



Barbara Cristina da Silva Lopes
Outubro, 2010

Paranóia e Ansiedade Social na população não clínica: Dois fenómenos diferentes?



Barbara Cristina da Silva Lopes
Outubro, 2010

Paranóia e ansiedade social na população não clínica: Dois fenómenos diferentes?

Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto de Gouveia

Os estudos desta dissertação foram realizados no âmbito da Bolsa de Doutoramento, financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia com referência SFRH/BD/27438/2006 e concluída em 1 de Outubro de 2010.

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Agradecimentos

Aos meus Pais, por acreditarem em mim e por me ensinarem a lidar com os problemas e dificuldades da vida.

Ao meu irmão Pedro Gil, pelo apoio, ajuda e pelo carinho que as palavras não descrevem.

Aos meus primos Almiro e Zita que sempre me receberam de braços abertos e com muita amizade e calor.

À Ana Jorge, pela tua amizade, carinho e compreensão.

À Sofia pela sua boa disposição e companheirismo.

Aos Repolhos, a família que me acolheu de braços abertos, como se fosse um deles e cujo apoio e amizade foram muito importantes para mim.

À minha colega Joana Costa pela sua amizade, altruísmo, ajuda, partilha de conhecimentos, de dificuldades e também dos bons momentos.

À minha colega Sónia Gregório pelo seu companheirismo, colaboração e boa disposição.

Às colegas Marcela Matos e Alexandra Martins pela ajuda, apoio e conselhos.

Às Dras. Lígia Fonseca, Paula Castilho e Cláudia pela ajuda, conselhos e orientação.

Ao Dr. Serafim Carvalho pela orientação e ajuda na recolha dos dados clínicos.

Ao Professor Doutor Pinto Gouveia, pela sua sabedoria, curiosidade científica, paciência, paciência e orientação que foram imprescindíveis e cujo conhecimento e postura me enriqueceu enquanto pessoa e profissional.

À Rosário Silva pela sua simpatia, apoio e conselho, sem o qual às vezes andava “a deriva”.

A todos os médicos psiquiatras e psicólogos que ajudaram na recolha de dados e que tiveram a paciência para me orientarem nos hospitais.

E a todos aqueles que quiseram fazer parte dos estudos, sem os quais não seria possível fazer este projecto...

Paranóia e ansiedade social na população não clínica: Dois fenómenos diferentes?

Objectivos: A paranóia tem sido estudada numa perspectiva evolucionária, à luz do contínuo entre as experiências paranóides e os delírios persecutórios. A investigação nesta área assume que os mecanismos psicológicos presentes nas neuroses podem-nos informar sobre as psicoses. Logo e dado o carácter complexo e multi-factorial da paranóia, a presente investigação pretende analisar e comparar as características psicológicas, afectivas e comportamentais da paranóia com a ansiedade social, contribuindo assim para o conhecimento mais alargado da paranóia e dos delírios, tentando retirar ainda, o estigma associado a este tipo de experiências. A paranóia e a ansiedade social são vistas como sendo medos percebidos dos juízos e comportamentos dos outros em relação a nós próprios, sendo que a paranóia é caracterizada pela sensação de vulnerabilidade à intenção maliciosa dos outros e na facilidade em usar a agressão como forma de defesa, enquanto a ansiedade é caracterizada pelo medo das percepções negativas dos outros e o consequente uso de comportamentos de submissão.

Métodos: O plano de investigação inclui um estudo correlacional e dois estudos experimentais com amostras de estudantes Portugueses e um estudo clínico composto por pacientes esquizofrénicos paranóides *versus* ansiosos sociais.

Resultados: Os resultados sugerem em primeiro lugar, que a paranóia é uma experiência comum em amostras de estudantes Portugueses e partilha características psicológicas e comportamentais com as experiências paranóides da amostra clínica. Em segundo lugar, a paranóia é explicada pela vergonha externa, recordações de experiências de ameaça e de submissão no seio familiar e pela agressividade temperamental. Para além disso, a paranóia encontra-se associada a experiências de *bullying* na infância. Os resultados dos estudos experimentais que tentaram recriar em laboratório situações de stress social e ambiental, demonstraram diferenças entre os paranóides e os ansiosos sociais. Em primeiro lugar, os paranóides apresentam agressividade e raiva temperamentais, vergonha externa excessiva e predisposição para as experiências alucinatórias, enquanto que os ansiosos sociais, são mais submissos que os paranóides. Em segundo lugar, os indivíduos paranóides por um lado, reagem ao insucesso de forma agressiva, emocionalmente negativa e paranóide, por outro lado, apresentam menos raiva na condição de sucesso, apresentando também emoções positivas, não

deixando no entanto, de terem reacções paranóides. Os ansiosos sociais por sua vez, reagem ao insucesso de forma semelhante aos paranóides, ao apresentarem sentimentos de vergonha externa, de raiva e de ansiedade. Por outro lado, os ansiosos sociais, apesar de apresentarem reacções emocionais positivas ao seu sucesso, percebem-no como uma ameaça ao reagirem com ideação paranóide. Por fim, os paranóides não só apresentam ruminacões negativas sobre o ressentimento e medo das percepções negativas dos outros no insucesso atribuindo as causas às circunstâncias, ao contrário dos ansiosos sociais, que apresentam tendencialmente ruminacões “derrotistas”, sem externalizarem o insucesso. Os resultados sugerem também por um lado, que a hostilidade temperamental está associada a um aumento da frequência da ideação paranóide enquanto que os sintomas de ansiedade e a ansiedade-estado estão associadas a um aumento do transtorno da ideação paranóides. Relativamente à experiência do stress ambiental, os resultados sugerem que os paranóides são sensíveis ao stress ambiental, especialmente aos sons negativos que indiciam tristeza (*e.g.* choro de mulher), reagindo de forma paranóide e emocionalmente negativa a estes sons, enquanto que os ansiosos sociais são mais sensíveis a sons negativos que indiciam ameaça (*e.g.* gritos). Logo, o stress ambiental interage com traços paranóides para o aumento da ideação paranóide.

Conclusões: Em primeiro lugar, a paranóia numa população não clínica apresenta mecanismos psicológicos semelhantes aos que são observados nos delírios persecutórios. Os indivíduos paranóides de uma população não-clínica não só são temperamentalmente agressivos e hostis como também apresentam vergonha externa, atribuem as culpas do insucesso a factores externos e relembram experiências de ameaça e de subordinação no ambiente familiar e de vitimação por *bullying* na escola. Da mesma forma, os indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide demonstram temperamentos hostis, vergonha externa e recordações de infância traumáticas relacionadas com o abuso físico, negligência e antipatia parental e com a vitimação por *bullying* por parte dos colegas. O contínuo destas experiências do normal para o patológico, alerta-nos para a importância de terapias de *coping* com a agressividade e de prevenção do *bullying* e do abuso no seio da família e na escola. Ambos os indivíduos paranóides como os ansiosos sociais apresentam experiências traumáticas de *bullying* e de ameaça e submissão no seio familiar. No entanto, os indivíduos paranóides de uma população “normal” apresentam vulnerabilidades psicológicas mais graves que os ansiosos sociais, tais como a presença de temperamentos agressivos e a predisposição para as experiências alucinatórias. Estes dados sugerem-nos aplicações clínicas com o objectivo de desactivar as respostas de defesa paranóides e agressivas ao stress social e ambiental, substituindo-as por respostas mais adequadas e benéficas psicologicamente a longo prazo. Este plano de estudos contribuiu para a compreensão da paranóia na população normal, apresentando dados novos sobre o impacto das experiências de *bullying* e de ameaça no seio familiar no indivíduo e sobre a contribuição dos traços agressivos, da vergonha externa, da predisposição alucinatória e a influência do stress ambiental e social no desenvolvimento da ideação paranóide.

Palavras-chave: paranóia; ansiedade social; delírios paranóides; vergonha externa; submissão; agressividade temperamental; hostilidade; predisposição para as alucinações; afecto negativo; recordações de infância de ambientes familiares ameaçadores; *bullying*; externalização dos eventos negativos; experiências de stress social: sucesso vs. insucesso pessoal; e de stress ambiental: sons negativos *vs.* positivos.

Non-Clinical Paranoia and Social Anxiety: Two different phenomena?

Aims: Paranóia has been studied under the light of an evolutionary perspective that argues in favour of a continuum between paranoid experiences and persecutory delusions. Research in this area claims that the psychological mechanisms present in neuroses could inform us about psychoses. Taking into account that paranóia is a complex and multi-factorial phenomenon, our research project attempts to analyse and to compare the psychological, affective and behavioural characteristics of paranóia with social anxiety, thus contributing to a wider knowledge of paranóia and of delusions and also ameliorating the stigma associated to those types of phenomena. Paranóia and social anxiety are perceived as fears of judgments and behaviours of others towards oneself. Paranóia is characterised by a feeling of vulnerability to the malevolent intent of others against us and the use of aggression as a defence, whereas anxiety is characterised as the fear of negative perceptions and consequently the display of submissive behaviours.

Methods: This research project includes a correlational study and two experimental studies composed of samples of Portuguese students and also a clinical study composed of paranoid schizophrenics *versus* socially anxious individuals.

Results: First, results suggested that paranóia is a common experience in samples of Portuguese students, sharing psychological and behavioural characteristics with the paranoid experiences of a clinical sample. Second, results suggested that paranóia is best explained by external shame, childhood memories of threat and submission within families and by an aggressive temperament. Also, paranóia is associated to childhood experiences of *bullying*.

Results of the experimental studies that tried to re-create in the laboratory situations of social and environmental stresses showed differences between paranoid and socially anxious individuals. Firstly, paranoid individuals showed temperamental aggression and anger, excessive external shame and a predisposition to hallucinatory experiences, whereas socially anxious individuals are more submissive than paranoids. Secondly, paranoid individuals on one hand, react to failure in an angry, emotionally negative and paranoid way, on the other hand, while present in the success condition, they show less anger, but they also show positive emotions in spite of presenting paranoid reactions. Socially anxious individuals react to failure in

the same way as paranoid individuals do. They show feelings of external shame, anger and anxiety. Contrarily to this, socially anxious individuals, in spite of showing positive emotions to their success, they perceive it as a threat and hence they react in a paranoid way.

At last, paranoid individuals when they fail, not only present negative ruminations concerning their resentment and fear of negative perceptions of others but also attribute the causes of failure to circumstances, contrary to socially anxious individuals that present a tendency to show “*self-defeating*” ruminations and do not externalize failure. Results also suggested on one hand, that temperamental hostility is associated to an increase of the frequency of paranoid ideation, whereas symptoms of anxiety and state anxiety are associated to an increase of the distress of paranoid ideation. Concerning the experiment of an environmental stress, results suggest that paranoid individuals are sensitive to an environmental stress, especially to negative sounds that reflect sadness (*e.g.* a woman crying), reacting in a paranoid and emotionally negative way to those sounds, whereas socially anxious individuals are more sensitive to negative sounds that reflect a threat (*e.g.* screams). Hence, the environmental stress interacts with paranoid traits for an increase of paranoid ideation.

Conclusions: First, paranóia in sub-clinical population shows psychological mechanisms that are similar to those observed in persecutory delusions. The paranoid individuals of a sub-clinical population show not only aggressive and hostile temperaments but also external shame, attribute failure to external factors and remember childhood experiences of threat and submission in the family environment and being victims of *bullying* at school. Similarly to this, the people that suffer from paranoid schizophrenia show hostile temperaments, external shame, and childhood memories related to their parents’ physical abuse, neglect and antipathy, and being a victim of *bullying* by their colleagues. The continuum of those experiences from the normal to the abnormal, alerts us to the necessity and importance of therapies of *coping* with aggression and for the prevention of *bullying* and abuse in the family environment and at school. Both paranoid and socially anxious individuals show traumatic experiences of *bullying* and of threat and submission in family and school environments. nevertheless, paranoid individuals in the normal population, present more serious psychological vulnerabilities than socially anxious individuals, such as the presence of an aggressive temperament and the predisposition to hallucinatory experiences. The data suggests clinical measures with the intent of deactivating the paranoid and aggressive defence mechanisms while changing these for responses that are adequate and more beneficial psychologically at the long term. This research project contributed to the comprehension of paranóia in a “normal” population while presenting new data about the impact on the individual of experiences of being a victim of *bullying* and of threat in the family environment and about the contribution of aggressive traits, external shame, predisposition to hallucinatory experiences and the influence of social and environmental stresses for the development and maintenance of paranoid ideation.

Key-words: paranoia; social anxiety; paranoid delusions; external shame; submission; temperamental aggression; hostility; predisposition to hallucinatory experiences; negative affect; childhood memories of threatening family environments; *bullying*; externalization of negative events; experiences of social stress: success vs. failure and environmental stress: negative *vs.* positive sounds.

Barbara Cristina da Silva Lopes
Outubro, 2010

Paranóia e ansiedade social na população não clínica:
Dois fenómenos diferentes?

Índice

Capítulo I — 3

Os fenómenos da Paranóia e Ansiedade Social
em populações clínicas e “normais”: definições e teorias

Capítulo II — 39

Teorias Evolucionárias: o caso da teoria das mentalidades sociais e os mecanismos
psicológicos e comportamentais da paranóia e da ansiedade social

Capítulo III — 59

Objectivos e Metodologia

Capítulo IV — 63

Paranóia numa população não-clínica: influência das variáveis de ranking,
familiares, psicológicas, afectivas e das experiências de *bullying*

Capítulo V — 95

Comparações entre a esquizofrenia paranóide e a ansiedade social
relativamente às variáveis de ranking, psicológicas, afectivas e familiares:
influências das experiências traumáticas e do *bullying* na paranóia

Capítulo VI — 127

Paranóia vs. Ansiedade Social: vulnerabilidades psicológicas
e reacções paranóides, emocionais negativas vs. positivas e diferentes
atribuições ao sucesso vs. insucesso pessoal num jogo de computador

Capítulo VII — 200

Paranóia vs. ansiedade social: diferenças na predisposição para as alucinações,
paranóia geral e no impacto emocional dos sons negativos vs. positivos

Capítulo VIII — 239

Discussão geral

Referências — 249

Barbara Cristina da Silva Lopes
Outubro, 2010

Paranóia e ansiedade social na população não clínica: Dois fenómenos diferentes?

Índice

CAPÍTULO I Os fenómenos da Paranóia e Ansiedade Social em populações clínicas e “normais”: Definições e teorias

- I.1. Introdução -- 3
- I.2. Definição dos Delírios Persecutórios -- 3
 - I.2.1. A “des-construção” da palavra “paranóia” — 5
 - I.2.2. Definições da paranóia — 5
- I.3. Revisão das teorias principais dos delírios persecutórios -- 6
 - I.3.1. Teoria da paranóia como “defesa” do “eu” de Bentall, Kinderman e Kaney (1994) — 7
 - I.3.1.1. Modelo reformulado de Bentall e colegas (2001): dois tipos de paranóia caracterizados por estilos atribucionais diferentes — 13
- I.4. Problemas metodológicos das teorias dos delírios paranóides -- 14
- I.5. Conclusões -- 15
- I.6. Definição de Paranóia como fenómeno psicológico numa população não-clínica -- 15
 - I.6.1. A Paranóia como fenómeno normal numa população não-clínica — 17
 - I.6.1.1. Estudos de Fenigstein e Venable (1992) sobre a paranóia sub-clínica como forma de auto-consciência elevada — 18
 - I.6.1.2. Teoria multi-factorial da paranóia de Freeman e colegas (2002) — 20
 - I.6.1.3. Estudos da relação da paranóia com a psicopatologia, raiva e as percepções de hostilidade dos outros — 23
 - I.6.1.3.1. Paranóia e a depressão e ansiedade — 23
 - I.6.1.3.2. Paranóia e traços, atitudes e comportamentos agressivos — 24
 - I.6.1.3.3. Paranóia e a percepção da hostilidade — 25
- I.7. Ansiedade Social — 26
 - I.7.1. Definição — 26
- I.8. Teorias da Ansiedade Social — 27
 - I.8.1. Modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) — 27
 - I.8.2. Teoria de Rapee e Heimberg (1997) da discrepância entre as representações mentais do self e as percepções das exigências estandardizadas do desempenho pessoal — 30
 - I.8.2.1. A ansiedade social e o medo da avaliação positiva — 32
 - I.8.3. Dados sobre as bases neurológicas dos “enviesamentos” de processamento de informação na ansiedade social — 33
 - I.8.4. A importância dos comportamentos de segurança e do evitamento na ansiedade social (Pinto-Gouveia e colegas, 2003) — 34

CAPÍTULO II

Teorias Evolucionárias: o caso da teoria das mentalidades sociais e os mecanismos psicológicos e comportamentais da paranóia e da ansiedade social

- II.1. Teorias Evolucionárias e o aparecimento de mecanismos psicológicos — 39
 - II.1.1. Perspectiva Evolucionária: os processos cognitivos e consequentes respostas da paranóia — 40
 - II.1.2. Evolução dos mecanismos da auto-estima humana — 41
 - II.1.3. Modelo Evolucionário das defesas “inertes” — 43
 - II.1.4. Modelo Evolucionário da “vinculação” — 45
 - II.1.5. Teoria Evolucionária do “ranking” social — 46
- II.2. Teoria das Mentalidades Sociais -- 48
 - II.2.1. A teoria das mentalidades sociais e a paranóia — 49
 - II.2.1.1. O estilo atribucional e a paranóia — 51
 - II.2.2. Teoria das mentalidades sociais e a ansiedade social — 51
- II.3. Semelhanças e diferenças entre a paranóia e a ansiedade social sub-clínicas — 53
- II.4. Conclusões — 54

CAPÍTULO III

Objectivos e metodologia

- III.1. Objectivos da tese — 59
- III.2. Metodologia — 60

CAPÍTULO IV

Paranóia numa população não-clínica: influência das variáveis de ranking, familiares, psicológicas, afectivas e das experiências de bullying

