	.	,000	
		N	300	300	300	
Intensidade	Coefficiente de Correlação	,412**	,225**	1,000		
	Sig. (1 extremidade)	,000	,000	.		
	N	300	300	300		

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

## Modelo de Regressão

Variáveis Inseridas/Removidas <sup>a</sup>				
Grupo	Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
Depressão Major	1	Intensidade		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).
	2	Valência		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).
Ansiedade Generalizada	1	Intensidade		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).
Sem alteração psicopatológica	1	Intensidade		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).

a. Variável Dependente: Recorrência

Resumo do modelo<sup>c</sup>

Grupo	Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
Depressão Major	1	,415 <sup>a</sup>	,172	,167	1,067	
	2	,522 <sup>b</sup>	,272	,264	1,003	2,074
Ansiedade Generalizada	1	,286 <sup>a</sup>	,082	,073	1,138	1,434
Sem alteração psicopatológica	1	,424 <sup>a</sup>	,180	,177	1,166	1,926

a. Preditores: (Constante), Intensidade

b. Preditores: (Constante), Intensidade, Valência

c. Variável Dependente: Recorrência

ANOVA<sup>a</sup>

Grupo	Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Depressão Major	1 Regressão	42,125	1	42,125	36,969	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	202,825	178	1,139		
	Total	244,950	179			
	2 Regressão	66,711	2	33,356	33,124	,000 <sup>c</sup>
	Resíduo	178,239	177	1,007		
	Total	244,950	179			
Ansiedade Generalizada	1 Regressão	11,764	1	11,764	9,085	,003 <sup>b</sup>
	Resíduo	132,082	102	1,295		
	Total	143,846	103			
Sem alteração psicopatológica	1 Regressão	88,684	1	88,684	65,257	,000 <sup>b</sup>
	Resíduo	404,983	298	1,359		
	Total	493,667	299			

a. Variável Dependente: Recorrência

b. Preditores: (Constante), Intensidade

c. Preditores: (Constante), Intensidade, Valência

Coeficientes<sup>a</sup>

Grupo	Modelo	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta		
Depressão Major	1 (Constante)	1,921	,354		5,431	,000
	Intensidade	,504	,083	,415	6,080	,000
	2 (Constante)	2,056	,334		6,164	,000
	Intensidade	,468	,078	,385	5,979	,000
Ansiedade Generalizada	1 (Constante)	2,460	,350		7,022	,000
	Intensidade	,282	,094	,286	3,014	,003
Sem alteração psicopatológica	1 (Constante)	1,690	,203		8,347	,000
	Intensidade	,454	,056	,424	8,078	,000

a. Variável Dependente: Recorrência

Variáveis excluídas<sup>a</sup>

Grupo	Modelo	Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade	
						Tolerância	
Depressão Major	1 Valência	-,318 <sup>b</sup>	-4,941	,000	-,348	,991	
Ansiedade Generalizada	1 Valência	,024 <sup>b</sup>	,255	,799	,025	,999	
Sem alteração psicopatológica	1 Valência	,034 <sup>b</sup>	,636	,525	,037	,982	

- a. Variável Dependente: Recorrência  
 b. Preditores no Modelo: (Constante), Intensidade

Estatísticas de resíduos<sup>a</sup>

Grupo		Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Depressão Major	Valor previsto	2,29	4,87	4,02	,610	180
	Valor Previsto Padrão	-2,831	1,398	,000	1,000	180
	Erro padrão do valor previsto	,076	,259	,126	,030	180
	Valor previsto ajustado	2,10	4,90	4,01	,616	180
	Resíduo	-3,402	2,712	,000	,998	180
	Resíduo Padronizado	-3,390	2,702	,000	,994	180
	Resíduos Estudantizados de Estud.	-3,415	2,797	,001	1,004	180
	Resíduos deletados Estudantizados	-3,452	2,904	,003	1,017	180
	Mahal. Distância	-3,523	2,852	,000	1,012	180
	Distância de Cook	,027	10,897	1,989	1,642	180
	Valor de ponto alavanca centralizado	,000	,186	,006	,017	180
		,000	,061	,011	,009	180
	Ansiedade Generalizada	Valor previsto	2,74	3,87	3,46	,338
Valor Previsto Padrão		-2,127	1,212	,000	1,000	104
Erro padrão do valor previsto		,119	,263	,152	,042	104
Valor previsto ajustado		2,61	3,92	3,46	,339	104
Resíduo		-2,589	2,257	,000	1,132	104
Resíduo Padronizado		-2,275	1,984	,000	,995	104
Resíduos Estudantizados de Estud.		-2,288	2,039	,000	1,005	104
Resíduos deletados Estudantizados		-2,618	2,385	,000	1,156	104
Mahal. Distância		-2,337	2,072	-,001	1,012	104
Distância de Cook		,142	4,526	,990	1,211	104
Valor de ponto alavanca centralizado		,000	,118	,010	,016	104
		,001	,044	,010	,012	104
Sem alteração psicopatológica		Valor previsto	2,14	3,96	3,23	,545
	Valor Previsto Padrão	-1,999	1,337	,000	1,000	300
	Erro padrão do valor previsto	,071	,151	,092	,025	300
	Valor previsto ajustado	2,10	3,99	3,23	,544	300
	Resíduo	-2,962	2,855	,000	1,164	300
	Resíduo Padronizado	-2,541	2,449	,000	,998	300
	Resíduos Estudantizados de Estud.	-2,552	2,470	,000	1,002	300
	Resíduos deletados Estudantizados	-2,989	2,904	,000	1,172	300
	Mahal. Distância	-2,576	2,492	,000	1,004	300
	Distância de Cook	,109	3,996	,997	1,136	300
	Valor de ponto alavanca centralizado	,000	,052	,003	,005	300
		,000	,013	,003	,004	300

a. Variável Dependente: Recorrência

**COMUM, RECORRÊNCIA, INTENSIDADE, VALÊNCIA.**

**Correlações Paramétricas**

			<b>Correlações</b>			
Grupo			Comum	Recorrência	Valência	Intensidade
Depressão Major	Comum	Correlação de Pearson	1	-,337**	,073	-,285**
		Sig. (1 extremidade)		,000	,164	,000
		N	180	180	180	180
	Recorrência	Correlação de Pearson	-,337**	1	-,354**	,415**
		Sig. (1 extremidade)	,000		,000	,000
		N	180	180	180	180
	Valência	Correlação de Pearson	,073	-,354**	1	-,093
		Sig. (1 extremidade)	,164	,000		,107
		N	180	180	180	180
	Intensidade	Correlação de Pearson	-,285**	,415**	-,093	1
		Sig. (1 extremidade)	,000	,000	,107	
		N	180	180	180	180
Ansiedade Generalizada	Comum	Correlação de Pearson	1	-,287**	-,050	-,114
		Sig. (1 extremidade)		,002	,308	,124
		N	104	104	104	104
	Recorrência	Correlação de Pearson	-,287**	1	,033	,286**
		Sig. (1 extremidade)	,002		,369	,002
		N	104	104	104	104
	Valência	Correlação de Pearson	-,050	,033	1	,031
		Sig. (1 extremidade)	,308	,369		,377
		N	104	104	104	104
	Intensidade	Correlação de Pearson	-,114	,286**	,031	1
		Sig. (1 extremidade)	,124	,002	,377	
		N	104	104	104	104
Sem alteração psicopatológica	Comum	Correlação de Pearson	1	,009	-,081	,104*
		Sig. (1 extremidade)		,436	,080	,036
		N	300	300	300	300
	Recorrência	Correlação de Pearson	,009	1	,090	,424**
		Sig. (1 extremidade)	,436		,060	,000
		N	300	300	300	300
	Valência	Correlação de Pearson	-,081	,090	1	,134*
		Sig. (1 extremidade)	,080	,060		,010
		N	300	300	300	300
	Intensidade	Correlação de Pearson	,104*	,424**	,134*	1
		Sig. (1 extremidade)	,036	,000	,010	
		N	300	300	300	300

\*\* A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

\* A correlação é significativa no nível 0,05 (1 extremidade).