- IV.1. Estudo das variáveis de ranking, psicológicas e familiares — 63
 - IV.1.1. Objectivos — 63
 - IV.1.2. Método — 64
 - IV.1.2.1. Participantes e Procedimento — 64
 - IV.1.2.2. Instrumentos — 65
 - IV.1.3. Resultados -- 69
 - IV.1.3.1. Diferenças entre os géneros — 69
 - IV.1.3.2. Dados descritivos da PEPS (versão Portuguesa) — 70
 - IV.1.3.3. Contrastes planeados com os grupos da PEPS: Grupo Paranóide vs. Grupo Não-paranóide — 71
 - IV.1.3.3.1. Diferenças entre o Grupo Não-Paranóide *versus* o Grupo Paranóide relativamente às variáveis de ranking — 71
 - IV.1.3.3.2. Diferenças entre o Grupo Não-paranóide *versus* o Grupo Paranóide relativamente às recordações de infância de um ambiente familiar ameaçador e à apresentação de comportamentos de submissão perante os pais e familiares — 72
 - IV.1.3.3.3. Correlações entre as variáveis — 73
 - IV.1.3.3.4. Análise da Regressão Linear Múltipla com a paranóia geral (GPS) como variável dependente e as variáveis de ranking (vergonha externa “OAS” e comportamentos de submissão “SBS”); atribuição da culpa (SPD) e recordações de infância de ambientes familiares perigosos (ELES) como variáveis independentes — 74
- IV.2. Estudo das variáveis da agressividade temperamental, psicopatologia e do *bullying* — 77
 - IV.2.1. Objectivos do estudo — 77
 - IV.2.2. Resultados — 77

IV.2.2.1. Diferenças entre os géneros —	78
IV.2.2.2. Correlações entre as variáveis —	79
IV.2.2.3. Análise de Regressão Linear Múltipla “directa” com a paranóia geral como variável dependente e as variáveis de afecto negativo, agressividade e o total da frequência de vitimações por <i>bullying</i> como preditores —	80
IV.2.2.4. Contrastes planeados entre o Grupo Paranóide e o Grupo Não-Paranáide para as variáveis multi-dimensionais da ideação paranóide; as dimensões da psicopatologia depressiva; da agressividade e para a frequência das vitimações por <i>bullying</i> —	82
IV.2.2.5. Diferenças entre o Grupo Vítimas de <i>Bullying versus</i> o Grupo de Não-Vítimas de <i>Bullying</i> para as variáveis em estudo —	84
IV.2.2.5.1. Diferenças entre o GVB e o GNVB relativamente às dimensões dos pensamentos paranóides (PC) —	84
IV.2.2.5.2. Diferenças entre o GVB e o GNVB relativamente à vergonha interna (ESS) e à vergonha externa (OAS) —	85
IV.2.2.5.3. Diferenças entre o GVB e o GNVB relativamente a recordações de infância de ameaça percebida no seio familiar e de submissão perante pais e familiares (ELES) —	86
IV.2.2.5.4. Diferenças entre o GVB e o GNVB relativamente às dimensões de psicopatologia de foro afectivo —	86
IV.3. Discussão —	87

CAPÍTULO V

Comparações entre a esquizofrenia paranóide e a ansiedade social relativamente às variáveis de ranking, psicológicas, afectivas e familiares: influências das experiências traumáticas e do *bullying* na paranóia

V.1. Estudo das variáveis de ranking, psicológicas, afectivas e familiares —	95
V.1.1. Objectivos —	95
V.1.2. Método —	96
V.1.2.1. Recrutamento dos participantes —	96
V.1.2.2. Instrumentos —	97
V.1.3. Design e Procedimento —	100
V.1.4. Resultados —	100
V.1.4.1. Características dos Participantes —	100
Grupo de Esquizofrenia Paranóide (GEP) —	100
Grupo de Ansiedade Social (GAS) —	101
V.1.4.2. Diferenças entre esquizofrénicos paranóides e ansiosos sociais —	101
V.1.4.2.1. Diferenças entre os géneros —	103
V.1.4.2.2. Dados descritivos da PEPS na amostra clínica —	104
V.1.4.2.3. Perfis cognitivos, comportamentais e afectivos da PEPS —	105
V.1.4.2.4. Comparações entre o grupo de esquizofrénicos paranóides e fóbicos sociais —	106
V.1.4.2.4.1. Comparações entre os grupos em relação às variáveis de ranking (comparação social, vergonha externa, submissão) e tipo de vinculação adulta —	106
V.1.4.2.4.2. Comparações entre os grupos relativas à ansiedade social, ideação paranóide e depressão —	107
V.1.4.2.4.3. Comparações entre os grupos clínicos relativamente às experiências de abuso físico e negligência parental na infância —	108
V.1.4.2.4.4. Comparações entre os grupos relativamente aos temperamentos, comportamentos e atitudes agressivas —	109
V.1.4.2.4.5. Efeitos das recordações traumáticas de infância de “ameaça” e do abuso dos pais nos comportamentos de ansiedade social e na ideação paranóide —	110
V.1.4.2.4.6. Efeitos das variáveis de ranking e de sintomas de depressão clínica nos comportamentos de ansiedade social e de ideação paranóide —	112

V.2. Estudo do <i>bullying</i> —	113
V.2.1. Objectivos —	113
V.2.2. Análise preliminar do <i>bullying</i> no local de trabalho —	113
V.2.2.1. Análise preliminar do <i>bullying</i> na escola —	113
V.2.2.1.2. Contrastes Planeados entre o Grupo de vítimas de <i>Bullying versus</i> o Grupo de não-vítimas de <i>Bullying</i> para as variáveis em estudo —	114
V.2.3. Discussão —	117

CAPÍTULO VI

Paranóia vs. ansiedade social: vulnerabilidades psicológicas e reacções paranóides, emocionais negativas vs. positivas e diferentes atribuições ao sucesso vs. insucesso pessoal num jogo de computador

VI.1. Estudo das diferenças entre o grupo paranóide e o grupo de ansiedade social relativamente ao seu perfil psicológico e às reacções emocionais e à presença de ideação paranóide (estado <i>versus</i> traço) e de ansiedade após o desempenho em condições de sucesso <i>versus</i> insucesso pessoal —	127
VI.1.1. Objectivos —	127
VI.1.2. Método —	129
VI.1.2.1. Constituição dos grupos do estudo —	129
VI.1.2.1.1. Procedimento —	129
VI.1.2.3. Instrumentos para o recrutamento e constituição dos grupos experimentais —	129
VI.1.2.4. Características demográficas dos participantes —	130
VI.1.2.5. Análise preliminar dos dados —	130
VI.1.2.6. Diferenças entre os Grupos Experimentais —	135
VI.1.2.7. Instrumentos dos tempos 1 e 2 —	135
VI.1.2.8. Design da experiência —	144
VI.1.2.9. Manipulações Experimentais para criar condições de sucesso <i>versus</i> insucesso —	145
VI.1.3. Resultados --	147
VI.1.3.1. Diferenças entre os grupos experimentais: vulnerabilidades psicológicas —	147
VI.1.3.2. Diferenças entre as condições de sucesso vs. insucesso para os três grupos do estudo —	150
VI.1.3.3. Diferenças nos grupos do estudo entre as pontuações das medidas do tempo 1 vs. tempo 2 nas condições de insucesso <i>versus</i> sucesso —	153
VI.1.3.3.1. Condição de Insucesso —	153
VI.1.3.3.2. Condição de Sucesso —	155
VI.1.3.3.3. Análise dos efeitos directos principais e interacções —	162
VI.1.3.3.4. Efeitos Directos Principais da variável “Grupo”: diferenças entre os grupos nas variáveis dependentes —	163
VI.1.3.3.5. Efeitos directos principais da variável “condição experimental” —	166
VI.1.3.3.6. Efeitos de uma interacção 3 x 2 —	167
VI.1.3.3.7. Os efeitos da “hostilidade” e da “ansiedade” na ideação paranóide no tempo 2 —	168
VI.2. Estudo das diferenças entre os grupos paranóide <i>versus</i> de ansiedade social <i>versus</i> de controlo na atribuição das causas do desempenho pessoal e consequentes estilos de ruminação (QRDP) —	173
VI.2.1. Objectivos —	173
VI.2.2. Resultados —	174
VI.2.2.1. Análises correlacionais —	174
VI.2.2.2. Efeitos Directos Principais das variáveis independentes nas dimensões das atribuições e nas ruminações negativas após o desempenho pessoal —	179

- VI.2.2.3. Diferenças entre os grupos nos estilos atribucionais e ruminações após o desempenho pessoal — 180
- VI.2.2.3.1. Condição de Sucesso — 180
- VI.2.2.3.2. Condição de Insucesso — 181
- VI.2.2.3.3. Efeito Principal da “condição experimental” nas atribuições e ruminações após o desempenho pessoal — 183
- VI.2.2.3.4. Interações entre grupo x condição experimental nas atribuições e ruminações após o desempenho pessoal — 184
- VI.2.3. Discussão -- 185

CAPÍTULO VII

Paranóia vs. ansiedade social: diferenças na predisposição para as alucinações, paranóia geral e no impacto emocional dos sons negativos vs. positivos

- VII.1. Objectivos — 200
- VII.2. Método — 201
 - VII.2.1. Procedimento — 201
 - VII.2.1.1. Instrumentos para o recrutamento e constituição dos grupos experimentais — 202
 - VII.2.1.2. Características demográficas dos participantes — 202
 - VII.2.1.3. Análise preliminar dos dados — 202
 - VII.2.1.4. Diferenças entre os grupos — 207
 - VII.2.1.4. Procedimento do estudo experimental — 207
 - VII.2.1.5. Design da experiência — 208
- VII.3. Resultados — 210
 - VII.3.1. Diferenças entre os grupos relativamente aos factores de “vulnerabilidade” psicológica — 210
 - VII.3.1.1. Paranóia geral e a paranóia multi-dimensional: frequência, convicção e transtorno da ideação paranóide sub-clínica — 210
 - VII.3.1.2. Psicopatologia (depressão, ansiedade e stress) — 211
 - VII.3.1.3. Ansiedade (estado e traço) — 212
 - VII.3.1.4. Sentimentos ansiosos e ideação paranóide das vinhetas visuais analógicas no tempo 1 — 212
 - VII.3.1.5. Traços, atitudes e comportamentos agressivos — 213
 - VII.3.1.6. Predisposição para as alucinações e estados afectivos — 214
 - VII.3.1.7. Diferenças entre o GP e o GAS em relação aos factores de stress ambiental (condições de sons negativos) *versus* o factor de “relaxamento” (buffer) (condição de sons positivos) — 216
 - VII.3.1.8. Paranóia Geral (GPS) e sentimentos de paranóia (vinhetas visuais analógicas) do GP e do GAS nas condições diferentes de sons — 216
 - VII.3.1.9. Diferenças entre as medidas do tempo 1, pé-experiência e tempo 2 para os grupos do estudo — 219
 - VII.3.1.9.1. Condições de sons negativos (factores de stress ambiental) — 219
 - VII.3.1.9.2. Condição de Sons positivos (alegria/calma) (“buffer”) — 222
 - VII.3.1.9.3. Efeitos directos lineares e interações — 225
 - VII.3.1.9.4. Efeitos Directos Lineares do “Grupo” — 226
 - VII.3.1.9.5. Efeitos Directos Lineares da “condição experimental de sons” — 228
 - VII.3.1.9.6. Modelo vulnerabilidade x stress ambiental — 230
 - VII.3.1.9.7. O efeito da predisposição para as experiências alucinatórias — 231
- VII.4. Discussão — 231

CAPÍTULO VIII **Discussão geral**

VII.1. Discussão dos resultados dos estudos — 239

VII.2. Limitações dos estudos — 243

VII.3. Direcções para investigações futuras — 244

VII.4. Conclusões gerais — 244

VII.5. Aplicações clínicas e medidas preventivas — 245

Referências — 249

CAPÍTULO I

Os fenómenos da Paranóia e Ansiedade Social
em populações clínicas e “normais”: Definições e teorias

Introdução

Definição dos Delírios Persecutórios

Revisão das teorias principais dos delírios persecutórios

Problemas metodológicos das teorias dos delírios paranóides

Conclusões

**Definição de Paranóia como fenómeno psicológico
numa população não-clínica**

Ansiedade Social

Teorias da Ansiedade Social

Capítulo I

Os fenómenos da Paranóia e Ansiedade Social em populações clínicas e “normais”: Definições e teorias

I.1. Introdução

Investigadores proeminentes da paranóia, tais como Freeman (2007) têm vindo a argumentar a favor do contínuo entre as experiências comuns da paranóia e os delírios paranóides. Considera-se então, que o estudo da paranóia em populações não-clínicas pode elucidar-nos sobre os mecanismos psicológicos dos delírios paranóides (Freeman e Garety (2003). Deste modo, tem-se observado que a paranóia não-clínica apresenta semelhanças com a ansiedade social (Gilbert, Boxall, Cheung e Irons, 2005). De facto, tanto a paranóia como a ansiedade social apresentam sensibilidades interpessoais, tais como o medo de ser rejeitado, excluído ou de ser alvo de condescendência, paternalismo, humilhação e inferiorizado (a) pelos outros. A paranóia no contexto social foca a atenção no outro, ou seja, na deslealdade, logro, exploração, manipulação por parte de outras pessoas (suspeita e baixa confiança nos outros), enquanto que a ansiedade social foca a atenção nos aspectos negativos do *self* (Gilbert e colegas, 2005). Dada a inexistência de estudos sobre a paranóia e a ansiedade social no contexto Português, decidi-se analisar as semelhanças e as diferenças entre os dois fenómenos, com o intuito por um lado, de observar as características etiológicas da paranóia e da ansiedade social e por outro lado, para obter dados que permitam melhorar o estigma associado às psicoses, ao demonstrar que os mecanismos psicológicos da paranóia são semelhantes aos mecanismos da neurose, nomeadamente aos da ansiedade social.

I.2. Definição dos Delírios Persecutórios

“it is perhaps worthy to notice that the various directions, which the delusions take in paranóia, correspond in general to the common fears and hopes of the normal human being. They therefore appear in a certain manner the morbidly transformed expression of the natural emotions of the human heart”

(Kraepelin, 1921)

Durante um século, a paranóia e os distúrbios delirantes foram considerados tradicionalmente como sintomas de diagnóstico que indicavam a presença de um de vários distúrbios psicóticos.

A descrição do fenómeno da paranóia foi implementada por Kraepelin (1929) que definia a paranóia como um sintoma da “demência paranóide”. Nessa altura, os textos de refe-

rência sobre a Esquizofrenia e as crenças delirantes continham descrições de delírios persecutórios registadas pelos médicos na prática clínica, em vez de haver uma definição detalhada e cientificamente comprovada. Sendo assim, no início do século XX., quando a psiquiatria estava a fazer descobertas importantes e a afirmar-se como uma profissão na área da medicina e os “males” da mente começaram a ser definidos como doenças, do mesmo modo que as enfermidades físicas, Jaspers (1913) apresenta uma definição clínica dos delírios persecutórios baseada nas observações feitas com pacientes. Jaspers afirmou que o indivíduo que sofre da doença “sente-se perseguido, observado, posto em desvantagem, desprezado, ridicularizado, envenenado ou embruxado. Ele é perseguido pelas autoridades ... E falsamente acusado por *gangs*, etc...”. Com as descobertas científicas do século XX., o conseqüente progresso da medicina e o desenvolvimento da psiquiatria como uma profissão médica, as definições clínicas foram postas de lado pois eram retrógradas e pouco úteis para a prática clínica, já que dependiam muito da observação do médico e do seu método de trabalho, sendo pouco claras, subjectivas e parciais. A necessidade de uma definição objectiva dos delírios persecutórios provocou então uma mudança a nível teórico e experimental em que se estudam os sintomas da doença em vez dos síndromes patológicos (conjunto de sintomas). Esta nova perspectiva de investigação foi acompanhada pelo desenvolvimento de instrumentos estandardizados de observação e de avaliação da psicopatologia e do comportamento associado às doenças psiquiátricas. O resultado levou à elaboração de manuais de diagnóstico com definições claras e objectivas dos sintomas de cada doença mental.

Deste modo, a ferramenta de diagnóstico como o DSM- IV (*Diagnostic Statistic Manual- 4th Edition American Psychiatric Association*) descreve a paranóia como um sintoma que pode estar presente em diversas categorias desde, por exemplo, a Esquizofrenia Paranóide à Perturbação Delirante.

A definição da paranóia é a seguinte: ideia delirante em que o tema central se relaciona com o facto da pessoa “estar a ser malevolamente atacada, perseguida, enganada, ou de ser vítima de uma conspiração” (página 154). A paranóia aparece, assim, como um sintoma explícito em três categorias de diagnóstico do DSM-IV: esquizofrenia paranóide, perturbação delirante e perturbação paranóide da personalidade. O DSM-IV discrimina ainda seis tipos de delírios paranóicos: erotomania; grandeza; persecutório; ciúme; somático; misto e não-especificado.

No entanto, apesar de discriminar seis tipos de ideais delirantes paranóides, o DSM-IV não só não providencia uma definição clara para cada um dos delírios como também usa o termo paranóide em todos os tipos de ideias delirantes (exemplo: delírio paranóide de grandeza, delírio paranóide de referência, etc.). Logo, segundo este instrumento de diagnóstico, os delírios parecem ser todos etiologicamente iguais ao demonstrarem sintomas semelhantes, embora sejam bastante diferentes. Sendo assim, pode-se argumentar que o conceito da paranóia nos manuais de diagnóstico é muito inconsistente e pouco clarificador. Isto acontece quando as diversas concepções de ideias delirantes persecutórias incluem critérios tão vastos e etiologicamente diversos como as ideias de referência, que *per se* não determinam a presença de delírios persecutórias.

Por exemplo, esta descrição é um bom exemplo da falta de clareza das definições: “delírios persecutórios, também conhecidos por delírios paranóides, incluem delírios de auto-referência (*ideias de referência*) em que as pessoas notam e prestam atenção indevidamente ou falam sobre o paciente” (Leon, Bowden & Faber, 1989, página 458).