**Correlações Não paramétricas**

<b>Correlações</b>						
Grupo			Comum	Recorrência	Valência	Intensidade

Depressão Major	rô de Spearman	Comum	Coefficiente de Correlação	1,000	-,325**	,062	-,314**
			Sig. (1 extremidade)	.	,000	,205	,000
			N	180	180	180	180
			<hr/>				
		Recorrência	Coefficiente de Correlação	-,325**	1,000	-,363**	,508**
			Sig. (1 extremidade)	,000	.	,000	,000
			N	180	180	180	180
			<hr/>				
		Valência	Coefficiente de Correlação	,062	-,363**	1,000	-,114
			Sig. (1 extremidade)	,205	,000	.	,064
			N	180	180	180	180
			<hr/>				
Intensidade	Coefficiente de Correlação	-,314**	,508**	-,114	1,000		
	Sig. (1 extremidade)	,000	,000	,064	.		
	N	180	180	180	180		
	<hr/>						
Ansiedade Generalizada	rô de Spearman	Comum	Coefficiente de Correlação	1,000	-,285**	-,086	-,090
			Sig. (1 extremidade)	.	,002	,193	,181
			N	104	104	104	104
			<hr/>				
		Recorrência	Coefficiente de Correlação	-,285**	1,000	,079	,292**
			Sig. (1 extremidade)	,002	.	,211	,001
			N	104	104	104	104
			<hr/>				
		Valência	Coefficiente de Correlação	-,086	,079	1,000	,098
			Sig. (1 extremidade)	,193	,211	.	,162
			N	104	104	104	104
			<hr/>				
Intensidade	Coefficiente de Correlação	-,090	,292**	,098	1,000		
	Sig. (1 extremidade)	,181	,001	,162	.		
	N	104	104	104	104		
	<hr/>						
Sem alteração psicopatológica	rô de Spearman	Comum	Coefficiente de Correlação	1,000	,002	-,070	,105*
			Sig. (1 extremidade)	.	,489	,113	,035
			N	300	300	300	300
			<hr/>				
		Recorrência	Coefficiente de Correlação	,002	1,000	,147**	,412**
			Sig. (1 extremidade)	,489	.	,005	,000
			N	300	300	300	300
			<hr/>				
		Valência	Coefficiente de Correlação	-,070	,147**	1,000	,225**
			Sig. (1 extremidade)	,113	,005	.	,000
			N	300	300	300	300
			<hr/>				
Intensidade	Coefficiente de Correlação	,105*	,412**	,225**	1,000		
	Sig. (1 extremidade)	,035	,000	,000	.		
	N	300	300	300	300		
	<hr/>						

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (1 extremidade).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (1 extremidade).

## INTENSIDADE, RECORRÊNCIA, COMUM

### Variáveis Inseridas/Removidas<sup>a</sup>

Grupo	Modelo	Variáveis inseridas	Variáveis removidas	Método
Depressão Major	1	Recorrência		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).
	2	Intensidade		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).
Ansiedade Generalizada	1	Recorrência		Em Etapas (Critérios: Probabilidade de F a ser inserido <= ,050, Probabilidade de F a ser removido >= ,100).

a. Variável Dependente: Comum

### Resumo do modelo<sup>c</sup>

Grupo	Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
Depressão Major	1	,337 <sup>a</sup>	,113	,108	1,416	
	2	,373 <sup>b</sup>	,139	,129	1,400	2,195
Ansiedade Generalizada	1	,287 <sup>a</sup>	,082	,073	1,432	1,776

a. Preditores: (Constante), Recorrência

b. Preditores: (Constante), Recorrência, Intensidade

c. Variável Dependente: Comum

### ANOVA<sup>a</sup>

Grupo	Modelo	Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.	
Depressão Major	1	Regressão	45,640	1	45,640	22,760	,000 <sup>b</sup>
		Resíduo	356,938	178	2,005		
		Total	402,578	179			
	2	Regressão	55,868	2	27,934	14,261	,000 <sup>c</sup>
		Resíduo	346,710	177	1,959		
		Total	402,578	179			
Ansiedade Generalizada	1	Regressão	18,798	1	18,798	9,165	,003 <sup>b</sup>
		Resíduo	209,202	102	2,051		
		Total	228,000	103			

a. Variável Dependente: Comum

b. Preditores: (Constante), Recorrência

c. Preditores: (Constante), Recorrência, Intensidade

### Coefficientes<sup>a</sup>

Grupo	Modelo	Coefficientes não padronizados		Coefficientes padronizados		t	Sig.
		B	Erro Padrão	Beta			
Depressão Major	1	(Constante)	4,645	,378		12,274	,000
		Recorrência	-,432	,090	-,337	-4,771	,000
	2	(Constante)	5,406	,501		10,795	,000
		Recorrência	-,339	,098	-,264	-3,445	,001
	Intensidade	-,273	,120	-,175	-2,285	,023	
Ansiedade Generalizada	1	(Constante)	4,251	,437		9,739	,000
		Recorrência	-,361	,119	-,287	-3,027	,003

a. Variável Dependente: Comum

Variáveis excluídas<sup>a</sup>

Grupo	Modelo	Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade
						Tolerância
Depressão Major	1 Valência	-,052 <sup>b</sup>	-,694	,489	-,052	,875
	Intensidade	-,175 <sup>b</sup>	-2,285	,023	-,169	,828
	2 Valência	-,042 <sup>c</sup>	-,559	,577	-,042	,871
Ansiedade Generalizada	1 Valência	-,040 <sup>b</sup>	-,421	,674	-,042	,999
	Intensidade	-,035 <sup>b</sup>	-,354	,724	-,035	,918

a. Variável Dependente: Comum

b. Preditores no Modelo: (Constante), Recorrência

c. Preditores no Modelo: (Constante), Recorrência, Intensidade

Estatísticas de resíduos<sup>a</sup>

Grupo		Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	N
Depressão Major	Valor previsto	2,35	4,52	2,91	,559	180
	Valor Previsto Padrão	-1,009	2,882	,000	1,000	180
	Erro padrão do valor previsto	,106	,439	,172	,055	180
	Valor previsto ajustado	2,32	4,55	2,91	,560	180
	Resíduo	-3,182	2,652	,000	1,392	180
	Resíduo Padronizado	-2,274	1,895	,000	,994	180
	Resíduos Estudantizados	-2,318	1,906	,000	1,003	180
	de Estud.	-3,308	2,683	,001	1,415	180
	Resíduos deletados Estudantizados	-2,348	1,920	,000	1,005	180
	Mahal. Distância	,030	16,611	1,989	2,360	180
	Distância de Cook	,000	,071	,006	,008	180
Valor de ponto alavanca centralizado	,000	,093	,011	,013	180	
Ansiedade Generalizada	Valor previsto	2,44	3,89	3,00	,427	104
	Valor Previsto Padrão	-1,302	2,083	,000	1,000	104
	Erro padrão do valor previsto	,151	,326	,193	,045	104
	Valor previsto ajustado	2,38	4,05	3,00	,428	104
	Resíduo	-2,890	2,556	,000	1,425	104
	Resíduo Padronizado	-2,018	1,785	,000	,995	104
	Resíduos Estudantizados	-2,072	1,809	,000	1,005	104
	de Estud.	-3,048	2,625	,000	1,454	104
	Resíduos deletados Estudantizados	-2,107	1,829	,000	1,009	104
	Mahal. Distância	,153	4,339	,990	,975	104
	Distância de Cook	,000	,117	,010	,014	104
Valor de ponto alavanca centralizado	,001	,042	,010	,009	104	

a. Variável Dependente: Comum

## HIPÓTESE 6

	Total de acontecimentos evocados involuntárias	Total Acontecimentos Negativos Evocados Involuntárias	Total Acontecimentos Positivos Evocados Involuntárias	Total Acontecimentos Neutros Evocados Involuntárias	Específicas Involuntárias	Catagóricas Involuntárias	Alargadas Involuntárias
Depressao Major							
N	16	16	16	16	16	16	16
Minimum	1	0	0	0	0	0	0
Maximum	20	15	17	4	17	7	9
Mean	10,88	5,50	4,19	1,19	5,75	1,94	3,19
Std. Deviation	7,736	4,953	4,490	1,276	4,973	2,489	2,562
Kurtosis	-1,818	-,821	3,561	-,069	-,142	-,675	,353
Skewness	,007	,670	1,697	,921	,791	,911	,741
Ansiedade Generalizada							
N	10	10	10	10	10	10	10
Minimum	4	0	2	0	1	0	0
Maximum	20	7	12	4	20	4	10
Mean	10,40	2,60	5,80	2,00	6,40	1,80	2,70
Std. Deviation	6,501	2,757	3,327	1,155	6,022	1,317	3,164
Kurtosis	-1,517	-1,345	-,310	,080	1,920	-,751	2,470
Skewness	,575	,681	,739	,000	1,405	,088	1,580
Sem alteração psicopatológica							
N	15	15	15	15	15	15	15
Minimum	20	0	8	1	6	0	0
Maximum	20	8	16	7	19	9	11
Mean	20,00	4,33	11,67	4,00	13,00	3,60	3,40
Std. Deviation	,000	2,024	2,257	1,813	4,018	2,720	3,247
Kurtosis	.	,418	-,288	-,247	-1,154	-,807	,412
Skewness	.	-,228	,092	,083	,000	,660	,944
Total							
N	41	41	41	41	41	41	41
Minimum	1	0	0	0	0	0	0
Maximum	20	15	17	7	20	9	11
Mean	14,10	4,37	7,32	2,41	8,56	2,51	3,15
Std. Deviation	7,252	3,693	4,840	1,910	5,899	2,451	2,912
Kurtosis	-1,320	1,016	-1,082	-,071	-1,012	-,049	,422
Skewness	-,667	1,044	,133	,658	,270	,901	,978

Descriptive Statistics										
Grupo		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
		Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Depressão Major	Involuntarias % específicas	16	,00	1,00	,5554	,30905	,159	,564	-1,029	1,091
	Involuntarias % categoricas	16	,00	,41	,1180	,14943	,879	,564	-,731	1,091
	Involuntarias % alargadas	16	,00	1,00	,3266	,28924	,862	,564	,262	1,091
	Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos)	33	,00	,55	,2709	,12962	,149	,409	-,309	,798
	Voluntarias % categoricas (sobre acontecimentos)	33	,00	,38	,1920	,08069	-,097	,409	,236	,798

	Voluntarias % alargadas (sobre acontecimentos)	33	,25	,74	,5355	,12550	-,301	,409	-,346	,798
	<b>Valid N (listwise)</b>	<b>16</b>								
Ansiedade Generalizada	Involuntarias % específicas	10	,20	1,00	,5483	,29391	,571	,687	-1,061	1,334
	Involuntarias % categoricas	10	,00	,50	,2465	,20075	-,106	,687	-1,792	1,334
	Involuntarias % alargadas	10	,00	1,00	,2885	,30410	1,470	,687	2,790	1,334
	Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos)	30	,04	,76	,2999	,16773	,852	,427	,616	,833
	Voluntarias % categoricas (sobre acontecimentos)	30	,00	,55	,2344	,11637	,575	,427	,848	,833
	Voluntarias % alargadas (sobre acontecimentos)	30	,19	,78	,4690	,15456	-,027	,427	-,617	,833
	<b>Valid N (listwise)</b>	<b>10</b>								
Sem alteração psicopatológica	Involuntarias % específicas	15	,30	,95	,6500	,20089	,000	,580	-1,154	1,121
	Involuntarias % categoricas	15	,00	,45	,1800	,13601	,660	,580	-,807	1,121
	Involuntarias % alargadas	15	,00	,55	,1700	,16235	,944	,580	,412	1,121
	Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos)	48	,18	,75	,4916	,14545	-,249	,343	-,382	,674
	Voluntarias % categoricas (sobre acontecimentos)	48	,00	,45	,1801	,11040	,489	,343	-,055	,674
	Voluntarias % alargadas (sobre acontecimentos)	48	,00	,68	,3255	,13782	,548	,343	1,060	,674
	<b>Valid N (listwise)</b>	<b>15</b>								

Teste T- student – paramétrico (para dados emparelhados)

#### Paired Samples Statistics

Grupo	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Depressão Major	Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos)	16	,2633	,03334
	Involuntarias % específicas	16	,5554	,07726
Ansiedade Generalizada	Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos)	10	,3468	,06993
	Involuntarias % específicas	10	,5483	,09294
Sem alteração psicopatológica	Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos)	15	,5105	,04915
	Involuntarias % específicas	15	,6500	,05187

#### Paired Samples Correlations

Grupo	N	Correlation	Sig.
Depressão Major	16	,334	,207
Ansiedade Generalizada	10	-,267	,455

Sem alteração psicopatológica	Pair 1	Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos) & Involuntarias % específicas	15	,499	,058
-------------------------------	--------	--	----	------	------

#### Paired Samples Test

Grupo		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)	
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
					Lower	Upper				
Depressão Major	Pair 1	Voluntarias % específicas - Involuntarias % específicas	-,292	,293	,07322	-,44822	-,13608	-3,99	15	,001
Ansiedade Generalizada	Pair 1	Voluntarias % específicas - Involuntarias % específicas	-,202	,412	,13040	-,49653	,09344	-1,546	9	,157
Sem alteração psicopatológica	Pair 1	Voluntarias % específicas - Involuntarias % específicas	-,139	,196	,05062	-,24803	-,03088	-2,76	14	,016

Teste de Wilcoxon e Teste da Mediana – não paramétrico (para dados de duas amostras emparelhadas)

#### Grupo = Depressão Major

#### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos) and Involuntarias % específicas equals 0.	Related-Samples Sign Test	,001 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis.
2	The median of differences between Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos) and Involuntarias % específicas equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,001	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<sup>1</sup>Exact significance is displayed for this test.