Desta forma, é provável que as definições existentes para os delírios persecutórios, fos-

sem usadas por um grande número de estudos que incluíam indivíduos no grupo clínico que acreditavam que estavam a ser vigiados pelos outros, e que estes deixavam-lhes “recados” ou “mensagens”, mas que não acreditavam que os outros queriam fazer-lhes mal de propósito (Freeman & Garety, 2000). Estes aspectos conceptuais que levaram a problemas metodológicos na elaboração dos grupos clínicos dos estudos – já que muitos deles incluíam indivíduos que poderiam não demonstrar nitidamente ideação persecutória – serão discutidos mais tarde na revisão da literatura como uma crítica à metodologia de sistematização e elaboração dos grupos clínicos para o estudo da paranóia.

1.2.1. A “des-construção” da palavra “paranóia”

O conceito nosológico da “paranóia” é extremamente importante para a psiquiatria a psicologia e para os procedimentos de diagnóstico, logo o significado da paranóia tem vindo a ser definido e usado na experiência e vivência pessoal do dia-a-dia (Freeman, 2007). A “paranóia” pode ser “de construída” para que se possa estudar os seus aspectos etiológicos e, para tal e filosoficamente falando, os investigadores têm começado a fazer estudos exploratórios da paranóia e a prestar atenção à semântica deste fenómeno na linguagem do dia-a-dia.

Numa perspectiva filosófica, Michel Foucault (1972) argumentou que as palavras representam a realidade e são “inventadas” porque tem uma “função específica”: a de servirem no mundo. Wittgenstein (1953), por exemplo, fala-nos da função das palavras nos “jogos de linguagem”: “diz o que quiseres desde que não te impeça de ver como as coisas são...” secção 79 (1953). Wittgenstein (1953) argumenta claramente que as palavras são ferramentas e que existem de forma a explicar as nossas experiências de modo a que possamos transmiti-las aos outros. As palavras são assim a “*raison d’être*” numa comunidade linguística e social; elas espelham o conhecimento das comunidades sociais e providenciam uma explicação para as explicações existentes do mundo. Deste modo, pode-se argumentar que a palavra “paranóia” representa um conjunto definido de qualidades e atributos conceptuais que estão relacionados com a experiência que o indivíduo possui no mundo social, já que a paranóia é usada no vocabulário do dia-a-dia para representar sentimentos de “catastrofização”, “confusão mental”, “desespero”, “*stress* e *ansiedade*” e pensamentos sobre potenciais agentes perigosos.

1.2.2. Definições da paranóia

A definição da paranóia que se encontra num dicionário especialista (Reber, 1985) lista diversas emoções específicas que são descritas como sendo fortes e instáveis, exemplo: ciúme ou grandiosidade. Esta definição apresenta-nos uma ideia particularmente útil que os delírios paranóides “develop insidiously and knit together into a *rational* and *coherent* set of beliefs that is *internally consistent* and, once the initial set of assumptions is accepted, compelling and *vigorously defensible*” (p. 515).

Desta forma, há três aspectos que são aqui apresentados que são particularmente vantajosos para a investigação nesta área. Primeiro, os delírios paranóides são racionais e coerentes para as pessoas que padecem deles. Este aspecto clínico do indivíduo “paranóide” apela a uma visão *construtivista* da paranóia (exemplo: Maher, 1988). Segundo, os delírios são consistentes e rígidos, o que implica que o indivíduo desenvolva hipóteses para explicar os estímulos ambientais e interpessoais da arena social em que este(a) se encontra, para construir uma “história”. Terceiro, os “delírios paranóides” muitas das vezes em terapia são vigorosamente defendidos pelo indivíduo, apesar de evidência em contrário, visto que o indivíduo apresenta, as-

sim, pensamento esquematizado em que os factos que, aparentemente, suportam os delírios são seleccionados de forma cuidadosa de forma a mantê-los (manutenção dos esquemas mentais) tentando evitar assim incongruências e “*distress*” emocional. Dado que o fenómeno da paranóia tem vindo a ser estudado não só em indivíduos que sofrem de distúrbios psicóticos mas também em indivíduos que não apresentam distúrbios mentais, deve-se ter em conta que, quando se escreve sobre *ideação paranóide*, está-se a referir ao padrão de pensamento que pode ser observado tanto em populações clínicas como não clínicas e que a paranóia é um processo cognitivo usado para lidar com o mundo social, cujo produto (numa perspectiva de um “contínuo” entre o normal e o patológico) pode ser delirante. De facto, a paranóia num contexto social pode ser definida como apresentando níveis de baixa confiança, sentimentos de vergonha pessoal e de vergonha sobre o que os outros pensam sobre nós, submissão, depressão, ansiedade e uma sensação de vulnerabilidade à malevolência dos outros contra nós e a consequente predisposição em usar prontamente a agressão como uma forma de defesa pessoal (Beck, Freeman & Associates, 1990).

Em conclusão, a paranóia tem sido definida ao nível de diagnóstico como um sintoma ou síndrome, como um produto cognitivo (delírio) e, finalmente, como um processo cognitivo adaptativo ao mundo social. Para o propósito da investigação iremos lidar com a paranóia como sendo um processo bio-psicossocial de percepção de estímulos sociais e de consequentes padrões de comportamentos e emoções associadas.

1.3. Revisão das teorias principais dos delírios persecutórios

A literatura sobre “delírios paranóides” apresenta um número elevado de estudos que tratam a paranóia como um sintoma psicótico que está presente em diversos distúrbios psicológicos como, por exemplo, na esquizofrenia paranóide.

No senso comum, a *esquizofrenia* corresponde a um quadro clínico incapacitante e devastador, sendo as pessoas que dela padecem são grandemente estigmatizadas. Apesar deste cenário catastrófico que nos foi deixado pelas primeiras definições de Kraepelin e que, ainda hoje, tão comumente se traça em relação à esquizofrenia, na realidade, esta doença já não tem contornos tão nefastos quanto antigamente acontecia (Carpenter & Strauss, 1991).

Desde a síntese dos primeiros neurolépticos, a comunidade científica tem feito sucessivos esforços, no sentido de encontrar novas e promissoras formas de tratamento desta patologia. No entanto, apesar da progressiva melhoria dos psicofármacos, muitos destes revelam-se incapazes de solucionar grande parte da sintomatologia positiva (nomeadamente, ideias delirantes, alucinações, disfunção sócio-ocupacional, agitação psicomotora, alteração do pensamento e linguagem, entre outras), em cerca de 40 por cento dos casos clínicos descritos (Haddock & Slade, 1996). Logo, torna-se evidente que, apesar de o recurso a terapêuticas psicofarmacológicas no tratamento destes pacientes ser deveras importante, este tipo de tratamento não deve ser uma panaceia.

É necessário, por isso, o desenvolvimento de investigações de fundo que possibilitem alcançar um melhor entendimento acerca do funcionamento das pessoas que padecem desta perturbação, a par de investigações psicoterapêuticas que encontrem formas alternativas eficazes do seu tratamento, complementando as já existentes (Tarrier, Yusupoff, Kinney, McCarthy, Gledhill, Haddock & Morris, 1998).

Assim sendo, nas últimas décadas, alguns investigadores têm salientado a pertinência de estudos que procurem compreender especificamente os sintomas da esquizofrenia (nomea-

damente, as alucinações e os delírios), no sentido de favorecer o desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas mais eficazes (Bentall, 1990).

O estudo das ideias delirantes, mais especificamente, do tipo persecutório, tem sido alvo de grande interesse pela comunidade científica contemporânea. A razão para tamanho interesse deve-se ao facto de o conteúdo paranóide ser o mais frequentemente encontrado em pacientes delirantes.

Os delírios paranóides são então definidos pela presença de crenças sobre o mundo e sobre o *self* que são bizarras, falsas e incongruentes (Garety & Freeman, 1999). Seguindo as directivas de um modelo médico, a investigação sobre a paranóia estudou os delírios com características paranóides, ou seja, com ideação da *malevolência* dos outros.

Torna-se, assim, necessário fazer uma revisão da literatura sobre a paranóia com populações clínicas, porque muitos dos estudos não observam os delírios *per se*; pelo contrário, põem o indivíduo delirante em situações experimentais de modo a observarem os processos cognitivos como, por exemplo, a elaboração e sustentação de hipóteses perante estímulos potencialmente perigosos (Garety e Hemsley, 1994). Deste modo, as conclusões apresentadas sobre os processos cognitivos, por detrás da elaboração de “delírios paranóides” em populações clínicas, são importantes para a formulação de novas teorias psicológicas sobre a paranóia.

Freeman e Garety (2004 *a*) – autores da *Paranóia: the Psychology of Persecutory delusions* – fazem uma revisão da literatura sobre este tema e apresentam três abordagens teóricas para a explicação da paranóia: os erros de processamento de informação (Garety e Hemsley, 1994) e a tendência para tirar conclusões precipitadas (*jump to conclusions bias*), a presença de uma teoria da mente distorcida (Frith, 1992), e a crença paranóide como defesa para uma auto-estima baixa e de modo a proteger o auto-conceito (Bentall, 1994); no entanto Freeman & Garety (2004) argumentam a favor de uma abordagem multi-factorial, na qual cada uma das abordagens supracitadas “*direcciona-se a um elemento particular da experiência ideacional*”.

Para o propósito da tese abordam-se somente as teorias da paranóia como defesa do “eu” de Bentall e colegas (1994) e a teoria multi-factorial de Freeman e Garety (2004).

1.3.1. Teoria da paranóia como “defesa” do “eu” de Bentall, Kinderman e Kaney (1994)

Uma das teorias proeminentes na área da paranóia, é o modelo de *protecção* dos delírios persecutórios (Bentall, Kinderman & Kaney, 1994) que propôs a ideia que a paranóia é um produto de um estilo atribucional de protecção da auto-estima e do *self*, caracterizado por um “enviesamento” atribucional dos indivíduos que sofrem de delírios paranóides.

A teoria proposta por Bentall e colegas (1994) baseia-se na teoria psicodinâmica da psicose, que argumenta que a paranóia é defensiva e age como uma “fuga” para o mundo interno do *self*. Deste modo, Bentall e colegas (1994) apresentam a noção do delírio como defesa do *self*. Segundo estes autores, as pessoas que apresentam delírios persecutórios usam os delírios de forma a protegerem a auto-estima e de modo a evitarem o reconhecimento consciente das discrepâncias inerentes entre o *self actual* (i.e. noção das características do “eu”) e o *self ideal* (i.e. noção das características que gostariam de ter). Logo, a teoria proposta por estes autores é sustentada por estudos sobre o *self* e o papel do auto-conceito na esquizofrenia e nos seus sintomas ao nível de uma perspectiva da fenomenologia (Sass e Parnas, 2003). Deste modo, os argumentos propostos por Bentall e colegas (1994) acerca do papel dos delírios paranóides como mecanismo de protecção do “eu”, basearam-se na investigação de Zigler & Glick (1988). Zigler & Glick (1988) sugeriram muito simplesmente, que a paranóia era uma forma de “*depressão camuflada*”.

De modo a testar esse argumento, Chadwick e Trower (1996) apresentaram dados que sugeriam que a paranóia era, de facto, uma forma de defesa contra uma auto-estima baixa. Chadwick & Trower (1996) verificaram no seu estudo, quando exploravam as avaliações negativas em três condições diferentes (*self/self*, *other/self*, e *self/other*: eu/eu, outro/eu, eu/outro), que o grupo paranóide e o grupo de indivíduos deprimidos clinicamente, apresentaram uma tendência para fazerem avaliações mais negativas do comportamento dos outros em relação a si próprios, na condição do “outro-eu” (i.e. maior percepção de “ataque”, ou crítica do outro ao “eu” e de “perigo” para o auto-conceito) do que o grupo de controlo. Para além disso, por um lado, tal como tinham previsto, o grupo de indivíduos deprimidos clinicamente demonstraram uma tendência para auto-avaliações negativas na condição “eu/eu” (i.e. estes indivíduos tinham consciência da sua baixa auto-estima e auto-criticavam-se); por outro lado e, contrariamente ao grupo de deprimidos, o grupo paranóide apresentou uma tendência estatisticamente significativa para fazer mais avaliações negativas na condição do “eu/outro” do que os deprimidos e o grupo de controlo. Por outras palavras, o grupo paranóide percepçiona as outras pessoas de forma mais negativa do que os deprimidos e os controlos. Os resultados parecem assim, confirmar a teoria de Zigler e Glick (1988) e as ideias de Bentall e colegas (1994) que afirmam que a paranóia é um mecanismo de defesa contra uma auto-estima baixa, sendo portanto, uma resposta eficaz à percepção de um “ataque” ao *self*.

No entanto, este estudo apresentou um problema metodológico que pode ter influenciado os resultados. Este problema relaciona-se com a medida de auto-estima usada por Chadwick e Trower (1996). A auto-estima é um conceito que é compreendido, mas que raramente é medido de uma forma consistente e válida (Smelser, 1989). A maioria dos estudos só mede os componentes avaliadores das características do “eu” e as características afectivas da auto-estima, podendo estar a medir apenas um sentimento de valor pessoal, deixando de lado o aspecto cognitivo da auto-estima: o poder e a agência do *self*. Para além disso, os estudos não medem a auto-estima em cenários do dia-a-dia onde os desafios, o valor pessoal e a competência são importantes, assim como as flutuações na auto-estima devido a causas externas e não internas. Chadwick e Trower (1996), por exemplo, usaram a “*Evaluative Beliefs Scale*” (i.e. *Escala de Crenças Avaliadoras*) para medir a relação com os outros e as auto-definições. Esta escala parece no entanto, estar a medir sentimentos de rejeição por parte dos outros, de pouco valor pessoal e de falta de controlo, mas não de auto-estima. Logo, uma explicação alternativa para os resultados sugere que a paranóia pode não agir como uma defesa contra uma auto-estima baixa, mas, sim, ser o resultado de sentimentos de falta de controlo e de pouco valor pessoal (“*worthlessness*”).

Por outro lado, se efectivamente os delírios são um mecanismo de protecção da auto-estima e do auto-conceito dos indivíduos paranóides, então deverão ser mantidos pelo uso de um mecanismo que assegure uma visão positiva do “eu”. Este mecanismo cognitivo, segundo Kinderman e Bentall (1996), é um “enviesamento” da atribuição das causas dos eventos negativos (i.e. *attributional bias for negative events*). Este *enviesamento da atribuição* das causas dos eventos é caracterizado pela tendência dos indivíduos, que apresentam delírios persecutórios, de atribuírem a causa dos eventos negativos (exemplo: chumbar a um exame) a causas externas (exemplo: barulho, mas normalmente a acções de outras pessoas que provoquem o evento). Este estilo atribucional difere do estilo atribucional dos indivíduos “normais” e do estilo atribucional dos indivíduos deprimidos clinicamente que, pelo contrário, tendem a atribuir a causa dos eventos negativos a si próprios (por exemplo chumbaram porque são pouco inte-

ligentes e isso não vai mudar), demonstrando assim, um estilo depressogénico de causalidade (interna, estável e global). De facto, este estilo é caracterizado não só pela atribuição das causas dos eventos negativos a factores externos, situações e particularmente às outras pessoas (i.e. *peçoalismo*) mas também pela atribuição das causas dos eventos positivos a características internas e pessoais (i.e. a si próprios, “*enviesamento da protecção do self*”) no “*Attributional Style Questionnaire*” (ASQ), que foi originariamente desenvolvido para estudar o estilo atribucional dos indivíduos deprimidos clinicamente.

Realizaram-se vários estudos de modo a testar as ideias propostas por Bentall e colegas (1994, 1996). Uma linha de investigação concentrou-se na avaliação do estilo atribucional, enquanto uma outra linha tentou examinar as discrepâncias entre a auto-estima aberta e coberta (i.e. explícita *versus* implícita).

O estudo de Kaney & Bentall (1992), por exemplo, descobriu que os indivíduos com delírios persecutórios, ao contrário dos indivíduos deprimidos e de indivíduos sem historial clínico, demonstram um “enviesamento” atribucional para a causa dos eventos negativos, chamado de “*personalising bias*” (ou seja, uma tendência para atribuir as culpas aos outros quando são deparados com eventos negativos; por exemplo: chumbarem num teste). No entanto, Kaney & Bentall (1992) descobriram também que os pacientes com delírios atribuem as causas dos eventos negativos aos outros enquanto tomam crédito pelos eventos positivos, ou seja, atribuem a causa dos eventos positivos a si próprios. Logo, Kaney e Bentall (1992) concluem que o “enviesamento” atribucional que é apresentado pelos indivíduos com delírios persecutórios não é um enviesamento de atribuição externa para auto-protecção (i.e. *self-serving bias*); pelo contrário, este “enviesamento” parece ser pura e simplesmente, uma tendência para culpar as outras pessoas quando as coisas não correm bem, ou seja, as pessoas com delírios persecutórios parecem “personalizar” os eventos negativos e, em vez de atribuírem as culpas a causas externas que não têm nada a ver com indivíduos *per se* (i.e. causas situacionais), preferem culpar os outros. No entanto, o estilo atribucional dos indivíduos que sofrem de delírios persecutórios ao atribuir a culpa e a malevolência intencional às outras pessoas, cria também discrepâncias entre as auto-percepções e as percepções sobre o que os outros pensam sobre si, fazendo com que a auto-estima implícita desça.

Num estudo de Kinderman e Bentall (1996), verificou-se que o grupo que apresentava delírios persecutórios demonstrava uma tendência para fazer mais atribuições externas (pessoas) do que o grupo de controlo (que, pelo contrário, faziam mais atribuições externas – situacionais para os eventos negativos).

Por outro lado, um estudo mais recente de Martin e Penn (2002) não concedeu suporte a estes resultados. Este estudo analisou o estilo atribucional de três grupos: grupo esquizofrénico com delírios persecutórios, grupo esquizofrénico sem delírios persecutórios e um grupo com uma amostra não-clínica. Os resultados demonstraram que, embora o grupo que tinha delírios persecutórios tivesse um estilo atribucional “*self-serving*” em medidas de auto-resposta (reflectido numa tendência para fazerem mais atribuições internas para os eventos positivos do que para os negativos, contraposta por uma tendência para fazerem mais atribuições externas-pessoas para os eventos negativos do que os positivos), os outros grupos (o grupo com delírios não-persecutórios) e o grupo de indivíduos normais também o faziam, não havendo diferença entre os três grupos. No entanto, quando as frases atribucionais foram avaliadas por observadores clínicos independentes e categorizadas por estes (as), havia uma tendência para o grupo com delírios persecutórios para fazer atribuições externas (pessoas) em vez de exter-

nas (situacionais) para os eventos negativos, ou seja, estes indivíduos demonstravam a tendência para “personalizar” os eventos negativos. Em conclusão, estes autores sugerem que não existe implicitamente, uma relação entre um estilo atribucional específico (personalizar os eventos negativos) e a ideação persecutória; essa relação só é evidente em determinadas circunstâncias.

Garety & Freeman (1999) fizeram uma revisão da investigação feita nesta área) que sugere dados contraditórios, em que alguns estudos demonstram resultados que suportam a ideia de que os indivíduos que sofrem de delírios persecutórios atribuem as causas dos eventos negativos a outras pessoas (pessoalismo), mas, por outro lado, há estudos que não encontraram esse “enviesamento” (Martin e Penn, 2002).

10 Embora haja evidência para um “enviesamento” atribucional em pessoas com delírios persecutórios, deve-se ter cuidado em generalizar os resultados. Pois, segundo Garety e Freeman (1999), este “enviesamento” parece ser mais do género de culpar os outros pelos eventos negativos e não tem, segundo estes autores, um papel primário e etiológico na génese dos delírios; em vez disso, este estilo de atribuição de culpas pode ajudar a formar o conteúdo dos delírios (por exemplo, a ideia de ser perseguido pelos outros, porque eles(as) são a causa de tudo o que acontece de mal).

Um estudo por McKay, Langdon e Coltheart (2005) parece sustentar estes argumentos de Garety e Freeman (1999). McKay e colegas (2005) estudaram os delírios e ideação paranóide numa amostra sub-clínica de estudantes num primeiro estudo e num segundo estudo, avaliaram o estilo atribucional de indivíduos que apresentavam delírios persecutórios em remissão (população clínica) controlando os QIs e os níveis de depressão deste grupo e de um grupo de indivíduos sem historial clínico.

No primeiro estudo, para medirem a ideação persecutória, administraram o Questionário “*Paranoid Persecutory and Delusion-Proneness*” de Mackay (1994) que é um questionário de 54 itens que medem constructos de paranóia, perseguição e do delírio e para medirem o estilo atribucional usaram o “*Internal, Personal, Situational Attributions Questionnaire*” (IPSAQ, Kinderman e Bentall, 1996) que usa cenários hipotéticos de valência positiva ou negativa. Os autores não encontraram uma relação entre a paranóia sub-clínica e um “enviesamento” atribucional. No segundo estudo, os autores não encontraram uma correlação entre os delírios persecutórios e um “enviesamento” atribucional i.e. a atribuição das causas dos eventos negativos a causas externas, mas, sim, uma correlação muito moderada entre os delírios e o “enviesamento” atribucional caracterizado pela culpabilização dos outros pelos eventos negativos. McKay e colegas (2005) concluem, assim, que o “enviesamento” do estilo atribucional não está presente na paranóia, e só se manifesta se a ideação paranóide for delirante, sendo portanto, confinado a um “estilo atribucional de personalização dos eventos negativos”.

Para além do estudo de McKay e colegas em 2005, Bentall e Kaney (2005) tentaram mais uma vez replicar os resultados anteriores, que sugeriam que os pacientes com ideação persecutória, ao contrário dos pacientes com depressão clínica, não atribuem causalidade dos eventos negativos a si próprios. Bentall e Kaney (2005) sugerem que o estilo atribucional específico dos indivíduos persecutórios não é um traço mas, sim, algo que é mais evidente quando os indivíduos são sujeitos a experiências recentes que são “stressantes” e “perigosas” para o *self*. Deste modo, Bentall e Kaney (2005) utilizaram várias medidas do estilo atribucional e usaram uma tarefa de juízos sobre contingências em três grupos diferentes: um grupo clínico com ideação persecutória, um grupo clinicamente deprimido e um grupo de controlo.

Todos os participantes completavam as medidas atribucionais antes e depois de fazerem uma tarefa insolúvel em que eles(as) tinham que completar um anagrama, o que provoca um *stress* moderado. Os resultados foram os seguintes: o grupo paranóico demonstrou níveis baixos de pontuações de “internalidade” atribucional para os eventos negativos e, ao mesmo tempo, demonstrava juízos de muito controlo na tarefa de contingências; pelo contrário, o grupo deprimido demonstrava níveis elevados de “internalidade” atribucional (i.e. atribuíam a si próprios as causas) para os eventos negativos e, ao mesmo tempo, apresentavam juízos de muito pouco controlo na tarefa de contingências. No entanto, ambos os grupos clínicos, depois de fazerem a tarefa de anagramas que cria *stress*, demonstravam um aumento no nível de “internalidade” atribucional para eventos negativos hipotéticos. Apesar das semelhanças entre os grupos, o grupo paranóico divergia dos outros grupos, ao apresentar continuamente, avaliações de grande confiança no controlo das contingências. Segundo Bentall e Kaney (2005), estes resultados sugerem que os indivíduos paranóides não tendem a atribuir as causas dos eventos negativos a si próprios, mas se estiverem numa situação de *stress*, então começam a aceder a partes do auto-conceito mais negativas e começam a culpabilizar-se pelos eventos negativos. Desta forma, pode dizer-se que o estilo atribucional dos paranóides é influenciado pelas experiências recentes de *stress*.

Por outro lado, na linha da investigação da paranóia como defesa do *self*, um estudo por Lyon Kaney e Bentall (1994) parece conceder suporte aos argumentos apresentados por Bentall e colegas (1994). Lyon e colegas (1994) conseguiram apresentar uma medida clara e válida para medir a auto-estima coberta e aberta (i.e. implícita *versus* explícita). Lyon e colegas (1994) usaram uma forma paralela do questionário do estilo atribucional (ASQpf) para medir a auto-estima explícita e compararam as respostas dadas neste questionário com as respostas obtidas numa tarefa de inferência pragmática (um questionário mascarado de tarefa de memória que solicita aos participantes que façam atribuições), cujo objectivo é o de medir a auto-estima implícita.

Os autores apresentaram os seguintes resultados: os indivíduos com delírios persecutórios fazem mais atribuições externas para eventos cognitivos numa medida de auto-estima explícita do que o grupo de deprimidos e o grupo de controlo da população geral. No entanto, os indivíduos com ideação persecutória, quando estão a fazer atribuições não-conscientes (ou seja quando os indivíduos com ideação persecutória estão a atribuir causas para eventos sem se aperceberem que o estão a fazer), não diferem do grupo de deprimidos, mas diferem significativamente do grupo de indivíduos “normais”. Isto, quer dizer que, os indivíduos com delírios persecutórios atribuem as causas dos eventos negativos a si próprios, i.e. eles(as) pensam que são a causa de coisas más; logo apresentam implicitamente uma auto-estima baixa, só que não estão conscientes disso. Se os indivíduos com ideação persecutória apresentam baixa auto-estima mas não têm consciência disso, os seus delírios paranóides irão actuar como um mecanismo do de defesa ego, a favor de um *self* grandioso, protegendo o indivíduo da consciência de uma auto-estima baixa.

Recentemente, um estudo por McKay, Langdon e Coltheart (2007) avaliou a diferença entre auto-estima explícita *versus* auto-estima implícita em indivíduos com delírios persecutórios. O objectivo deste estudo era o de replicar os dados dos estudos anteriores, de modo a sustentar a teoria de Kinderman e Bentall (1996) que advoga que os indivíduos com delírios persecutórios apresentam implicitamente uma auto-estima baixa, enquanto, explicitamente, apresentam uma auto-estima normal ou mais elevada do que outros grupos clínicos. Neste es-

tudo, McKay e colegas (2007) usam pela primeira vez, o “*Implicit Associations Test*” (*Teste de Associações Implícitas*) para medir a auto-estima implícita, aplicando duas medidas para avaliar a auto-estima explícita: o “*Questionário de Auto-Estima de Rosenberg*” e uma tarefa de avaliação de adjectivos auto-relevantes. O estudo era composto por três grupos: um grupo de pacientes com delírios persecutórios em remissão, um grupo de pacientes com delírios persecutórios “agudos” e um grupo de controlo com indivíduos sem historial clínico. Todos os grupos eram avaliados nas medidas de *auto-estima explícita versus implícita*. Os resultados demonstraram que os pacientes com delírios persecutórios tinham uma auto-estima implícita (i.e. não consciente) menor do que os indivíduos normais e do que os pacientes que estavam compensados (i.e. apresentavam remissão dos delírios persecutórios). Por outro lado, quando se mede a auto-estima explícita, o grupo com ideação persecutória “aguda” não difere do grupo “normal” e do grupo em remissão, desde que os índices de depressão sejam controlados. McKay e colegas (2007) concluem que os delírios persecutórios servem como mecanismo de defesa de modo a manter a auto-estima.

Em conclusão, Freeman (2007) numa revisão da literatura sobre estes estudos atribucionais, apresenta vários argumentos que explicam o facto de existir evidência contraditória em relação à teoria de Bentall e colegas (1994) que os indivíduos paranóides apresentam um “enviesamento” atribucional caracterizado pela tendência de externalizar as causas dos eventos negativos, culpando as outras pessoas. Freeman (2007) argumenta que o externalizar excessivo dos eventos negativos nas pessoas com delírios persecutórios não é convincente. Este autor sugere que há vários problemas metodológicos que impedem a formulação de conclusões válidas. Por exemplo, Freeman (2007) sugere que seja feito um estudo com várias medidas atribucionais, e não só com o *Attributional Style Questionnaire* (ASQ) que controle os sintomas de depressão e de grandiosidade, que estão ambos associados a um estilo atribucional “enviesado” (i.e. o externalizar das causas dos eventos negativos, como foi observado por Jolley e colegas, 2006). De facto, Freeman sugere que há problemas metodológicos sérios quando se consideram as qualidades psicométricas do ASQ, já que, primeiro, muitos pacientes não entendem os conteúdos e, segundo, em termos clínicos o ASQ foi elaborado para avaliar as experiências próprias de um indivíduo deprimido, deixando de fora as situações sociais ambíguas (e.g. um sorriso, ou um gesto) e os estados internos “confusos”, que fazem parte da etiologia dos delírios.

Sendo assim, embora a maioria dos estudos sobre auto-estima implícita e explícita demonstrem evidência a favor de uma baixa auto-estima em pessoas que sofrem de delírios, deve-se ter cuidado na interpretação e na generalização dos resultados. Primeiro, a maioria dos estudos só usam um grupo paranóico, o grupo de ideação persecutória, logo a auto-estima pode muito bem não ser a génese da perturbação delirante mas, sim, tal como Birchwood e Iqbal (1998) sugeriram, uma reacção à experiência psicótica como sendo um evento traumático e não a causa para o aparecimento do distúrbio. Segundo, a maioria dos estudos não controla o número de anos de hospitalização dos pacientes, nem analisam os dados sobre os primeiros sinais da doença e a sua evolução e estado corrente. Mais, os estudos apresentam outras falhas metodológicas, tais como, a falta de controlo dos efeitos da medicação que os pacientes tomam ou tomaram no passado e o tipo de intervenção a que foram sujeitos; do historial médico e histórias de vida (exemplo: dados detalhados sobre os parentes próximos e acontecimentos de vida importantes); do nível de inteligência que o indivíduo apresenta e de compreensão e raciocínio; dos níveis de leitura e escrita; do nível de deterioração cognitiva; o contexto só-

cio-económico, etc. Todas estas variáveis são extremamente importantes, pois podem influenciar os resultados, apresentando efeitos “parasitas”. Desta forma, os estudos apresentam, na maior parte, problemas conceptuais e metodológicos pois não conseguem, por um lado, elaborar uma teoria causal clara sobre o aparecimento dos delírios e, por outro, demonstrar de uma forma válida quais são os mecanismos cognitivos envolvidos na mudança que ocorre nos esquemas mentais do indivíduo. Pode-se então argumentar que a teoria da paranóia como defesa da auto-estima é, no seu melhor, um modelo que demonstra e mede as características descritivas da paranóia e não as suas causas.

1.3.1.1. Modelo reformulado de Bentall e colegas (2001): dois tipos de paranóia caracterizados por estilos atribucionais diferentes

13

Recentemente, Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood e Kinderman (2001) argumentaram que os resultados contraditórios na literatura atribucional dos indivíduos que sofrem de delírios paranóides podem ser explicados pelo dinamismo no auto-conceito e nos raciocínios de auto-percepção e de atribuição, visto que as auto-percepções e as respectivas discrepâncias influenciam o processamento corrente dos indivíduos, depois de serem influenciados por informação corrente ou relembada. Para além disso, a utilização e o conseqüente problema metodológico da fiabilidade das medidas diferentes da atribuição das causas dos eventos (ASQ e *Internal Personal Style Attribution Questionário*-IPSAQ que foi elaborado para medir auto-estima implícita, por exemplo), mais o facto da paranóia e dos delírios persecutórios terem sido medidos segundo critérios diferentes, incluindo a selecção das crenças paranóides, dados de diagnóstico e corte das médias da pontuação na “*Brief Psychiatric Rating Scale*”, levantam problemas metodológicos no âmbito da constituição dos grupos do estudo, pondo em causa a validade do fenómeno que é estudado, ou seja, os estudos podem estar a medir desde delírios persecutórios a grandiosos.

Estes autores reformularam, então, o modelo e sugerem, de acordo com dados de Trower e Chadwick (1995), que existem dois grupos de pessoas com delírios persecutórios, baseados na categorização de “bad me” versus “poor me”. Os indivíduos “poor me” acreditam que são perseguidos de forma injusta e injustificada pelos outros; logo mostram a tendência para culparem os outros pelos eventos negativos em vez de se culparem a si próprios, mesmo que seja de facto culpa sua. De acordo com o argumento de Bentall e colegas, este estilo atribucional previne a consciência de “defeitos” pessoais e das discrepâncias entre o insucesso e o *self* percebido, levando a que estes indivíduos apresentem, por consequência, níveis altos de auto-estima explícita e índices baixos de sintomas de depressão. Por outro lado, os indivíduos “bad me” apresentam auto-percepções negativas, mostrando uma auto-consciência elevada, fazendo com que acreditem que merecem ser punidos pelos outros, já que percebem “falhas” e “defeitos” em si próprios e no que fazem. Logo, estes indivíduos demonstram níveis baixos de auto-estima associados a níveis elevados de sintomas de depressão, ansiedade social e do evitamento das situações sociais (Chadwick, Trower, Juusti-Butler e Maguire, 2005).

Estudos na literatura com populações não-clínicas apresentam evidência a favor do modelo de Bentall e colegas (2001). Por exemplo, o estudo de Combs, Penn, Chadwick, Trower, Michael e Basso (2007) descobriu, numa amostra não-clínica de estudantes universitários, que os indivíduos, que demonstravam níveis elevados de paranóia subclínica, se agrupam, numa análise de “clusters”, em três grupos diferentes. Um grupo é caracterizado pelo estilo atribucional do *pessoalismo* (i.e. culpar as outras pessoas por eventos sociais negativos) associado a

níveis altos de auto-estima, níveis baixos de depressão clínica e níveis moderados de ansiedade. Este grupo, segundo Combs e colegas (2007), é uma forma de paranóia “poor me” sub-clínica. Por outro lado, um segundo grupo é caracterizado por níveis baixos da tendência para externalizar as causas dos eventos negativos (i.e. a tendência para atribuir as causas dos eventos negativos a causas externas, associada à tendência de atribuir as causas dos eventos positivos a causas internas e pessoais) relacionados por um lado, com níveis baixos de auto-estima, por outro, níveis altos de depressão clínica e de ansiedade. Este grupo demonstra portanto, uma forma de paranóia “bad me” sub-clínica. O terceiro grupo é um grupo de paranóia que apresenta os níveis mais altos de auto-estima dos três grupos, níveis “normais” de sintomas de depressão e ansiedade, demonstrando também níveis mais elevados de “pessoalismo” do que o grupo “bad me”. Sendo assim, os resultados de Combs e colegas (2007) sugerem que em populações normais, que demonstram níveis elevados de ideação paranóide, podem coexistir três tipos diferentes de paranóia e de estilos atribucionais associados. Em conclusão, dados de estudos com populações clínicas (Trower e Chadwick, 1995) e não-clínicas (Combs e colegas, 2007) parecem sugerir que existem pelo menos dois tipos de “paranóia” que apresentam diferenças relativamente ao estilo atribucional das causas dos eventos negativos e respectivos índices de auto-estima e de sintomatologia depressiva. A existência de dois tipos de paranóia pode assim, justificar os dados contraditórios na literatura sobre o *pessoalismo* e a paranóia, concedendo suporte à teoria de Bentall e colegas (2001).

1.4. Problemas metodológicos das teorias dos delírios paranóides

Embora a literatura sobre delírios paranóides tenha fornecido informação valiosa e tenha mostrado alguns aspectos cognitivos por detrás da formação e manutenção dos delírios paranóides, continuam a existir problemas conceptuais e metodológicos que necessitam de ser relatados e por conseguinte, resolvidos.