#### Grupo = Ansiedade Generalizada

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos) and Involuntarias % específicas equals 0.	Related-Samples Sign Test	,754 <sup>1</sup>	Retain the null hypothesis.
2	The median of differences between Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos) and Involuntarias % específicas equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,285	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<sup>1</sup>Exact significance is displayed for this test.

### Grupo = Sem alteração psicopatológica

### Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The median of differences between Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos) and Involuntarias % específicas equals 0.	Related-Samples Sign Test	,035 <sup>1</sup>	Reject the null hypothesis.
2	The median of differences between Voluntarias % específicas (sobre acontecimentos) and Involuntarias % específicas equals 0.	Related-Samples Wilcoxon Signed Rank Test	,029	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

<sup>1</sup>Exact significance is displayed for this test.

### Comparação entre grupos – Memórias Involuntárias

#### Descriptive Statistics

Grupo		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness		Kurtosis	
							Statistic	Std. Error	Statistic	Std. Error
Depressão Major	Total de acontecimentos evocados involuntárias	16	1	20	10,88	7,736	,007	,564	-1,818	1,091
	Total Acontecimentos Negativos Evocados Involuntárias	16	0	15	5,50	4,953	,670	,564	-,821	1,091
	Total Acontecimentos Positivos Evocados Involuntárias	16	0	17	4,19	4,490	1,697	,564	3,561	1,091
	Total Acontecimentos Neutros Evocados Involuntárias	16	0	4	1,19	1,276	,921	,564	-,069	1,091



Sem alteração psicopatológica	Total de acontecimentos evocados involuntárias	15	20	20	20,00	,000	.	.	.	.
	Total Acontecimentos Negativos Evocados Involuntárias	15	0	8	4,33	2,024	-,228	,580	,418	1,121
	Total Acontecimentos Positivos Evocados Involuntárias	15	8	16	11,67	2,257	,092	,580	-,288	1,121
	Total Acontecimentos Neutros Evocados Involuntárias	15	1	7	4,00	1,813	,083	,580	-,247	1,121
	Específicas Involuntárias	15	6	19	13,00	4,018	,000	,580	-1,154	1,121
	Catóricas Involuntárias	15	0	9	3,60	2,720	,660	,580	-,807	1,121
	Alargadas Involuntárias	15	0	11	3,40	3,247	,944	,580	,412	1,121
	Involuntarias % especificas	15	,30	,95	,6500	,20089	,000	,580	-1,154	1,121
	Involuntarias % categoricas	15	,00	,45	,1800	,13601	,660	,580	-,807	1,121
	Involuntarias % alargadas	15	,00	,55	,1700	,16235	,944	,580	,412	1,121
	perc_Neg_Invol_michele	15	,00	,40	,2167	,10118	-,228	,580	,418	1,121
	perc_Pos_Invol_michele	15	,40	,80	,5833	,11286	,092	,580	-,288	1,121
	perc_Neu_Invol_michele	15	,05	,35	,2000	,09063	,083	,580	-,247	1,121
	perc_Neg_Inv_particip	15	,00	,35	,1833	,09940	-,347	,580	-,563	1,121
	perc_Pos_Inv_particip	15	,05	,80	,5867	,20219	-1,287	,580	2,362	1,121
	perc_Neu_Inv_particip	15	,05	,95	,2300	,22184	2,731	,580	8,600	1,121
	perc_Esp_Inv_particip	15	,30	1,00	,7667	,23197	-,701	,580	-,818	1,121
	Valid N (listwise)	6								

#### Test of Homogeneity of Variances

	Levene Statistic	df1	df2	Sig.
Total de acontecimentos evocados involuntárias	38,165	2	38	,000
Involuntarias % especificas	2,134	2	38	,132
Involuntarias % categoricas	2,281	2	38	,116
Involuntarias % alargadas	1,854	2	38	,171
Total cont participantes	37,539	2	39	,000
perc_Neg_Invol_michele	8,667	2	38	,001
perc_Pos_Invol_michele	4,070	2	38	,025
perc_Neu_Invol_michele	1,314	2	38	,281
perc_Neg_Inv_particip	10,873	2	39	,000
perc_Pos_Inv_particip	3,480	2	39	,041
perc_Neu_Inv_particip	1,912	2	39	,161
perc_Esp_Inv_particip	,049	2	39	,952

## ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Total de acontecimentos evocados involuntárias	Between Groups	825,460	2	412,730	12,271	,000
	Within Groups	1278,150	38	33,636		
	Total	2103,610	40			
Involuntarias % especificas	Between Groups	,090	2	,045	,619	,544
	Within Groups	2,775	38	,073		
	Total	2,865	40			
Involuntarias % categoricas	Between Groups	,103	2	,052	2,047	,143
	Within Groups	,957	38	,025		
	Total	1,060	40			
Involuntarias % alargadas	Between Groups	,201	2	,100	1,551	,225
	Within Groups	2,456	38	,065		
	Total	2,657	40			
Total aconte participantes	Between Groups	867,101	2	433,551	13,001	,000
	Within Groups	1300,518	39	33,347		
	Total	2167,619	41			
perc_Neg_Invol_michele	Between Groups	1,115	2	,558	10,363	,000
	Within Groups	2,044	38	,054		
	Total	3,160	40			
perc_Pos_Invol_michele	Between Groups	,771	2	,385	10,164	,000
	Within Groups	1,441	38	,038		
	Total	2,211	40			
perc_Neu_Invol_michele	Between Groups	,034	2	,017	,519	,600
	Within Groups	1,238	38	,033		
	Total	1,272	40			
perc_Neg_Inv_particip	Between Groups	,878	2	,439	7,253	,002
	Within Groups	2,361	39	,061		
	Total	3,239	41			
perc_Pos_Inv_particip	Between Groups	,253	2	,127	1,526	,230
	Within Groups	3,232	39	,083		
	Total	3,485	41			
perc_Neu_Inv_particip	Between Groups	,196	2	,098	1,453	,246
	Within Groups	2,626	39	,067		
	Total	2,821	41			
perc_Esp_Inv_particip	Between Groups	,040	2	,020	,333	,718
	Within Groups	2,356	39	,060		
	Total	2,397	41			

Comparações Múltiplas Memórias Involuntárias (essencialmente comparação das percentagens, entre grupos)