A maioria dos estudos sobre delírios paranóides não apresentam uma definição apropriada para o fenómeno da paranóia e isso significa que as conclusões que foram retiradas podem não ser viáveis. Um dos problemas do tipo de metodologia usado para investigar os delírios paranóides está relacionado com o método do *sintoma único* (“*single symptom approach*”). Este método apresenta várias vantagens (Persons, 1986) como por exemplo, o controlo dos critérios de diagnóstico para a classificação dos participantes e o isolamento dos elementos exclusivos da patologia em estudo. Por outro lado, este tipo de método apresenta falhas, ao não avaliar a complexidade psicológica e comportamental dos indivíduos que sofrem de delírios (de facto na maior parte dos casos os indivíduos apresentam um quadro clínico diversificado com vários tipos de sintomas que exigem critérios de diagnóstico muito detalhados e um processo exaustivo de avaliação). Para além disso, quando os investigadores adoptam este método de investigação, é necessário que estejam conscientes da natureza multi-dimensional dos delírios, o que não é o caso (Freeman, 2007). A maioria dos estudos feitos nesta área adopta uma visão categórica e uni-dimensional dos delírios, tratando-os como presentes ou ausentes. Deste modo, os estudos ignoram completamente muitas características importantes dos delírios como, por exemplo, o grau de convicção, preocupação e transtorno (*distress* emocional). Estas características dos delírios são relativamente independentes umas das outras, diferem entre si num contínuo entre o “normal” e o patológico e têm a tendência de flutuarem ao longo do tempo (Garety & Hemsley, 1994). Dito isto, a metodologia irá apresentar problemas na obtenção e definição dos grupos clínicos, pois não apresenta critérios claros que definam os delírios e

que tenham em consideração a sua etiologia multi-dimensional. Os estudos apresentam então, parcialidades na classificação dos participantes e na construção dos grupos de estudo, pois a constituição dos grupos dos estudos irá depender dos critérios de diagnóstico do investigador. Este tipo de método irá, então, levar a que muitos grupos clínicos sejam definidos não de uma forma válida mas, sim, subjectiva. Isto, quer dizer que, estes estudos apresentam falhas metodológicas na definição dos grupos experimentais e de controlo. De facto, muitos dos estudos misturam num grupo classificado como grupo de delírios paranóides, indivíduos que apresentam delírios de grandeza e ideias de referência mas que não apresentam claramente a *ideia da perseguição* (Garety & Freeman, 1999). Portanto, a falta de critérios claros para os delírios, poderá levar a que sejam obtidos resultados diferentes com o mesmo tipo de estudo e, consequentemente, seja difícil tirar conclusões válidas dos dados.

I.5. Conclusões

A literatura apresenta-nos várias teorias da paranóia que foram propostas ao longo dos anos. Algumas dessas teorias são a teoria de Frith (1992) da falta de uma “teoria da mente”, a teoria da “jump to conclusion bias” de Garety e colegas (1992) e a “teoria atribucional” de Bentall e colegas (2001). Em suma, pode-se argumentar que há evidência que sugere a presença de um estilo de raciocínio de “jump to conclusions” (ou seja, de tirar conclusões precipitadas) em indivíduos paranóides em populações clínicas e não-clínicas. Este estilo de raciocínio é caracterizado por uma tendência em elaborar hipóteses com pouca evidência, fazendo previsões sem utilizar muita informação (Garety & Freeman, 1999). Por outro lado, temos a teoria de Bentall e colegas (2001) que estuda a paranóia não no contexto dos processos de raciocínio mas, sim, como uma defesa para manter um *self* positivo. Bentall e colegas (1994; 2001) defendem que os indivíduos paranóides apresentam um estilo atribucional chamado de pessoalismo. O pessoalismo caracteriza-se por atribuir a causa dos eventos negativos a outras pessoas, ou seja, quando as coisas correm mal, os paranóides atribuem a culpa aos outros em vez de atribuírem a factores situacionais ou à sorte. No geral, há evidência contraditória a favor do pessoalismo. Estudos recentes (exemplo: Gilbert & Mills, 2000) argumentam que o pessoalismo é típico de um tipo de paranóia chamado de “poor me”, em que os indivíduos não apresentam índices de depressão e tendem-se a comparar mais favoravelmente aos outros, enquanto um outro tipo de paranóia o “bad me”, é caracterizado por sintomas de depressão, baixa auto-estima e, como tal, pela atribuição interna das causas dos eventos negativos, i.e. os indivíduos paranóides “bad me” culpam-se por situações sociais em que são criticados e humilhados (Trower & Chadwick, 1996).

Em conclusão, a literatura nesta área foi importante para nos ajudar a ter um paradigma de investigação em paranóia, no entanto, a maior parte dos estudos apresentaram problemas metodológicos sérios, para além de serem na sua maioria estudos de design transversal, ou seja, demonstraram apenas associações entre variáveis, o que os torna limitados às explicações dos mecanismos de manutenção da paranóia.

I.6. Definição de Paranóia como fenómeno psicológico numa população não-clínica

Os investigadores têm desenvolvido recentemente o interesse pela paranóia como um processo cognitivo de avaliação e do processamento de informação do mundo social e pelas consequentes emoções e cognições associadas a este fenómeno, que são resultado da evolução

da mente humana e que estarão por detrás do aparecimento de certos distúrbios psicológicos. Pressupõe-se então, que o estudo da paranóia em populações “não-clínicas” pode conceder informação válida sobre os delírios paranóides (Freeman, 2007).

O Dicionário de Língua Portuguesa de 2006 define a Paranóia como uma “*perturbação mental que se caracteriza pela tendência para a interpretação errónea da realidade em consequência da susceptibilidade aguda e da desconfiança extrema do indivíduo que pode chegar até ao delírio persecutório*” (p. 1252). A definição especialista de Reber (1985) acrescenta ainda que os “delírios paranóides” formam um conjunto de crenças tão consistentes que, logo que determinadas inferências são deduzidas, estas são defendidas com vigor.

16 Estas definições são claramente do foro psiquiátrico e, apesar de serem usadas de forma consistente na investigação de delírios persecutórios (Freeman & Garety, 2004 *a*), vários autores empenharam-se em comprovar que a paranóia é um fenómeno frequente na população geral e que faz sentido etiologicamente separar síndromes paranóides de cognições e comportamentos paranóicos e ainda que este construto pode ser entendido num contínuo entre o normal e o patológico (Strauss *in* Ellet, Lopes & Chadwick, 2003; Fenigstein & Venable, 1992; Combs, Michael & Penn, 2006 entre outros).

Na literatura advoga-se que uma característica importante que define a paranóia e que a distingue da ansiedade social é a *malevolência* (Freeman & Garety, 2000; Freeman, 2006). A paranóia reflecte a *crença que alguém tenciona claramente fazer mal*. Esta crença é mais complexa do que a ideia que os indivíduos fóbicos sociais apresentam que *as outras pessoas não gostam deles(as) mas que não tencionam fazer-lhes algum mal* (ver critérios do DSM-IV, 1994). O indivíduo paranóide, pelo contrário, sente que é um *alvo a abater* por parte um grupo de indivíduos ou de um indivíduo específico, normalmente alguém que tem mais autoridade do que ele(a) e que está acima dele(a) na hierarquia social, tendo, portanto, mais estatuto, valorização, reconhecimento e aceitação social. Para além disso, o tipo de “ameaça” que faz parte da paranóia não é só física (exemplo: alguém querer bater), mas também psicológica (exemplo: alguém que faz chantagem emocional e que humilha), sociológica (exemplo: o chefe despede por razões que não são óbvias), económica (exemplo de alguém que rouba) e, por fim, um “ataque” ao estatuto e poder social (exemplo: alguém que quer deitar abaixo e impedir que suba na carreira). Deste modo torna-se útil apresentar a definição que serviu de base para o estudo da experiência paranóide numa população normal.

Kramer (1998), após fazer investigação de comportamentos e cognições na área da psicologia social e da dinâmica de grupos, chegou à seguinte definição para o que se entende por “paranóia”: “... cognições sociais paranóicas podem ser entendidas como um produto resultante da interacção entre as estratégias de processamento de informação social e determinado contexto social que se torna “socialmente” “ameaçador”, como por exemplo, situações de avaliação de desempenho e de qualidades individuais, de escrutínio social, de comparação social, etc. Estas cognições são tentativas individuais de compreender e de lidar com informação social que é potencialmente perigosa para o *self*” (p.254). Sendo assim, em determinados contextos sociais que são “perigosos” para o indivíduo, este(a) apresenta não só cognições paranóides, como determinados comportamentos e emoções associadas.

Em conclusão, em certos contextos sociais, as cognições paranóides são compostas por suspeitas sem provas suficientes de que os outros estão a magoá-los(as), enganá-los(as) e a explorá-los(as); uma preocupação injustificada acerca da lealdade, confiança de amigos(as) e colegas e uma relutância em confidenciar nos outros, já que a informação que é providenciada pode ser usada contra eles(as) próprios(as) (Robins & Post, 1997).

I.6.1. A Paranóia como fenómeno normal numa população não-clínica

A falta de conhecimento do quão comum podem ser as cognições paranóides e as experiências associadas num funcionamento normal do indivíduos e nos contextos sociais do dia-a-dia, levou a que surgisse um movimento de investigadores anglo-saxónicos que apresentassem argumentos a favor de um fenómeno que pode, ao contrário do que estava a ser feito até ao preciso momento, ser explorado no contexto de amostras não-clínicas (Fenigstein & Vanable, 1992; Freeman, Garety, Bebbington, Smith, Rollinson, Fowler, Kuipers, Ray & Dunn, 2005 *a,b,c*).

De facto Freeman (2007) argumentou que os números da prevalência de pensamentos paranóides (de 10 a 15% na população geral, Freeman e colegas, 2005 *a*) e a diversidade de estudos que apresentam índices psicóticos (como, por exemplo, a presença de delírios e alucinações) na população geral, indicam haver uma necessidade de um estudo aprofundado da etiologia da paranóia numa população geral e não só em grupos clínicos. Freeman (2007) advoga também numa perspectiva epistemológica que é perfeitamente normal adoptar estratégias “paranóides” que considerem uma potencial ameaça por parte dos outros, já que vivemos em tempos instáveis e “perigosos”.

Estes argumentos vão de encontro aos dados apresentados por estudos que usam medidas psiquiátricas tradicionais para encontrar a presença de delírios em populações não-clínicas. De facto, há evidência que sugere que as experiências paranóides clínicas e não-clínicas podem estar relacionadas.

Por exemplo, Van Os, Hansen, Bjill e Ravelli (2000) verificaram que os sintomas não-clínicos estão relacionados com o aumento da probabilidade de ser diagnosticada uma doença psicótica e que os sintomas plausíveis, sintomas secundários e sintomas clinicamente irrelevantes estão fortemente associados à presença de sintomas clínicos. Para além disso, estes autores observaram que as experiências clínicas e não-clínicas da paranóia estavam ambas associadas aos mesmos factores demográficos e aos factores clínicos de risco (i.e. viver na cidade, viver sozinho, depressão, etc.). Van Os e colegas (2000), consideram que estes dados suportam a visão de uma continuidade etiológica entre o normal e o patológico (Myin-Germeys, Krabbendam e Van Os, 2003).

Desta forma, há um grupo cada vez maior de autores que argumentam a favor de uma teoria que analise os delírios persecutórios como estando num contínuo com a experiência normal (Claridge, 1997, Van Os e Verdoux, 2003). Os delírios e a psicose representam muitas das vezes o lado psicopatológico do contínuo, mas assume-se que estas experiências estarão presentes numa forma mais moderada na população geral. No entanto, deve-se notar que há duas formas na literatura de abordar a visão de uma continuidade entre o patológico e o normal (Claridge, 1997): uma é categórica e a outra dimensional, sendo a distribuição dos sintomas *quasi contínua*, ou seja, ou dicotómica ou contínua (Van Os e Verdoux, 2003).

Apesar das diferenças entre si, os investigadores na área dos delírios persecutórios e da paranóia numa população normal como Freeman (2007), argumentam a favor de uma perspectiva de continuidade entre os delírios e as experiências paranóides, já que a investigação de ideação persecutória não clínica pode elucidar, esclarecer e providenciar novas ideias e hipóteses para a compreensão do fenómeno clínico, tal como o estudo de estados depressivos e de ansiedade ajudou a entender as doenças neuróticas de cariz afectivo (Freeman, 2007).

Freeman (2007) conclui, assim, que há evidência na literatura mais que suficiente que justifique a necessidade do estudo das experiências paranóides não-clínicas, pois estas ajudam à compreensão dos sintomas clínicos.

No entanto, dado o facto dos estudos com populações não-clínicas ainda serem poucos e muito recentes, Freeman (2007) alerta para a necessidade de se elaborarem estudos epidemiológicos da paranóia que tenham em conta aspectos conceptuais e metodológicos tais como: a) a avaliação da natureza multi-dimensional das experiências, ao usar instrumentos que meçam não só a ocorrência do pensamento mas também o nível de convicção e do transtorno que este provoca; b) o conteúdo dos pensamentos paranóides deve ser medido de uma forma clara e específica (deve-se avaliar a natureza da ameaça; a identidade do indivíduo que provoca o mal; o poder e o estatuto social do indivíduo que é percebido como sendo uma ameaça e o grau de perigo e do transtorno associado). Freeman (2007) argumenta por fim, que a prevalência dos conteúdos dos pensamentos paranóides irá ser diferente conforme os seus conteúdos e que esta diferença pode esclarecer algumas das discrepâncias importantes entre o conteúdo da ideação delirante do grupo clínico *versus* não-clínico.

À luz desta linha de pensamento, os estudos que são apresentados nesta tese irão ter em conta estes aspectos e tentarão providenciar uma análise conceptualmente rica e metodologicamente fiável do fenómeno da paranóia numa população normal.

1.6.1.1. Estudos de Fenigstein e Venable (1992) sobre a paranóia sub-clínica como forma de auto-consciência elevada

O interesse pela “paranóia” surgiu com os estudos de Fenigstein (1985, Fenigstein, Scheier & Buss, 1975 *in* Fenigstein & Venable, 1992), que remontam há mais de vinte anos. O programa de investigação implementado por estes autores enfatizava a natureza social da paranóia e avaliava de que modo a etiologia da paranóia poderia ser explicada por determinadas percepções do relacionamento do indivíduo com os outros.

Desta forma, Fenigstein & Venable (1992) argumentaram, primeiro, que a paranóia é um produto de processos cognitivos semelhantes aos que ocorrem na experiência normal da auto-consciência; segundo, que a paranóia pode ser o resultado em determinadas situações sociais, do direccionar da atenção para o *self*, tornando-o mais acessível e mais visível, logo o “eu” é visto como sendo tanto um agente causal como um alvo para o comportamento dos outros e, terceiro, e em certa medida, as inferências paranóides estão relacionadas com o pólo público e privado da consciência.

A ligação entre a paranóia e a auto-consciência remonta há 70 anos e advém da *tradição krapelineana*, sendo relativamente mais recente o argumento advogando que a simples atenção dos outros e a sensação de estar a ser visto e escrutinado pelos outros é capaz de precipitar sentimentos de exposição e de vulnerabilidade, em populações clínicas (Fenigstein & Venable, 1992). Por outro lado, em vários estudos com populações não-clínicas apurou-se que a auto-consciência está relacionada com o enviesamento que divisa o *self* como alvo (“*self-target bias*”), fortalecendo a percepção de que os comportamentos dos outros são directamente intencionais para o indivíduo, o que se denomina em termos clínicos, de *ideias de referência* (Fenigstein & Venable, 1992).

Fenigstein & Venable (1992) apontam a auto-referência e a auto-consciência como entidades presentes na ideação paranóica. A desconfiança e a suspeita propiciam enviesamentos nas interpretações de eventos inócuos como potencialmente ameaçadores para o *self* e incorporam a imagem de referência, que é importante para a descrição da paranóia. O pensamento auto-centrado, a auto-consciência, a suspeição, a desconfiança da má vontade, da hostilidade e a intenção de conspiração são reminiscentes na paranóia e assumem-se como interpretações implausíveis, irracionais, emocionalmente negativas, ou distorções ideacionais que a popula-

ção normal também usa para explicar acontecimentos triviais, apesar de frequentemente adaptativas, ao longo do *dia-a-dia* (Fenigstein & Venable, 1992).

De modo a estudar a relação entre a suspeição, a paranóia e a auto-consciência, Fenigstein & Venable elaboraram um questionário de auto-resposta que foi a primeira medida da paranóia adaptada para uma população não-clínica, que não era mais de que uma versão reformulada do “*Minnesota Multiphasic Personality Inventory Paranóia Scale*” (MMPI-*Pa*), misturada com outros itens de outras escalas da paranóia e da suspeição. Fenigstein & Venable (1992) denominaram a escala de “*General Paranóia Scale*” (GPS) (*Escala Geral da Paranóia*), sendo esta uma medida sobre traços de paranóia numa população normal.

A GPS não contém itens sobre sintomas psicóticos; em vez disso, ela aborda os aspectos interpessoais da paranóia como, por exemplo, a suspeita do indivíduo em relação ao comportamento dos outros perante ele(a) próprio(a); o ressentimento do indivíduo em relação aos outros; a ideação de ser avaliado e desvalorizado pelos outros (i.e. *consciência pública* do “eu”); os pensamentos da rejeição dos outros e de que estes impedem que o indivíduo obtenha sucesso e que lhe estão a fazer mal de propósito.

Fenigstein and Venable (1992) descobriram com a sua nova escala que “entre todas as escalas, 62% dos sujeitos escolheram um item da escala da paranóia como sendo aplicável ligeiramente ao *self* e 33% escolheram um item como sendo mais ou menos aplicável” (página 132). Este resultado é, então, consistente com o argumento de que a paranóia é um processo normal e que pode ser encontrado na sua forma mais “*amena*” na população geral.

Estes autores investigaram também a relação entre a paranóia e a auto-consciência ao usar uma medida comportamental. O estudo consistia em solicitar aos participantes que tinham preenchido a GPS e questionários sobre a *auto-consciência pública e privada* para se sentarem ou num quarto sem espelho ou num quarto com um espelho bidimensional. Os investigadores mediam através de respostas dadas pelos participantes, a presença da ideação paranóide e de auto-referência (“de estar a ser observado”). Os resultados demonstraram que os indivíduos que apresentam uma auto-consciência pública elevada, assim como aqueles indivíduos que apresentam índices elevados na *Escala Geral da Paranóia* apresentam também um sentimento mais forte de estarem a ser observados. Mais, este estudo revelou que a auto-consciência tem efeitos ortogonais na paranóia, ou seja, a auto-consciência pode ser uma variável importante e contribuir para a ideação paranóide mas, por outro lado, pode operar de forma independente da mesma.

Numa outra manipulação experimental, Fenigstein & Venable (1992) substituíram a medida de questionário da auto-consciência por uma condição experimental de auto-atenção. Os investigadores usaram um espelho bidimensional para induzir a atenção focalizada no “eu” (i.e. *auto-atenção*) e ideação paranóide. O foco da atenção era controlado pelo uso de uma técnica experimental da construção de histórias, em que os participantes têm que escrever histórias usando palavras relevantes sobre o “eu”, fazendo-os(as) sentir uma maior auto-consciência, pois têm que activar memórias sobre o *self* e as suas características, do que aqueles que elaboram histórias com palavras neutras. Os resultados demonstraram que, tal como tinha sido previsto pelos investigadores, os participantes que escreveram uma história referente a eles próprios, sentiram que estavam a ser estatisticamente mais observados na condição do espelho bidimensional, do que os participantes que escreveram uma história com palavras neutras.

Sendo assim, Fenigstein & Venable (1992) concluem os estudos argumentando que a auto-consciência – que aumenta a simples sensação de estar a ser observado – contribui para

a activação e o envolvimento do *self* na percepção distorcida dos comportamentos dos outros em investidas hostis contra o *self*. Aquando do processamento de informação, face à activação do domínio geral do auto-conhecimento, irá haver uma atenção mais dirigida ao *self*, assim como um maior acesso. A este enviesamento Fenigstein & Venable (1992) chamaram de *personalismo*. O pessoalismo refere-se à tendência de perceber os acontecimentos como direccionados para o *self*, uma vez que é caracterizado pelas atribuições internas aos comportamentos dos outros (i.e. o comportamento dos outros de alguma forma tem a ver comigo) em termos de disposições e das suas intenções para com o indivíduo em questão.

Os indivíduos paranóides desenvolvem, assim, uma sensibilidade interpessoal, causada pelas atribuições que fazem às ameaças percebidas ao nível social em relação ao *self*, levando a uma desconfiança “aguda” dos motivos dos outros, à suspeição e à atenção e escrutínio das “nuances” sociais, fazendo com que demonstrem consequentemente, comportamentos de repulsa e de hostilidade como reacção às ameaçadas percebidas por parte dos outros (Fenigstein & Venable, 1992).

Em 1997, Fenigstein publica um estudo cujo objectivo era o de dar mais força ao argumento que a paranóia existe numa população não-clínica e que esta pode ser descrita como um estilo cognitivo relacionado com a auto-consciência. Fenigstein (1997) apresenta então um estudo experimental que usa uma tarefa de orientação da atenção. Neste estudo, 42 estudantes universitários preencheram a GPS (Fenigstein & Venable, 1992) e depois respondiam a vários adjectivos sobre traços de personalidade que eram precedidos por questões de cariz semântico, ou relevantes sobre o “eu” ou relevantes sobre os “outros”. Após esta tarefa, os participantes tinham que fazer uma tarefa incidente para relembrem os traços que foram apresentados. Os resultados demonstraram que os participantes que demonstravam níveis elevados de paranóia em comparação com aqueles que apresentavam níveis baixos de paranóia, apresentavam traços “paranóides” como sendo mais descritivos do *self* e lembravam-se de um número maior de traços referentes a si próprios do que de traços relativos aos outros.

Fenigstein (1997) sugeriu que a ideação paranóide pode ser resultado de um processo cognitivo relacionado com a auto-consciência, que por sua vez faz parte de uma estrutura cognitiva que é específica à paranóia.

Von Gemmingan, Sullivan e Pomerantz (2003) apresentaram dados a favor da teoria de Fenigstein (1997). Estes investigadores descobriram que indivíduos de uma população normal que exibem níveis elevados de paranóia medida pela GPS demonstram também índices elevados de auto-consciência pública e privada. Von Gemmingan e colegas (2003) concluem, assim, que a relação entre a paranóia e a auto-consciência privada pode ser explicada pelo facto da auto-reflexão ser indutora da construção de imperfeições imaginadas ou auto-identificadas que são exageradas ou irrealistas. Sendo assim, a presença de cognições de um *self imperfeito* em indivíduos paranóides, pode fazer com que estes(as) projectem as suas imperfeições nos outros. A este “enviesamento” cognitivo Bentall, Kinderman & Kaney (1994) chamaram de “*personalising bias*” (*pessoalismo*), ou seja, a atribuição da culpa aos outros pela ocorrência de eventos negativos e de características negativas e de imperfeições pessoais.

1.6.1.2. Teoria multi-factorial da paranóia de Freeman e colegas (2002)

Ao contrário da investigação feita por Fenigstein (1997) e por Bentall, Kinderman & Kaney (1994) que se centrava nos aspectos do *self* na paranóia, autores como Freeman, Garety e Kuipers (2002) interessam-se pelo papel das *emoções* na paranóia. De facto, Freeman e co-

legas (2002) analisaram em primeiro lugar, as semelhanças entre as neuroses e as psicoses, ao avaliarem os estudos da *comorbidade* entre os dois tipos de distúrbios mentais.

A literatura demonstra que embora os estudos sobre os factores de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia se concentrem em factores genéticos e neurológicos e não no papel da emoção, há evidência que sugere que um ajustamento social negativo nos anos da adolescência, caracterizado pela presença da ansiedade social prevê o desenvolvimento da esquizofrenia. Por exemplo, o estudo longitudinal de Jones, Kugelmass, Faber, Ingraham, Frenkel, Nathan, Mirsky e Shakhar (1995) analisou os dados de 5000 pessoas nascidas na mesma semana no ano de 1946, sendo acompanhadas desde que nasceram até a idade adulta. Os autores descobriram que os indivíduos que eram classificados aos quinze anos pelos seus professores como sendo significativamente mais ansiosos (mas não agressivos) do que os outros, desenvolviam mais tarde sintomas de esquizofrenia. Este indivíduos também se percepcionavam aos treze anos como sendo mais ansiosos socialmente e mais instáveis emocionalmente que os colegas.

Outros estudos sobre a *comorbidade* entre a esquizofrenia e a depressão clínica e a ansiedade estudaram a presença de sintomas de depressão e de ansiedade em indivíduos que apresentam sintomas positivos da psicose (ou seja, apresentam sintomas na altura do estudo). Por exemplo, um estudo de Leff, Tress e Edwards (1988), demonstrou que 45% de uma amostra de indivíduos internados recentemente com o diagnóstico de esquizofrenia (sem tomarem medicação anti-psicótica na altura) exibiam um humor depressogénico. Mais, a depressão tende a melhorar sempre que os pacientes recuperam das fases “agudas” da psicose (Birchwood, Iqbal, Chadwick e Trower, 2000). Da mesma forma, os indivíduos que sofrem de esquizofrenia também mostram índices elevados de sintomas de ansiedade. Por exemplo, Cosff e Hafner (1998) observaram que 43% dos pacientes esquizofrénicos apresentavam também um distúrbio de ansiedade. Mais, o estudo longitudinal de Norman e Malla (1994) observou através de avaliações mensais dos níveis de ansiedade, depressão e sintomatologia psicótica, em cinquenta esquizofrénicos, que a ansiedade e a depressão estavam significativamente associadas aos sintomas positivos e não aos sintomas negativos da esquizofrenia, visto que a ansiedade em comparação com a depressão estava mais fortemente associada à presença dos delírios e alucinações. Por fim, alguns estudos analisaram os níveis de agressividade associados à presença dos sintomas positivos da psicose. Por exemplo Cullari (1994) utilizou a medida de *raiva-estado e traço de Spielberger* (STAXI) numa amostra de esquizofrénicos, com o intuito de analisar a associação entre a esquizofrenia e traços de raiva. Os resultados demonstraram que os esquizofrénicos apresentavam níveis elevados de raiva, particularmente de raiva-estado. Estes dados são consistentes com os dados de estudos que observaram que os indivíduos que sofrem de psicose apresentam níveis elevados de hostilidade (Combs e colegas, 2009). Por outro lado e no entanto, Freeman, Garety e Kuipers (2001) não descobriram níveis significativamente elevados de raiva-traço num grupo de indivíduos que sofrem de delírios paranóides. Apesar da inconsistência dos dados, Foulds e Bedford (1975) observaram que de 61 indivíduos que sofriam de delírios paranóides, 85% apresentavam índices de depressão clínica, 80% apresentavam índices de ansiedade clínica e 36% apresentavam índices de raiva. Em conclusão, os estudos sugerem associações significativas entre a depressão e a ansiedade e a presença de delírios paranóides, embora a relação entre a raiva temperamental e os delírios não seja clara nem consistente.

Freeman e colegas (2002), argumentam baseando-se nestes dados de estudos de factores de risco e de epidemiologia e comorbidade da esquizofrenia, que as experiências emocionais estão directamente associadas ao conteúdo dos delírios paranóides, que por sua vez, contribuem para a manutenção e o avivar do transtorno afectivo relacionado com essas ideias.

A teoria multi-factorial de Freeman, Garety, Kuipers, Fowler e Bebbington (2002) postula em primeiro lugar que a probabilidade de um delírio ser elaborado aumenta se os processos psicóticos estiverem presentes (*e.g.* “enviesamentos” do raciocínio, disfunção da teoria da mente, etc.). Em segundo lugar, estes autores argumentam que a ansiedade é um aspecto central para a elaboração de delírios paranóides. De facto, os delírios paranóides são conceptualizados como crenças da ameaça percebida que partilham diversos factores de manutenção com os distúrbios de ansiedade. Logo, a ansiedade é vista como sendo uma emoção chave para o aparecimento dos delírios persecutórios, visto que outras emoções podem ajudar a formatar os conteúdos do sistema delirante. Por exemplo, a depressão e a auto-estima baixa podem fazer com que o indivíduo se sinta excluído, o que por sua vez pode fazer com que ele(a) sinta que é alvo da malevolência intencional dos outros (Freeman, Garety, Fowler, Kuipers, Dunn, Bebbington e Hadley, 1998).

Por conseguinte, Freeman e colegas (2002) propõem então que os processos que são associados aos distúrbios de ansiedade devem ajudar a manter a convicção nos delírios paranóides (*e.g.* “enviesamentos” da atenção; comportamentos de segurança e de evitamento de situações sociais; atenção focada no *self*, etc.). Mais, o transtorno emocional associado aos delírios deve ser determinado em parte por certos processos que estão presentes na ansiedade, tais como, a preocupação meta-representativa, as crenças meta-cognitivas e as estratégias de controlo dos pensamentos e ruminações.

A literatura apresenta dados que são consistentes com este modelo, pois sugerem que os processos tipicamente associados à ansiedade estão presentes nos indivíduos que sofrem de delírios persecutórios. Por exemplo, um estudo de Freeman, Garey e Kuipers (2001) descobriu que os indivíduos que sofrem de delírios paranóides apresentam comportamentos de segurança; enquanto outros estudos descobriram que estes indivíduos apresentam também um estilo cognitivo centrado no *self* (i.e. níveis elevados de auto-consciência) (Freeman, Garety e Phillips, 2000); associado a um “enviesamento” para o processamento de informação que indicie a presença de “ameaças” ao *self* (Fear, Sharp e Healy, 1996) e ainda à presença de um “enviesamento” na recordação de memórias traumáticas sobre experiências ameaçadoras (Bentall, Kaney and Bowen-Jones, 1995). Outros estudos sugerem que os processos envolvidos na ansiedade como as sensibilidades interpessoais e as preocupações sociais contribuem para o transtorno emocional associado aos delírios paranóides (Freeman, Garety & Kuipers, 2001).

Freeman e colegas elaboraram assim diversos estudos, alguns bastante recentes, que utilizam a tecnologia da realidade virtual, com o intuito de compreenderem os mecanismos por detrás da elaboração e manutenção dos delírios persecutórios.

Por exemplo, Freeman, D.; Dunn, G.; Garety, P.; Bebbington, P. E.; Slater, M. ; Kuipers, E; Fowler, D.; Green, C.; Jordan, J. & Ray, K. (2005 *a*) analisaram em populações “normais”, a associação entre os componentes afectivos e de *ranking* e a ideação paranóide multi-dimensional.

Os autores verificaram que numa população de 1202 respondentes não-clínicos, 1/3 apresentava pensamentos paranóides bastante recorrentes, ou seja, ao longo da semana, cerca de 30-40% dos sujeitos pensavam que corriam boatos sobre eles e entre 10 a 13% tinham pensamentos persecutórios de estarem a ser alvo de uma ameaça ligeira. O tipo mais comum de paranóia refere-se a temas como a ansiedade e a preocupação interpessoal, acompanhados por ideias de referência. Os pensamentos persecutórios estão fortemente relacionados a atribuições de significância e a severidade da ameaça aumenta à medida que o pensamento se tor-

na menos comum. Para além disso, os participantes que relatavam mais ideias bizarras e conspiratórias, apresentavam também um grau maior de convicção dos pensamentos paranóicos, um *stress* emocional e psicológico mais forte e relatavam também um maior número de pensamentos paranóicos na “*checklist*” da paranóia.

Os participantes que demonstravam níveis elevados de ideação paranóide apresentavam também as estratégias menos apropriadas para lidar com os pensamentos. Isto quer dizer que estes participantes, em vez de apresentarem estratégias racionais para lidar com os problemas e com os pensamentos paranóides, demonstravam o uso de estratégias emocionais e evitavam os confrontos sociais, logo, mostravam mais atitudes negativas relativamente à expressão emocional, i.e., não extravasavam a raiva e os sentimentos negativos. Mais, estes participantes apresentavam níveis mais elevados de submissão e, conseqüentemente, demonstravam a convicção de serem de um estatuto social inferior ao das outras pessoas.

Por outras palavras, Freeman e colegas (2005 *a*) encontraram associações significativas entre atitudes negativas para a expressão emocional, baixa comparação social e a presença de comportamentos submissos com a paranóia. Em contrapartida, níveis baixos de paranóia estão associados à não-catastrofização, à capacidade de distanciamento dos problemas, ao uso de estratégias racionais para lidar com as emoções e, em termos metacognitivos, à capacidade de analisar a situação de uma forma desprendida da emoção (Freeman e colegas, 2005 *a*).

Em conclusão, os autores argumentaram que a paranóia é um processo social e cognitivo que é bastante comum e cujos pensamentos paranóides podem estar distribuídos de uma forma hierárquica, na base da pirâmide temos os pensamentos mais comuns, que apresentam uma componente de preocupação sobre o escrutínio social, e no topo da pirâmide temos aqueles que são mais raros e mais graves em termos clínicos, que apresentam ideias de conspiração.

Recentemente, Freeman, Gittins, Pugh, Antley, Slater e Dunn (2008) descobriram que a paranóia não-clínica também apresenta uma associação significativa com a predisposição para as alucinações. Estes autores observaram assim, numa população não-clínica, que as crenças paranóides num ambiente virtual social neutro estavam relacionadas com anomalias de percepção, ou seja, com sensações bizarras no corpo como, por exemplo, sensações que a pele sente mais calor e/ou frio do que o usual. Para além disso, este tipo de anomalia (i.e. sensações internas estranhas) não estava presente nas crenças ansiosas sociais. No entanto, as reacções paranóides e ansiosas sociais ao ambiente virtual social partilhavam níveis elevados de ansiedade geral, preocupação, depressão e sensibilidade interpessoal. Em conclusão, enquanto a predisposição para as experiências alucinatórias é um processo específico da paranóia, os processos afectivos que englobam sentimentos de depressão, ansiedade, sensibilidade interpessoal são comuns à paranóia e à ansiedade social, o que concede suporte ao argumento a favor das semelhanças etiológicas entre as neuroses e as psicoses e ao conseqüente postulado de um contínuo entre a experiência normal de paranóia e os delírios paranóides. De facto, Freeman e colegas (2008) argumentam a favor do contínuo entre o normal e o patológico ao referirem que as anomalias de percepção podem levar ao aparecimento dos delírios paranóides através da sensação e sentimentos de “*estranheza*” e que “*as coisas não parecem certas*”.

I.6.1.3. Estudos da relação da paranóia com a psicopatologia, raiva e as percepções de hostilidade dos outros

I.6.1.3.1. Paranóia e a depressão e ansiedade

Os modelo cognitivos dos delírios paranóides têm defendido o papel importante da de-

pressão e da ansiedade na paranóia (ver Freeman, 2007). Estudos diversos começaram a analisar a relação entre a paranóia sub-clínica e os índices de ansiedade e de depressão entre outros (baixa auto-estima, sensibilidade interpessoal, auto-consciência pública elevada, etc.)

Por exemplo, Martin & Penn (2001) usaram a “*General Paranóia Scale*” (Fenigstein & Vanable, 1992) numa amostra de estudantes com o propósito de examinar a relação entre a ideação paranóide com outras variáveis clínicas, sociais e cognitivas. Os resultados demonstravam que níveis elevados de ideação paranóide estão associados a níveis elevados de depressão, raiva e frustração e ainda a uma atenção elevada a aspectos públicos do *self*.

24 Freeman, Slater, Bebbington, Garety, Kuipers, Fowler, Read, Jordan & Vinayagamorthy (2003) verificaram haver correlações significativas entre a sensibilidade interpessoal ($r = .562$, $p < .01$) e a ansiedade ($r = .443$, $p < .01$) e ideação paranóide num grupo de 24 estudantes e funcionários administrativos. Freeman e colegas (2003) observaram também uma associação entre a ansiedade e a paranóia ($r = .488$, $p < .05$). Mais, autores como Freeman, Dunn, Garety, Bebbington, Slater, Kuipers, Fowler, Green, Jordan & Ray (2005b) argumentaram que há três factores que são importantes para o aparecimento dos delírios: experiências anómalas, distúrbios emocionais e um raciocínio que apresenta um enviesamento na recolha de dados e formulação de hipóteses “*data-gathering bias*” (Garety & Hemsley, 1991). Sendo assim, Freeman e colegas (2005b) apresentam dados que, segundo eles, dão suporte ao seu modelo cognitivo de delírios persecutórios, ao demonstrarem, numa população não-clínica que preencheu medidas da paranóia e afectivas (de humor negativo como a depressão, ansiedade, auto-consciência, *stress* e sensibilidade interpessoal), que a variação da ideação paranóide é explicada pela interacção significativa entre um *self* frágil, índices elevados de depressão, ansiedade geral, *stress*, ansiedade de separação e uma auto-consciência elevada. Logo, para estes autores, a paranóia, numa perspectiva de um contínuo entre o normal e o patológico, pode ser mantida por distúrbios emocionais e de humor tais como a depressão, ansiedade e *stress*.