## Multiple Comparisons

Dependent Variable	(I) Grupo	(J) Grupo	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
						Lower Bound	Upper Bound	
						Total de acontecimentos evocados involuntárias	Tukey HSD	Depressão Major
Sem alteração psicopatológica	-9,125*	2,084	,000	-14,21	-4,04			
Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,475	2,338	,978	-6,18			5,23
	Sem alteração psicopatológica	-9,600*	2,368	,001	-15,37			-3,83
Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	9,125*	2,084	,000	4,04			14,21
	Ansiedade Generalizada	9,600*	2,368	,001	3,83			15,37
LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,475	2,338	,840		-4,26	5,21
		Sem alteração psicopatológica	-9,125*	2,084	,000		-13,34	-4,91
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,475	2,338	,840		-5,21	4,26
		Sem alteração psicopatológica	-9,600*	2,368	,000		-14,39	-4,81

	Dunnett T3	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	9,125*	2,084	,000	4,91	13,34	
			Ansiedade Generalizada	9,600*	2,368	,000	4,81	14,39	
		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,475	2,823	,998	-6,80	7,75	
			Sem alteração psicopatológica	-9,125*	1,934	,001	-14,29	-3,96	
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,475	2,823	,998	-7,75	6,80	
			Sem alteração psicopatológica	-9,600*	2,056	,003	-15,53	-3,67	
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	9,125*	1,934	,001	3,96	14,29		
		Ansiedade Generalizada	9,600*	2,056	,003	3,67	15,53		
	Involuntarias % específicas	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,00710	,10894	,998	-,2586	,2728
				Sem alteração psicopatológica	-,09457	,09712	,598	-,3314	,1423
			Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,00710	,10894	,998	-,2728	,2586
				Sem alteração psicopatológica	-,10167	,11032	,630	-,3707	,1674
Sem alteração psicopatológica			Depressão Major	,09457	,09712	,598	-,1423	,3314	
			Ansiedade Generalizada	,10167	,11032	,630	-,1674	,3707	
LSD		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,00710	,10894	,948	-,2134	,2276	
			Sem alteração psicopatológica	-,09457	,09712	,336	-,2912	,1020	
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,00710	,10894	,948	-,2276	,2134	
			Sem alteração psicopatológica	-,10167	,11032	,363	-,3250	,1217	
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,09457	,09712	,336	-,1020	,2912	
			Ansiedade Generalizada	,10167	,11032	,363	-,1217	,3250	
Dunnett T3		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,00710	,12086	1,000	-,3064	,3206	
			Sem alteração psicopatológica	-,09457	,09306	,675	-,3314	,1422	
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,00710	,12086	1,000	-,3206	,3064	
			Sem alteração psicopatológica	-,10167	,10644	,717	-,3867	,1834	
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,09457	,09306	,675	-,1422	,3314	
			Ansiedade Generalizada	,10167	,10644	,717	-,1834	,3867	
Involuntarias % categoricas		Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,12848	,06396	,124	-,2845	,0275
				Sem alteração psicopatológica	-,06199	,05702	,528	-,2011	,0771
			Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,12848	,06396	,124	-,0275	,2845
				Sem alteração psicopatológica	,06649	,06477	,565	-,0915	,2245
			Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,06199	,05702	,528	-,0771	,2011
				Ansiedade Generalizada	-,06649	,06477	,565	-,2245	,0915
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,12848	,06396	,052	-,2580	,0010	
			Sem alteração psicopatológica	-,06199	,05702	,284	-,1774	,0535	
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,12848	,06396	,052	-,0010	,2580	
			Sem alteração psicopatológica	,06649	,06477	,311	-,0646	,1976	
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,06199	,05702	,284	-,0535	,1774	
			Ansiedade Generalizada	-,06649	,06477	,311	-,1976	,0646	
	Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,12848	,07366	,264	-,3248	,0678	
			Sem alteração psicopatológica	-,06199	,05127	,546	-,1916	,0676	

		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,12848	,07366	,264	-,0678	,3248
			Sem alteração psicopatológica	,06649	,07255	,741	-,1279	,2609
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,06199	,05127	,546	-,0676	,1916
			Ansiedade Generalizada	-,06649	,07255	,741	-,2609	,1279
Involuntarias % alargadas	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,03804	,10249	,927	-,2119	,2880
			Sem alteração psicopatológica	,15656	,09137	,213	-,0663	,3794
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,03804	,10249	,927	-,2880	,2119
			Sem alteração psicopatológica	,11851	,10379	,495	-,1346	,3716
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,15656	,09137	,213	-,3794	,0663
			Ansiedade Generalizada	-,11851	,10379	,495	-,3716	,1346
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,03804	,10249	,713	-,1694	,2455
			Sem alteração psicopatológica	,15656	,09137	,095	-,0284	,3415
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,03804	,10249	,713	-,2455	,1694
			Sem alteração psicopatológica	,11851	,10379	,261	-,0916	,3286
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,15656	,09137	,095	-,3415	,0284
			Ansiedade Generalizada	-,11851	,10379	,261	-,3286	,0916
	Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,03804	,12032	,984	-,2762	,3523
			Sem alteração psicopatológica	,15656	,08358	,199	-,0573	,3704
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,03804	,12032	,984	-,3523	,2762
			Sem alteração psicopatológica	,11851	,10490	,607	-,1682	,4052
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,15656	,08358	,199	-,3704	,0573
			Ansiedade Generalizada	-,11851	,10490	,607	-,4052	,1682
Total acont participantes	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,188	2,301	,996	-5,42	5,80
			Sem alteração psicopatológica	-9,412*	2,046	,000	-14,40	-4,43
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,188	2,301	,996	-5,80	5,42
			Sem alteração psicopatológica	-9,600*	2,357	,001	-15,34	-3,86
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	9,412*	2,046	,000	4,43	14,40
			Ansiedade Generalizada	9,600*	2,357	,001	3,86	15,34
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,188	2,301	,935	-4,47	4,84
			Sem alteração psicopatológica	-9,412*	2,046	,000	-13,55	-5,27
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,188	2,301	,935	-4,84	4,47
			Sem alteração psicopatológica	-9,600*	2,357	,000	-14,37	-4,83
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	9,412*	2,046	,000	5,27	13,55
			Ansiedade Generalizada	9,600*	2,357	,000	4,83	14,37
	Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,188	2,759	1,000	-6,93	7,30
			Sem alteração psicopatológica	-9,412*	1,839	,000	-14,29	-4,54
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,188	2,759	1,000	-7,30	6,93
			Sem alteração psicopatológica	-9,600*	2,056	,003	-15,53	-3,67
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	9,412*	1,839	,000	4,54	14,29
			Ansiedade Generalizada	9,600*	2,056	,003	3,67	15,53