1.6.1.3.2. Paranóia e traços, atitudes e comportamentos agressivos

A paranóia numa população não-clínica pode também estar associada à presença de sentimentos, pensamentos e comportamentos agressivos. A raiva inerte, (*arrested anger*), (i.e. quando um indivíduo sente raiva mas não expressa os sentimentos agressivos externamente porque usualmente tem medo de ser rejeitado(a) e ostracizado(a)) é estudada na maior parte dos casos no contexto da depressão. Gilbert, Gilbert & Irons (2004) mostraram que pacientes deprimidos clinicamente estão num estado de “*raiva inerte*” (*arrested anger*), que se manifesta sempre que eles(as) culpam as outras pessoas pela sua amargura e pessimismo geral relacionados com as dificuldades da vida pessoal e quando eles(as) sentiram que os outros faziam-nos sentir “presos” (*entrapped*), i.e., quando sentiam que não conseguiam ver a luz ao fundo do túnel, ou seja, de não serem capazes dar a volta às coisas e de resolverem os problemas, com o intuito de saírem da situação negativa em que se encontram. Seguindo esta linha de pensamento, Freeman *et al.* (2005a), argumentaram que em alguns casos a raiva pode também contribuir para a *atribuição de intenção* no caso de ideação persecutória. Segundo os seus dados (e dados de Ellet, Lopes & Chadwick, 2003 que mostram que os pacientes que apresentam crenças paranóides evitavam aqueles que eles (as) pensavam ter-lhes feito mal de propósito ou não faziam nada acerca dos seus sentimentos de terem sido maltratados de forma intencional pelos outros), os indivíduos paranóides, já que são tímidos(as) ou submissos(as), em vez de expressarem o ressentimento e a raiva para e em relação aos outros, optam por ruminar, suprimindo os sen-

timentos de hostilidade e agressividade contra os outros o que provoca, por sua vez, transtorno emocional. Sendo assim, para Freeman *et al.* (2005a), os indivíduos que apresentam paranóia numa população não-clínica encontram-se num estado de raiva inerte (*arrested anger*) da mesma forma que os pacientes deprimidos. Ou seja, os indivíduos paranóides gostariam de confrontar aqueles(as) que eles(as) acham que os(as) magoaram de propósito mas na prática não fazem nada acerca desse sentimento. Logo, em vez de agirem sobre o sentimento de serem vítimas da malevolência dos outros, apresentam comportamentos de segurança como o evitar e a submissão (Freeman, Garety & Kuipers, 2001).

A presença de comportamentos de segurança é explicada pelo facto dos indivíduos paranóides se sentirem fracos, impotentes e pouco poderosos para confrontarem os outros, visto que, quando fazem comparações sociais, eles(as) percebem-se como tendo um estatuto inferior, ou como sendo menos competentes e inferiores aos outros (Freeman *et al.*, 2005a).

Por outro lado, Allan & Gilbert (1997) argumentaram que as crenças paranóides estão intimamente associadas a pensamentos e comportamentos agressivos. Estes autores sugerem que os indivíduos paranóides podem ser bastante agressivos abertamente quando sentem que os outros são um perigo e que tencionam fazer-lhes mal de propósito.

Estas duas visões do tipo de sentimentos de agressividade e da demonstração externa ou da supressão da raiva, que são mostrados pelos indivíduos paranóides sugere-nos que, dependendo do indivíduo paranóide (em relação aos níveis de auto-estima pessoal, auto-conceito, estatuto social percebido, relações de poder e controlo social, temperamento, etc.), numa população não-clínica, poder-se-á constatar diversas reacções diferentes às suas ideias paranóides e sensibilidades interpessoais. Deste modo, alguns indivíduos podem expressar abertamente a raiva, sendo assim, activamente agressivos, física ou verbalmente, contra as outras pessoas, enquanto outros podem simplesmente ruminar acerca da raiva que sentem em relação aos outros, e evitar demonstrar abertamente comportamentos agressivos, optando por serem submissos.

Concluindo, a raiva é sem dúvida uma variável essencial para se compreender melhor a etiologia da paranóia. Até este preciso momento, segundo o nosso conhecimento, a raiva e os comportamentos de agressividade não foram medidos de forma extensiva numa população não-clínica que apresente traços paranóides e que apresente ideiação paranóide. Dados de autores como Ellet, Lopes & Chadwick (2003) e Freeman *et al.* (2005 a) fazem-nos crer ser importante estudar esta relação de forma mais aprofundada.

1.6.1.3.3. Paranóia e a percepção da hostilidade

A investigação recente começou também a focar a atenção na característica central da paranóia, nomeadamente, na tendência para inferir ou para perceber hostilidade (a intenção de provocar dano) quando não existem razões para tal (Freeman, 2007). Pressupõe-se que a percepção da hostilidade dos outros contra nós seja, assim, mais visível nas situações ambíguas, onde não existem “dicas” e referências claras sobre o que se passa (Freeman, 2007). De facto, diversos estudos sugerem a presença de um “enviesamento” nas percepções das intenções dos outros em indivíduos que sofrem de ansiedade social, pois percebem hostilidade nos outros em interações sociais ambíguas (Constans, Penn, Ihnen e Hope, 1999). Outros estudos sugerem uma associação entre a percepção da hostilidade e níveis elevados de raiva (Mathews e Norris, 2002). No entanto, pouco se sabe como as pessoas que sofrem de delírios paranóides, interpretam as situações ambíguas. Segundo o modelo cognitivo dos delírios per-

secutórios de Freeman e colegas (2002), as situações ambíguas são mais difíceis de interpretar e as intenções dos outros podem ser percebidas erroneamente, ao atribuir intenções hostis aos outros. Por exemplo, um estudo de Phillips, Senior e David (2000) descobriu que os indivíduos que sofrem de delírios persecutórios dispõem mais tempo a olhar para as cenas ambíguas. Mais, um estudo de Combs e Penn (2004) descobriu que os indivíduos de uma população normal que apresentam níveis elevados de paranóia sub-clínica percebiam um investigador “neutro” como tendo intenções negativas, demonstrando também como consequência, comportamentos sociais de evitamento. Resultados semelhantes aos destes estudos foram encontrados no contexto de ambientes que usam a realidade virtual (Freeman, Garety, Bebbington, Slater *et al.*, 2005). De facto, estudos nesta área demonstram que os indivíduos que sofriam de delírios paranóides apresentavam uma tendência para a necessidade de uma explicação rígida dos eventos (i.e. “*need of closure*”) e uma tolerância baixa para a ambiguidade sempre que estão a tomar decisões (Mckay, Langdon e Coltheart, 2007).

Recentemente, um estudo por Combs, Penn, Michael, Basso, Wiedeman, Siebenmorgan, Tiegreen e Chapman (2009) analisou a associação entre as percepções de hostilidade, a paranóia e sentimentos de agressividade em amostras clínicas e não clínicas. Combs e colegas (2009) aplicaram o “*Ambiguous Hostility Intentions Questionnaire*” (AIHQ), que é uma medida das atribuições de hostilidade aos outros, de estilos pessoais de culpabilização (autoculpa *versus* heteroculpa) e de sentimentos de raiva perante várias situações ambíguas (exemplo: “estava por acaso a passar por um grupo de adolescentes e notou que eles se estavam a rir”) numa amostra composta por um grupo de 32 indivíduos que sofriam de delírios persecutórios, por outro grupo de 28 indivíduos que não sofrem de delírios persecutórios (controles psiquiátricos) e por um grupo de 50 indivíduos que não apresentam distúrbios mentais (controles “normais”). Os participantes deste estudo tinham então que preencher uma bateria de questionários composta pelo AIHQ e por outras medidas da paranóia, depressão, auto-estima, auto-consciência pública e do estilo atribucional. Os resultados sugerem que o grupo de indivíduos que sofriam de delírios persecutórios, apresentavam índices mais elevados de percepção da hostilidade dos outros e de raiva perante as situações sociais ambíguas do que os outros grupos, culpabilizando assim os outros pelas situações negativas. Mais, o total da pontuação da hostilidade perante as situações ambíguas era o único preditor (de entre níveis de depressão, auto-estima e de auto-consciência pública), prevendo significativamente a variação da ideação paranóide. Os autores argumentaram assim, que os indivíduos que sofrem de delírios paranóides apresentam um “enviesamento” na percepção das intenções dos outros, atribuindo-lhes intenções hostis e culpabilizando-os pelas situações ambíguas (i.e. *personalismo*). Estes dados estão de acordo com outro estudo de Combs, Penn, Wilcher e Waldheter (2007) que descobriu, numa amostra de estudantes, que a pontuação total das percepções da hostilidade em situações ambíguas previa significativamente a variação da ideação paranóide sub-clínica.

Em conclusão, os estudos sugerem que tanto em populações clínicas como não-clínicas há uma associação significativa entre índices de depressão, de ansiedade, de raiva e, especialmente, da percepção de hostilidade dos outros com a ideação paranóide.

1.7. Ansiedade Social

1.7.1. Definição

A ansiedade social é um distúrbio comum e persistente, que apresenta um défice psicossocial significativo, representando, assim, um problema crónico de saúde pública. A ansiedade

social aparece ou na infância, ou adolescência, sendo comórbida com a depressão, com outros distúrbios de ansiedade, distúrbios alimentares e com o abuso de álcool e de drogas. O facto da ansiedade social apresentar semelhanças com diversos distúrbios de foro afectivo leva a que o indivíduo apresente um quadro clínico disfuncional. Mais, o facto da ansiedade social poder influenciar o desenvolvimento de distúrbios psicológicos mais graves faz com que seja importante detectar sinais da doença, tratando-a o mais cedo possível como medida preventiva.

A ansiedade social é um distúrbio de ansiedade com diversos graus de severidade clínica. A condição é caracterizada por reacções ansiosas clinicamente significativas e por um desconforto extremo ou ao antecipar ou ao ser exposto e participar em situações sociais, incluindo as situações de avaliação e de desempenho pessoal. A ansiedade social pode, assim, interferir com o desenvolvimento social e profissional do indivíduo, fazendo com que este(a) se isole e em alguns casos, seja incapaz de manter relacionamentos íntimos com as outras pessoas ou de desempenhar determinadas tarefas.

I.8. Teorias da Ansiedade Social

I.8.1. Modelo cognitivo de Clark e Wells (1995)

O modelo cognitivo de Clark e Wells (1995) propõe que os ansiosos sociais tendem a interpretar as situações sociais como ameaças contra o *self*, porque apresentam crenças disfuncionais acerca da natureza e das consequências dos seus comportamentos sociais e ainda acerca do seu valor enquanto pessoas e a respectiva aceitação social dos outros. Clark e Wells (1995) identificaram três categorias de crenças disfuncionais e negativas presentes na ansiedade social: crenças condicionais acerca da avaliação social e crenças incondicionais acerca do *self* e ainda expectativas e níveis de exigência altos para o desempenho pessoal, ou seja, o ansioso social quer causar boa impressão nos outros mas assume que não é capaz de o fazer. Logo, segundo o modelo destes autores, as crenças do género de (“se... então”) e as crenças incondicionais negativas e instáveis (ao contrário da depressão) sobre o *self* (e.g. “eu sou imperfeito”) são activadas ou pela antecipação das interações sociais, ou pela participação nessas interações.

Clark & Wells (1995) propõem, então, um modelo cognitivo de processamento de informação social para a manutenção da ansiedade social, que se baseia nos pressupostos do “enviesamento atencional” para os aspectos negativos do *self* e a consequente activação de comportamentos de segurança. Deste modo, os ansiosos sociais formulam crenças negativas acerca de si próprios e sobre o ambiente social tendo por base experiências anteriores (e.g. “tenho sempre que parecer inteligente”; “se mostrar sinais de ansiedade as pessoas vão pensar que sou estúpido(a)/incompetente/ estranho(a)”; “ninguém gosta de mim”, etc.). Estas crenças levam a que o ansioso social percepcione as situações sociais como potenciais ameaças que, por sua vez, fazem com que este sinta ansiedade. Logo, os sentimentos de ansiedade e as percepções negativas do *self* e do mundo social são mantidas através de um círculo vicioso. Primeiro, os ansiosos sociais mostram um “enviesamento” de atenção ao focarem a atenção nos aspectos negativos do *self* em vez de se concentrarem nos aspectos da situação social *per se*. Este “enviesamento” atencional e consequente auto-monitorização fazem com que o ansioso social esteja mais consciente das respostas negativas (tanto suas como das outras pessoas), interferindo com o processamento de informação sobre a situação social e sobre o comportamento das outras pessoas e produzindo informação interoceptiva que é usada para construir a imagem negativa de si próprio. Primeiro, os ansiosos sociais, depois de activarem as crenças negativas do *self*, uti-

lizam informação interna (sentimentos de ansiedade e imagens espontâneas e distorcidas do *self* observável) para fazerem inferências erróneas sobre as percepções dos outros em relação a si próprios. Segundo, os ansiosos sociais utilizam várias estratégias cognitivas e comportamentais (*e.g.* comportamentos de segurança, ou o evitar das situações sociais) com o intuito de prevenir o aparecimento das “catástrofes” sociais temidas (por exemplo, memorizam tudo o que uma pessoa disse e comparam com o que vão dizer para evitarem parecerem estúpidos(as)). Os comportamentos de segurança ajudam a manter as crenças negativas do *self* porque o ansioso social atribui-lhes a capacidade de prevenção da sua experiência de situações sociais ameaçadoras e da avaliação das respectivas consequências negativas associadas (*e.g.* “tremar”). Para além disso, as consequências não-intencionais dos comportamentos de segurança (por exemplo, o comportamento do ansioso social ao parecer distante e desinteressado em encontros sociais porque a sua atenção está centrada na auto-monitorização e na memorização e não na situação) fazem com que as outras pessoas pensem que o ansioso social não gosta deles, o que provoca a resposta crítica e antipática temida pelo ansioso. Por fim, o processamento reduzido de sinais sociais externos é “enviesado” ao favorecer a detecção pelo indivíduo ansioso de comportamentos das outras pessoas que possam ser interpretados como sendo negativos. Sendo assim, o ansioso social, antes de experienciar a situação social *per se*, faz previsões negativas sobre o seu desempenho pessoal e sobre a respectiva rejeição dos outros, baseadas nas memórias activadas de insucessos pessoais e imagens negativas do *self* e de interações sociais passadas. Os ansiosos sociais mostram, assim, estimativas exageradas das consequências negativas das situações sociais e dos respectivos custos sociais. O modelo de Clark e Wells (1995) assume também que o indivíduo ansioso demonstra um défice de desempenho pessoal que é induzido pela ansiedade extrema *in loco* o que faz com que este(a) apresente um “enviesamento” de estimativas e previsões de insucesso pessoal, ao prevêr antecipadamente um desempenho pessoal negativo e uma percepção extremamente negativa dos outros em relação a si próprio e ao seu desempenho pessoal. De facto, o ansioso social percepção-na-se como sendo inferior aos outros, pois acha que não tem capacidades e habilidades sociais para desempenhar determinadas tarefas.

O indivíduo ansioso processa, assim, informação de forma distorcida tanto antes como após as situações sociais, ao relembrar, especificamente, informação negativa sobre si próprio e do seu desempenho social e ao utilizar essa informação para formular avaliações negativas de si próprio e formular respectivas ruminações “derrotistas” associadas a previsões catastróficas acerca do seu desempenho pessoal no futuro. Os sentimentos de ansiedade e as auto-percepções negativas são facilmente activadas pelos indivíduos porque foram processadas de forma detalhada.

A investigação na área da ansiedade social apresenta dados que suportam o modelo cognitivo de Clark e Wells (1995). Estudos sobre o “enviesamento” da atenção aos aspectos negativos do *self*, característico da ansiedade social, demonstraram que os indivíduos ansiosos sociais em condições experimentais de atenção focada no *self* (*e.g.* estudos com tarefas que indivíduo tem que desempenhar perante uma audiência) relatam um número excessivo de imagens negativas do *self* espontâneas e recorrentes, que estes acreditam serem verdadeiras (Hackmann, Clark & MacManus, 2000; Hofmann e Heinrichs, 2003). Outros estudos ainda utilizam o paradigma experimental de vigilância-evitamento dos estímulos indutores de ansiedade (ver Heinrichs e Hoffman, 2001 sobre as experiências do tempo de reacção a um ponto no visor, após ter sido precedido por estímulos com base afectiva; por exemplo, palavras ou

faces com expressões emocionais negativas ou positivas) para testar o “enviesamento” atencional. Por exemplo, um estudo por Chen, Ehlers, Clark e Mansell (2000) testou se os ansiosos sociais mostram um “enviesamento” atencional ao desfocarem a atenção de faces que apresentam diversas expressões emocionais. Os resultados sugerem que os ansiosos sociais apresentam tempos de reacção significativamente menores quando o ponto é precedido por material “neutro” (*e.g.* objectos de casa) do que quando é precedido por faces independentemente das suas expressões serem negativas, positivas ou neutras. Logo, os ansiosos sociais preferem estímulos “neutros” a estímulos que convêm informação social e afectiva, como as faces.

Outros estudos testaram – segundo os postulados da teoria das *discrepâncias do self* (Strauman, 1989) que distingue entre as crenças que os indivíduos têm sobre o *self actual* (os atributos que a pessoa acredita ter, ou que acha que os outros pensam que tem), o *self ideal* (os atributos que a pessoa gostaria de ter) e o *self obrigatório* (atributos que a pessoa acredita que deveria ter obrigatoriamente) – a activação de auto-percepções negativas na ansiedade social. Os resultados sugerem que os ansiosos sociais apresentam traços de discrepâncias significativas entre o *self actual* e o *self obrigatório*, ou seja, os ansiosos percebem os seus atributos como sendo inferiores ao que acreditam que os outros exigem deles e que esperam que eles possuam (Weilage e Hope, 1999). Mais, os ansiosos sociais percebem o seu comportamento de forma a minimizar os seus sucessos, independentemente das suas capacidades e da simpatia e elogio dos colegas (Stopa e Clark, 1993). Clark e Wells (1995) argumentaram também que os ansiosos sociais estão em perigo de se comportarem de forma inepta e socialmente inaceitável e que esse comportamento terá consequências desastrosas em termos de perda de estatuto, de valor pessoal e da rejeição dos outros. A crença disfuncional de um custo social exagerado como consequência de um encontro social foi testada por Foa e colegas (1996) que descobriram que 15 indivíduos, que sofriam de ansiedade social em comparação com 15 controlos, demonstravam um “enviesamento” nas estimativas dos custos sociais das interações sociais associado a uma estimativa exagerada da probabilidade desses encontros serem negativos, visto que a eficácia da terapia cognitiva dependia da mudança da crença disfuncional.