perc_Neg_Invol_michele	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,35734*	,09350	,001	,1293	,5854
			Sem alteração psicopatológica	,32349*	,08336	,001	,1202	,5268
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,35734*	,09350	,001	-,5854	-,1293
			Sem alteração psicopatológica	-,03385	,09469	,932	-,2648	,1971
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,32349*	,08336	,001	-,5268	-,1202
			Ansiedade Generalizada	,03385	,09469	,932	-,1971	,2648
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,35734*	,09350	,000	,1681	,5466
			Sem alteração psicopatológica	,32349*	,08336	,000	,1547	,4922
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,35734*	,09350	,000	-,5466	-,1681
			Sem alteração psicopatológica	-,03385	,09469	,723	-,2255	,1578
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,32349*	,08336	,000	-,4922	-,1547
			Ansiedade Generalizada	,03385	,09469	,723	-,1578	,2255
Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,35734*	,09584	,004	,1104	,6042	
		Sem alteração psicopatológica	,32349*	,08858	,005	,0913	,5557	
	Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,35734*	,09584	,004	-,6042	-,1104	
		Sem alteração psicopatológica	-,03385	,05201	,885	-,1727	,1050	
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,32349*	,08858	,005	-,5557	-,0913	
		Ansiedade Generalizada	,03385	,05201	,885	-,1050	,1727	
perc_Pos_Invol_michele	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,28769*	,07849	,002	-,4791	-,0963
			Sem alteração psicopatológica	-,27638*	,06998	,001	-,4470	-,1057
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,28769*	,07849	,002	,0963	,4791
			Sem alteração psicopatológica	,01131	,07949	,989	-,1825	,2052
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,27638*	,06998	,001	,1057	,4470
			Ansiedade Generalizada	-,01131	,07949	,989	-,2052	,1825
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,28769*	,07849	,001	-,4466	-,1288
			Sem alteração psicopatológica	-,27638*	,06998	,000	-,4180	-,1347
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,28769*	,07849	,001	,1288	,4466
			Sem alteração psicopatológica	,01131	,07949	,888	-,1496	,1722
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,27638*	,06998	,000	,1347	,4180
			Ansiedade Generalizada	-,01131	,07949	,888	-,1722	,1496
	Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,28769*	,08506	,007	-,5055	-,0699
			Sem alteração psicopatológica	-,27638*	,07016	,002	-,4577	-,0950
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,28769*	,08506	,007	,0699	,5055
			Sem alteração psicopatológica	,01131	,06333	,997	-,1593	,1820
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,27638*	,07016	,002	,0950	,4577
			Ansiedade Generalizada	-,01131	,06333	,997	-,1820	,1593
perc_Neu_Invol_michele	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,06965	,07275	,608	-,2471	,1078
			Sem alteração psicopatológica	-,04711	,06486	,750	-,2053	,1111
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,06965	,07275	,608	-,1078	,2471
			Sem alteração psicopatológica	,02254	,07368	,950	-,1572	,2022

		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,04711	,06486	,750	-,1111	,2053
			Ansiedade Generalizada	-,02254	,07368	,950	-,2022	,1572
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,06965	,07275	,344	-,2169	,0776
			Sem alteração psicopatológica	-,04711	,06486	,472	-,1784	,0842
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,06965	,07275	,344	-,0776	,2169
			Sem alteração psicopatológica	,02254	,07368	,761	-,1266	,1717
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,04711	,06486	,472	-,0842	,1784
			Ansiedade Generalizada	-,02254	,07368	,761	-,1717	,1266
	Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,06965	,07820	,755	-,2697	,1304
			Sem alteração psicopatológica	-,04711	,06606	,855	-,2191	,1249
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,06965	,07820	,755	-,1304	,2697
			Sem alteração psicopatológica	,02254	,05335	,964	-,1220	,1670
Sem alteração psicopatológica		Depressão Major	,04711	,06606	,855	-,1249	,2191	
		Ansiedade Generalizada	-,02254	,05335	,964	-,1670	,1220	
perc_Neg_Inv_particip	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,29853*	,09806	,011	,0596	,5374
			Sem alteração psicopatológica	,29190*	,08716	,005	,0795	,5043
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,29853*	,09806	,011	-,5374	-,0596
			Sem alteração psicopatológica	-,00663	,10045	,998	-,2514	,2381
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,29190*	,08716	,005	-,5043	-,0795
			Ansiedade Generalizada	,00663	,10045	,998	-,2381	,2514
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,29853*	,09806	,004	,1002	,4969
			Sem alteração psicopatológica	,29190*	,08716	,002	,1156	,4682
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,29853*	,09806	,004	-,4969	-,1002
			Sem alteração psicopatológica	-,00663	,10045	,948	-,2098	,1966
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,29190*	,08716	,002	-,4682	-,1156
			Ansiedade Generalizada	,00663	,10045	,948	-,1966	,2098
	Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,29853*	,09826	,017	,0467	,5504
			Sem alteração psicopatológica	,29190*	,08999	,013	,0572	,5266
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,29853*	,09826	,017	-,5504	-,0467
			Sem alteração psicopatológica	-,00663	,05361	,999	-,1505	,1372
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,29190*	,08999	,013	-,5266	-,0572
			Ansiedade Generalizada	,00663	,05361	,999	-,1372	,1505
perc_Pos_Inv_particip	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,14414	,11473	,428	-,4237	,1354
			Sem alteração psicopatológica	-,16596	,10199	,246	-,4144	,0825
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,14414	,11473	,428	-,1354	,4237
			Sem alteração psicopatológica	-,02183	,11753	,981	-,3082	,2645
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,16596	,10199	,246	-,0825	,4144
			Ansiedade Generalizada	,02183	,11753	,981	-,2645	,3082
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,14414	,11473	,216	-,3762	,0879
			Sem alteração psicopatológica	-,16596	,10199	,112	-,3722	,0403

		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,14414	,11473	,216	-,0879	,3762	
			Sem alteração psicopatológica	-,02183	,11753	,854	-,2596	,2159	
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,16596	,10199	,112	-,0403	,3722	
			Ansiedade Generalizada	,02183	,11753	,854	-,2159	,2596	
		Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,14414	,12315	,574	-,4609	,1727
				Sem alteração psicopatológica	-,16596	,09921	,280	-,4182	,0863
	Ansiedade Generalizada		Depressão Major	,14414	,12315	,574	-,1727	,4609	
			Sem alteração psicopatológica	-,02183	,10380	,995	-,2988	,2552	
	Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,16596	,09921	,280	-,0863	,4182		
		Ansiedade Generalizada	,02183	,10380	,995	-,2552	,2988		
	perc_Neu_Inv_particip	Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,15439	,10340	,305	-,4063	,0975
				Sem alteração psicopatológica	-,12594	,09191	,366	-,3499	,0980
Ansiedade Generalizada			Depressão Major	,15439	,10340	,305	-,0975	,4063	
			Sem alteração psicopatológica	,02845	,10593	,961	-,2296	,2865	
Sem alteração psicopatológica			Depressão Major	,12594	,09191	,366	-,0980	,3499	
			Ansiedade Generalizada	-,02845	,10593	,961	-,2865	,2296	
LSD		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,15439	,10340	,143	-,3635	,0548	
			Sem alteração psicopatológica	-,12594	,09191	,178	-,3119	,0600	
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,15439	,10340	,143	-,0548	,3635	
			Sem alteração psicopatológica	,02845	,10593	,790	-,1858	,2427	
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,12594	,09191	,178	-,0600	,3119	
			Ansiedade Generalizada	-,02845	,10593	,790	-,2427	,1858	
Dunnett T3		Depressão Major	Ansiedade Generalizada	-,15439	,12090	,512	-,4782	,1694	
			Sem alteração psicopatológica	-,12594	,08181	,344	-,3323	,0804	
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	,15439	,12090	,512	-,1694	,4782	
			Sem alteração psicopatológica	,02845	,12035	,993	-,2947	,3516	
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	,12594	,08181	,344	-,0804	,3323	
			Ansiedade Generalizada	-,02845	,12035	,993	-,3516	,2947	
perc_Esp_Inv_particip		Tukey HSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,03467	,09796	,933	-,2040	,2733
				Sem alteração psicopatológica	,07110	,08707	,695	-,1410	,2832
			Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,03467	,09796	,933	-,2733	,2040
				Sem alteração psicopatológica	,03643	,10035	,930	-,2081	,2809
			Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,07110	,08707	,695	-,2832	,1410
				Ansiedade Generalizada	-,03643	,10035	,930	-,2809	,2081
	LSD	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,03467	,09796	,725	-,1635	,2328	
			Sem alteração psicopatológica	,07110	,08707	,419	-,1050	,2472	
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,03467	,09796	,725	-,2328	,1635	
			Sem alteração psicopatológica	,03643	,10035	,719	-,1665	,2394	
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,07110	,08707	,419	-,2472	,1050	
			Ansiedade Generalizada	-,03643	,10035	,719	-,2394	,1665	

	Dunnett T3	Depressão Major	Ansiedade Generalizada	,03467	,09760	,978	-,2175	,2869
			Sem alteração psicopatológica	,07110	,08766	,802	-,1500	,2922
		Ansiedade Generalizada	Depressão Major	-,03467	,09760	,978	-,2869	,2175
			Sem alteração psicopatológica	,03643	,09496	,973	-,2106	,2834
		Sem alteração psicopatológica	Depressão Major	-,07110	,08766	,802	-,2922	,1500
			Ansiedade Generalizada	-,03643	,09496	,973	-,2834	,2106

\*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

### Teste de Kruskal-Wallis (não paramétrico)

Ranks			
	Grupo	N	Mean Rank
perc_Neg_Invol_michele	Depressão Major	16	28,72
	Ansiedade Generalizada	10	15,20
	Sem alteração psicopatológica	15	16,63
	Total	41	
perc_Pos_Invol_michele	Depressão Major	16	12,56
	Ansiedade Generalizada	10	26,10
	Sem alteração psicopatológica	15	26,60
	Total	41	
perc_Neu_Invol_michele	Depressão Major	16	15,22
	Ansiedade Generalizada	10	24,75
	Sem alteração psicopatológica	15	24,67
	Total	41	
perc_Neg_Inv_particip	Depressão Major	17	27,62
	Ansiedade Generalizada	10	16,90
	Sem alteração psicopatológica	15	17,63
	Total	42	
perc_Pos_Inv_particip	Depressão Major	17	17,88
	Ansiedade Generalizada	10	23,80
	Sem alteração psicopatológica	15	24,07
	Total	42	
perc_Neu_Inv_particip	Depressão Major	17	14,97
	Ansiedade Generalizada	10	23,00
	Sem alteração psicopatológica	15	27,90
	Total	42	
perc_Esp_Inv_particip	Depressão Major	17	24,50
	Ansiedade Generalizada	10	21,45
	Sem alteração psicopatológica	15	18,13
	Total	42	

Involuntarias % específicas	Depressão Major	16	19,59
	Ansiedade Generalizada	10	18,70
	Sem alteração psicopatológica	15	24,03
	Total	41	
Involuntarias % categoricas	Depressão Major	16	16,25
	Ansiedade Generalizada	10	25,25
	Sem alteração psicopatológica	15	23,23
	Total	41	
Involuntarias % alargadas	Depressão Major	16	23,88
	Ansiedade Generalizada	10	21,60
	Sem alteração psicopatológica	15	17,53
	Total	41	
Total aconte participantes	Depressão Major	17	15,59
	Ansiedade Generalizada	10	15,80
	Sem alteração psicopatológica	15	32,00
	Total	42	

Estatística de teste e valor  $-p$  do Chi-quadrado de Kruskal-Wallis (não é o mesmo que teste do Chi-quadrado)

	perc_Neg_Inv ol_michele	perc_Pos_Inv_mi chele	perc_Neu_Inv_mi chele	perc_Neg_Inv_pa rticip	perc_Pos_Inv_pa rticip	perc_Neu_Inv_pa rticip
Chi-Square	11,062	13,100	6,189	7,194	2,498	9,358
df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,004	,001	,045	,027	,287	,009

	perc_Esp - Inv_parti cip	Involuntarias % especificas	Involuntarias % categoricas	Involuntarias % alargadas	Total aconte participantes
Chi-Square	2,275	1,559	4,395	2,230	19,549
df	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,321	,459	,111	,328	,000

**ANÁLISE MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS INVOLUNTÁRIAS E VOLUNTÁRIAS  
– VALÊNCIA DOS ACONTECIMENTOS**

**Testes multivariáveis<sup>a</sup>**

Grupo	Efeito			Valor	Z	df de hipótese	Erro df	Sig.
Depressão Major	Entre assuntos	Interceptação	Rastreamento de Pillai	1,000	108633,123 <sup>b</sup>	3,000	13,000	,000
			Lambda de Wilks	,000	108633,123 <sup>b</sup>	3,000	13,000	,000
			Rastreamento de Hotelling	25069,182	108633,123 <sup>b</sup>	3,000	13,000	,000
			Maior raiz de Roy	25069,182	108633,123 <sup>b</sup>	3,000	13,000	,000
	Entre assuntos	Valencia	Rastreamento de Pillai	,166	,860 <sup>b</sup>	3,000	13,000	,486
			Lambda de Wilks	,834	,860 <sup>b</sup>	3,000	13,000	,486
			Rastreamento de Hotelling	,199	,860 <sup>b</sup>	3,000	13,000	,486
			Maior raiz de Roy	,199	,860 <sup>b</sup>	3,000	13,000	,486
Ansiedade Generalizada	Entre assuntos	Interceptação	Rastreamento de Pillai	,994	631,481 <sup>b</sup>	2,000	8,000	,000
			Lambda de Wilks	,006	631,481 <sup>b</sup>	2,000	8,000	,000
			Rastreamento de Hotelling	157,870	631,481 <sup>b</sup>	2,000	8,000	,000
			Maior raiz de Roy	157,870	631,481 <sup>b</sup>	2,000	8,000	,000
	Entre assuntos	Valencia	Rastreamento de Pillai	,735	11,073 <sup>b</sup>	2,000	8,000	,005
			Lambda de Wilks	,265	11,073 <sup>b</sup>	2,000	8,000	,005
			Rastreamento de Hotelling	2,768	11,073 <sup>b</sup>	2,000	8,000	,005
			Maior raiz de Roy	2,768	11,073 <sup>b</sup>	2,000	8,000	,005
Sem alteração psicopatológica	Entre assuntos	Interceptação	Rastreamento de Pillai	1,000	88937,491 <sup>b</sup>	3,000	12,000	,000

		Lambda de Wilks	,000	88937,491 <sup>b</sup>	3,000	12,000	,000
		Rastreamento de Hotelling	22234,373	88937,491 <sup>b</sup>	3,000	12,000	,000
		Maior raiz de Roy	22234,373	88937,491 <sup>b</sup>	3,000	12,000	,000
Entre assuntos	Valencia	Rastreamento de Pillai	,756	12,372 <sup>b</sup>	3,000	12,000	,001
		Lambda de Wilks	,244	12,372 <sup>b</sup>	3,000	12,000	,001
		Rastreamento de Hotelling	3,093	12,372 <sup>b</sup>	3,000	12,000	,001
		Maior raiz de Roy	3,093	12,372 <sup>b</sup>	3,000	12,000	,001

a. Design: Intercepção

Design entre Assuntos: Valencia

b. Estatística exata

#### Multivariável<sup>a,b</sup>

Grupo	Efeito entre assuntos	Valor	Z	df de hipótese	Erro df	Sig.	
Depressão Major	Valencia	Rastreamento de Pillai	,166	,860 <sup>c</sup>	3,000	13,000	,486
		Lambda de Wilks	,834	,860 <sup>c</sup>	3,000	13,000	,486
		Rastreamento de Hotelling	,199	,860 <sup>c</sup>	3,000	13,000	,486
		Maior raiz de Roy	,199	,860 <sup>c</sup>	3,000	13,000	,486
Ansiedade Generalizada	Valencia	Rastreamento de Pillai	,735	11,073 <sup>c</sup>	2,000	8,000	,005
		Lambda de Wilks	,265	11,073 <sup>c</sup>	2,000	8,000	,005
		Rastreamento de Hotelling	2,768	11,073 <sup>c</sup>	2,000	8,000	,005
		Maior raiz de Roy	2,768	11,073 <sup>c</sup>	2,000	8,000	,005
Sem alteração psicopatológica	Valencia	Rastreamento de Pillai	,756	12,372 <sup>c</sup>	3,000	12,000	,001
		Lambda de Wilks	,244	12,372 <sup>c</sup>	3,000	12,000	,001
		Rastreamento de Hotelling	3,093	12,372 <sup>c</sup>	3,000	12,000	,001
		Maior raiz de Roy	3,093	12,372 <sup>c</sup>	3,000	12,000	,001

a. Design: Intercepção

Design entre Assuntos: Valencia

b. Os testes têm como base as variáveis na média.

c. Estatística exata

## Testes de contrastes entre assuntos

Grupo	Origem	Medir	Valencia	Tipo III Soma dos Quadrados	df	Quadrado Médio	Z	Sig.
Depressão Major	Valencia	V_negativa	Linear	,054	1	,054	1,106	,310
		V_positiva	Linear	,030	1	,030	,966	,341
		V_neutra	Linear	,005	1	,005	,164	,691
	Erro(Valencia)	V_negativa	Linear	,739	15	,049		
		V_positiva	Linear	,469	15	,031		
		V_neutra	Linear	,434	15	,029		
Ansiedade Generalizada	Valencia	V_negativa	Linear	,430	1	,430	22,328	,001
		V_positiva	Linear	,275	1	,275	15,872	,003
		V_neutra	Linear	,017	1	,017	1,074	,327
	Erro(Valencia)	V_negativa	Linear	,173	9	,019		
		V_positiva	Linear	,156	9	,017		
		V_neutra	Linear	,145	9	,016		
Sem alteração psicopatológica	Valencia	V_negativa	Linear	,249	1	,249	29,127	,000
		V_positiva	Linear	,191	1	,191	30,489	,000
		V_neutra	Linear	,003	1	,003	,326	,577
	Erro(Valencia)	V_negativa	Linear	,120	14	,009		
		V_positiva	Linear	,088	14	,006		
		V_neutra	Linear	,115	14	,008		

## MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS INVOLUNTÁRIAS E VOLUNTÁRIAS – TIPO DE ACONTECIMENTO

## Testes multivariáveis

Grupo		Valor	Z	df de hipótese	Erro df	Sig.	Noncent. Parâmetro	Potência observada <sup>b</sup>
Depressão Major	Rastreamento de Pillai	,568	5,693 <sup>a</sup>	3,000	13,000	,010	17,079	,858
	Lamba de Wilks	,432	5,693 <sup>a</sup>	3,000	13,000	,010	17,079	,858

	Rastreamento de Hotelling	1,314	5,693 <sup>a</sup>	3,000	13,000	,010	17,079	,858
	Maior raiz de Roy	1,314	5,693 <sup>a</sup>	3,000	13,000	,010	17,079	,858
Ansiedade Generalizada	Rastreamento de Pillai	,332	1,157 <sup>a</sup>	3,000	7,000	,391	3,472	,198
	Lamba de Wilks	,668	1,157 <sup>a</sup>	3,000	7,000	,391	3,472	,198
	Rastreamento de Hotelling	,496	1,157 <sup>a</sup>	3,000	7,000	,391	3,472	,198
	Maior raiz de Roy	,496	1,157 <sup>a</sup>	3,000	7,000	,391	3,472	,198
Sem alteração psicopatológica	Rastreamento de Pillai	,550	4,883 <sup>a</sup>	3,000	12,000	,019	14,650	,785
	Lamba de Wilks	,450	4,883 <sup>a</sup>	3,000	12,000	,019	14,650	,785
	Rastreamento de Hotelling	1,221	4,883 <sup>a</sup>	3,000	12,000	,019	14,650	,785
	Maior raiz de Roy	1,221	4,883 <sup>a</sup>	3,000	12,000	,019	14,650	,785

Cada F testa o efeito multivariável de vol\_Inv. Esses testes são baseados nas comparações linearmente independentes de pares entre as médias marginais estimadas.

a. Estatística exata

b. Calculado usando alfa = ,05

#### Comparações de pares

Grupo	Medir	(I) vol_Inv	(J) vol_Inv	Diferença média (I-J)	Erro Padrão	Sig. <sup>b</sup>	95% Intervalo de Confiança para Diferença <sup>b</sup>	
							Limite inferior	Limite superior
Depressão Major	Esp	1	2	-,292*	,073	,001	-,448	-,136
		2	1	,292*	,073	,001	,136	,448
	Cat	1	2	,070	,046	,153	-,029	,168
		2	1	-,070	,046	,153	-,168	,029
	Alar	1	2	,219*	,070	,007	,069	,369
		2	1	-,219*	,070	,007	-,369	-,069
Ansiedade Generalizada	Esp	1	2	-,202	,130	,157	-,497	,093
		2	1	,202	,130	,157	-,093	,497
	Cat	1	2	,017	,087	,852	-,180	,214
		2	1	-,017	,087	,852	-,214	,180
	Alar	1	2	,111	,114	,355	-,147	,370
		2	1	-,111	,114	,355	-,370	,147
Sem alteração psicopatológica	Esp	1	2	-,139*	,051	,016	-,248	-,031
		2	1	,139*	,051	,016	,031	,248

Cat	1	2	-,028	,020	,188	-,072	,016
	2	1	,028	,020	,188	-,016	,072
Alar	1	2	,156*	,043	,003	,063	,248
	2	1	-,156*	,043	,003	-,248	-,063

Baseado em médias marginais estimadas

\*. A diferença média é significativa no nível ,05.

b. Ajuste para diversas comparações: Diferença Menos Significativa (equivalente a nenhum ajuste).