Por fim, estudos análogos com amostras de estudantes descobriram que os participantes que demonstram níveis elevados de ansiedade social experienciavam significativamente mais ansiedade, previam um desempenho pessoal mais negativo e desvalorizavam o desempenho real uma semana após a tarefa de interação social (ler um texto para um público) do que os indivíduos que não apresentam ansiedade social (Dannahy e Stopa, 2007). Outro estudo por Abbot e Rapee (2004) apresentou dados que sugerem que os ansiosos sociais apresentam percepções significativamente mais negativas acerca do desempenho pessoal numa tarefa de leitura de um trecho e consequentes ruminações negativas do que os controlos. Por último, um estudo de Mansell e Clark (1999), investigou numa amostra de estudantes a memorização e respectivo relembrar de informação negativa sobre o *self* numa experiência de memorização de palavras positivas *versus* negativas em três condições experimentais diferentes: *pública e auto-referente* (descreve o que alguém que te conhece bem sabe sobre ti, ou o que alguém que acabou de te conhecer irá pensar sobre ti) *privada auto-referente* (descreve o que pensas sobre ti próprio) e *hetero-referente* (descreve o teu vizinho do lado). Os participantes após memorizarem as palavras ou eram submetidos a uma condição de ameaça (fazer um discurso), ou a uma condição neutra. No final, os participantes teriam que relembrar as palavras. Os resultados sugerem que os estudantes que apresentavam índices elevados de ansiedade social relembravam

significativamente menos palavras positivas e mais palavras negativas do que os indivíduos que apresentavam os índices mais baixos de ansiedade social. Este efeito só ocorria no entanto para os indivíduos que eram submetidos à condição de ameaça; logo experimentavam ansiedade induzida pela expectativa de fazer um discurso, sendo também específico para palavras que eram memorizadas na condição pública auto-referente, ou seja, para as palavras presentes no contexto das percepções dos indivíduos sobre como os outros os vêem. Os autores concluem que um aspecto essencial da ansiedade por antecipação é a activação específica de impressões negativas sobre o *self* observável (i.e. *self* público).

1.8.2. Teoria de Rapee e Heimberg (1997) da discrepância entre as representações mentais do *self* e as percepções das exigências standardizadas do desempenho pessoal

Rapee e Heimberg (1997) propõem um modelo semelhante ao anterior, que argumenta que a situação social activa vários processos que geram e mantêm a ansiedade social. Este modelo pressupõe que, quando um ansioso (a) social está presente numa situação social ou simplesmente está a antecipá-la, ele(a) formulará uma representação mental da sua aparência externa e do seu comportamento segundo as suas percepções sobre como os outros o (a) vêem. Esta representação mental baseia-se em vários “inputs”, tais como a informação que está armazenada na memória a longo prazo (memórias sobre a aparência geral e experiências passadas em situações semelhantes, etc.), dicas internas e dados sensoriais (sintomas físicos, e.g. sudção) e externas (e.g. *feedack* de uma audiência, e.g. barulho).

Os recursos aplicados nos processos da atenção são direccionados para aspectos visíveis da auto-imagem associada à situação, sendo geralmente potencialmente negativos e ainda à monitorização de prováveis ameaças externas (e.g. voz, corar, etc.), i.e., avaliação negativa dos outros (e.g. franzir das sobrancelhas, sinais de tédio, etc.). Para além deste “enviesamento” da atenção para uma representação mental do *self* e da ameaça externa, os ansiosos sociais formulam previsões e expectativas sobre desempenho que a audiência deveria demonstrar perante uma determinada situação. Os indivíduos ansiosos fazem, assim, uma comparação entre a representação mental do *self* como (supostamente) é percebido pelos outros com as suas expectativas sobre as exigências standardizadas das outras pessoas relativamente ao seu desempenho em situações sociais. A discrepância entre as auto-percepções e as percepções dos outros referentes ao *self* aos respectivos comportamentos determina a probabilidade da existência da avaliação negativa das outras pessoas e as suas potenciais consequências sociais. Logo, os ansiosos sociais, ao demonstrarem esta discrepância, prevêm a avaliação negativa dos outros, o que, por sua vez, leva a um aumento significativo de ansiedade (com os seus aspectos fisiológicos, cognitivos e comportamentais), que influencia também a representação mental do indivíduo sobre a sua aparência e/ou comportamento. Sendo assim, instaura-se um círculo vicioso com as auto-percepções negativas do *self* e respectiva discrepância entre o *self* actual e o *self* ideal ou obrigatório a gerarem ansiedade e a provocarem o conseqüente medo das avaliações negativas dos outros que, por sua vez, ajuda a manter um visão negativa do *self*.

O modelo de Rapee e Heimberg (1997) obteve suporte através de diversos estudos. A literatura apresenta estudos que sugerem que os ansiosos sociais usam de facto informação interna e baseiam-se nas suas auto-percepções para fazerem inferências excessivamente negativas sobre como os outros os percebem. Por exemplo, um estudo de Mcewan e Devins (1983) relatou que aqueles estudantes, que apresentavam níveis elevados de ansiedade social

e que experienciavam sensações somáticas e sensoriais muito intensas no decorrer de interações sociais, apresentavam também estimativas exageradas sobre o nível de ansiedade pessoal que era percebido pelos seus colegas. Por outro lado, os indivíduos que demonstravam níveis baixos de ansiedade e os indivíduos que demonstravam níveis elevados de ansiedade social, mas que não experienciavam sensações somáticas intensas, apresentavam estimativas correctas e realistas sobre a visibilidade dos sinais de ansiedade pessoal.

Mais, o estudo de Wells e Papageorgiu (2001) apresentou dados que sugerem que tanto os estudantes, que apresentam níveis elevados de ansiedade social sub-clínica, como os pacientes que sofrem de fobia social, quando são enganados de forma a pensarem que o ritmo cardíaco tinha aumentado após uma conversa de avaliação social, apresentaram mais tarde estimativas excessivamente negativas acerca da imagem que passaram ao companheiro da conversa. Por outro lado, os indivíduos que não apresentavam índices de ansiedade social não apresentam este “enviesamento” das expectativas.

Outro estudo de Mansell e Clark (1999) descobriu que os indivíduos que apresentavam índices elevados de ansiedade social demonstravam também uma correlação significativa entre a percepção das sensações somáticas com a tendência “enviesada” de atenção aos aspectos negativos do *self* medidos pela presença de expectativas exageradamente negativas sobre o aspecto pessoal (parecer ansioso, estranho, fraco, etc.).

Mulkens e colegas (1999) fizeram um estudo em que pediram aos participantes que pontuavam alto ou baixo numa medida sobre o medo de corar para desempenharem duas tarefas sociais que variavam relativamente ao grau de embaraço e de vergonha que provocavam. Os resultados de medidas objectivas de coloração facial e da temperatura de pele indicaram que quanto mais embaraçosa fosse a tarefa social, maior seria a coloração da pele. No entanto, as medidas de auto-resposta indicavam que o grupo dos que tinham um medo acentuado de corar apresentava consistentemente percepções “erróneas” ao achar que coravam mais que os outros, independentemente dos dados objectivos. Mulkens e colegas sugerem que a diferença entre as percepções subjectivas do grau de coloração da pele entre os grupos de medo alto *versus* de medo baixo é provocada pelo “enviesamento” atencional para os aspectos públicos do *self* apresentado pelos indivíduos que apresentam medo de corarem. Esta atenção focada no *self* faz com que estes indivíduos estejam mais conscientes da sua temperatura facial e da pele.

Por fim, Mellings e Alden (2000) fizeram um estudo em que pediam a indivíduos que apresentavam índices elevados de ansiedade social *versus* indivíduos que apresentavam índices baixos de ansiedade social para terem uma conversa com um indivíduo estranho. Os resultados sugerem que, comparativamente às observações de um observador externo, os indivíduos que apresentavam índices elevados de ansiedade social manifestam estimativas exageradas sobre a visibilidade dos seus comportamentos de ansiedade, já que, quanto mais exagerada fosse a estimativa, maior era o nível de atenção focada no *self* durante a interacção social.

Por outro lado, há também estudos que sugerem que os ansiosos sociais estão atentos às reacções negativas dos outros para serem congruentes com as suas auto-percepções. De facto, um estudo de Veljaca e Rapee (1998) investigou a detecção de reacções da audiência durante um discurso. Os investigadores solicitavam, então, a um grupo de indivíduos que apresentavam índices elevados de ansiedade social *versus* um outro grupo de indivíduos que apresentavam índices baixos de ansiedade social, para fazerem um discurso e, durante o mesmo, era-lhes pedido para detectarem determinados comportamentos e reacções emocionais da audiência. Os resultados sugerem que comparativamente aos indivíduos que apresentam índi-

ces baixos de ansiedade social, os indivíduos ansiosos sociais eram melhores e mais eficazes na detecção de comportamentos negativos (*e.g.* bocejar, olhar para o relógio, tossir) do que na detecção dos comportamentos positivos da audiência (sorrir, abanar a cabeça em sinal de concordância, etc.). Logo, os autores concluem que os ansiosos sociais apresentam um “enviesamento” da atenção para as reacções negativas da audiência. Estes dados estão de acordo com o modelo de Rapee e Heimberg (1997) que argumenta que os ansiosos sociais procuram confirmar as suas percepções negativas de si próprios ao estimarem avaliações negativas dos outros em relação ao seu desempenho.

1.8.2.1. A ansiedade social e o medo da avaliação positiva

As teorias cognitivas postularam que o medo das avaliações negativas é uma característica central da ansiedade social (Clark e Wells, 1995). Por exemplo, Rapee e Heimberg (1997) argumentaram que os ansiosos sociais formulam uma imagem ou representação mental do *self* percebido pelos outros, prestando atenção em simultâneo aos aspectos negativos de si próprios e à monitorização do ambiente social em busca de indícios da avaliação negativa dos outros. Estudos por Coles, Turk, Heimberg e Fresco (2001) e Mansell e Clark (1999) apresentaram evidência que suporta a ideia que o medo das avaliações negativas é um aspecto importante da ansiedade social. No entanto, autores como Weeks, Heimberg, Rodebaugh e Norton (2008) argumentaram recentemente que os ansiosos sociais apresentam não só um medo da avaliação negativa mas também da avaliação positiva dos outros. Segundo estes autores, os ansiosos sociais preocupam-se que a avaliação positiva e o sucesso do seu desempenho pessoal faça com que as outras pessoas aumentem a fasquia pela qual irão ser avaliados no futuro. Este medo leva, assim, a uma discrepância entre as auto-percepções das capacidades e consequente desempenho dos ansiosos sociais que continuam a achar que nunca irão ser tão bons tanto quanto é esperado deles(as). Logo, os ansiosos sociais prevêm que a longo prazo a avaliação positiva irá provocar o insucesso. Para testar este argumento, Weeks e colegas (2008) construíram uma medida para avaliar o medo da avaliação positiva (o “*Fear of Positive Evaluation*”-FPE). Estes autores descobriram numa amostra de estudantes que o medo de avaliação positiva é distinto do medo de avaliação negativa. Mais, o medo da avaliação positiva apresenta uma correlação positiva e estatisticamente significativa com o *desconforto perante o feedback positivo* enquanto apresenta uma correlação negativa e estatisticamente significativa com o nível de percepções fidedignas sobre o *feedback*. A ansiedade social parece levar, por um lado, ao aumento significativo do medo da avaliação positiva e, por outro lado, à descida significativa de percepções fidedignas sobre o desempenho pessoal. Outros resultados sugerem que o medo da avaliação positiva está associado a comportamentos de submissão; por outro lado não apresenta correlações significativas com a depressão, a sensibilidade e ansiedade, o perfeccionismo e a auto-compaixão. Pelo contrário, o medo de avaliação positiva encontra-se correlacionado com o medo de ser objecto de escrutínio dos outros. De facto, os dados sugerem que o medo de ser objecto de escrutínio dos outros e o medo das interacções sociais apresentam as correlações mais significativas com o medo de avaliação positiva em comparação com os índices de psicopatologia (depressão, ansiedade e *stress*).

Weeks e colegas (2008) argumentaram, assim, que os dados sugerem que o medo da avaliação em geral é importante para a definição e compreensão da ansiedade social. A ameaça social pode ser qualquer experiência de conspicuidade ou auto-consciência em que a pessoa possa receber ambas avaliações positivas ou negativas das outras pessoas. Mais, segundo Weeks e colegas (2008), o medo da avaliação positiva está associado ao enviesamento de “*des-*

qualificação do positivo". Por outras palavras, os ansiosos sociais rejeitam as experiências positivas e desqualificam as experiências sociais positivas ou as consequências sociais positivas ao desenvolverem explicações para o seu sucesso que não se centram nas suas capacidades e talentos sociais. Deste modo, os ansiosos sociais sempre que recebem *feedback* positivo, acham que é falso pois não está de acordo com as percepções negativas que mantêm sobre si próprios. Logo, os ansiosos sociais experienciam ansiedade quando desempenham bem uma tarefa e são elogiados e bem sucedidos pois experienciam estas experiências de forma negativa e aversivamente. Estes dados sugerem, assim, que a ansiedade social e o conseqüente medo da avaliação positiva estão associados a níveis baixos de afecto positivo e de outras experiências psicológicas positivas, tais como a curiosidade (Kashdan, 2007).

Weeks e colegas (2008) concluem referindo que os ansiosos sociais mostram um "enviesamento" da atenção para os aspectos negativos do *self* (valorizando as qualidades negativas), enquanto, por outro lado, minimizam os aspectos "positivos" do *self*. Por exemplo, os ansiosos sociais podem ter uma auto-imagem em que eles(as) são nervosos não sendo portanto pessoas agradáveis nem divertidas e, por vezes, acham também que as outras pessoas ocasionalmente (e temporariamente) ficam com a ideia errada e acham que são divertidos(as). Quando as outras pessoas cometem esses "erros", o ansioso social prefere demonstrar os aspectos negativos antes que as outras pessoas esperem mais dele(a) do que ele(a) acha que pode dar. Sendo assim, a ansiedade social é caracterizada pela valorização do negativo e desvalorização do positivo.

1.8.3. Dados sobre as bases neurológicas dos "enviesamentos" de processamento de informação na ansiedade social

A literatura apresenta dados sobre as bases neurológicas do processamento de informação na ansiedade social. Muitos dos "enviesamentos" cognitivos presentes na ansiedade social estão relacionados com o processamento das expressões faciais. Estudos que usaram a ressonância magnética (funcional ou TAC) sugerem que os indivíduos da população geral, que apresentam índices de ansiedade social, demonstram a activação da amígdala na percepção das expressões emocionais das faces. Autores como Schneider e colegas (1999) descobriram, recentemente, que os pacientes que sofriam de ansiedade social apresentam uma activação significativa da amígdala durante uma condição de condicionamento aversivo de faces com base afectiva "neutra" em comparação com os controlos não-clínicos. Logo, a amígdala que é normalmente associada a respostas de medo parece ter um papel importante no processamento "enviesado" e distorcido de informação facial pelos ansiosos sociais. Mais, os estudos prevêm também a utilização de um determinado mecanismo de atenção específico na ansiedade social já que os ansiosos sociais podem demonstrar tanto vigilância e respectiva detecção e enviesamento atencional para os estímulos faciais como o evitamento. De facto um estudo por MacDonald e colegas (2000) apresentou dados a favor do papel central do córtex pré-frontal para os "enviesamentos" de atenção. Mailizia e colegas (1997) relataram uma activação significativa do córtex dorso-lateral pré-frontal nos ansiosos sociais, quando estes(as) estavam a demonstrar sintomas de ansiedade numa situação específica.

Em conclusão, a atenção focada no *self* e a auto-monitorização são características proeminentes da ansiedade social, visto que há já alguma evidência que revela as bases neurológicas destes processos nos ansiosos sociais.

1.8.4. A importância dos comportamentos de segurança e do evitamento na ansiedade social (Pinto-Gouveia e colegas, 2003)

34

Autores como Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador (2003) estudaram a fundo a importância dos comportamentos de segurança e do evitamento das situações para a permanência ao longo do tempo dos sintomas de ansiedade social. À luz do modelo de Clark e Wells (1995), Pinto-Gouveia e colegas argumentaram que o medo das situações sociais não é o único aspecto geral da ansiedade social, mas também a presença de comportamentos de segurança e do evitamento das situações sociais, já que os instrumentos de diagnóstico deverão incluir itens sobre o grau de evitamento das situações sociais. Os comportamentos de segurança são, assim, definidos como uma variedade de comportamentos que os ansiosos sociais demonstram em situações sociais, visto que estes ajudam a reduzir o risco da avaliação negativa dos outros e previnem o aparecimento das consequências temidas pelos ansiosos. Estes comportamentos estão associados a determinadas consequências específicas temidas pelo ansioso, visto que podem ser “abertos” (*e.g.* meter as mãos nos bolsos para que os outros não vejam o ansioso a tremer) ou “velados” (*e.g.* pensar muito cuidadosamente sobre o que se vai dizer para evitar fazer figura de parvo(a)). Os comportamentos de segurança desempenham uma função importante ao serem factores de manutenção dos comportamentos ansiosos, já que impedem a desconfirmação do negativo (ao fazer com que o ansioso atribua a não ocorrência das consequências temidas numa determinada situação social à utilização de comportamentos de segurança específicos), fazendo com que os sintomas de ansiedade se agravem, contaminando a situação social (Pinto-Gouveia e colegas, 2003).

Pinto-Gouveia e colegas (2003) face à falta de validade da maioria dos instrumentos apresentados pela literatura para medirem a ansiedade social, desenvolveram uma escala com o intuito de medir um tipo de comportamento de segurança, o evitamento da situação social temida. De facto, embora a identificação e a mudança dos comportamentos de segurança tais como o evitamento das situações sociais sejam componentes essenciais da terapia cognitiva utilizada na ansiedade social, a literatura apresentava uma lacuna metodológica ao não apresentar medidas que avaliassem esse tipo de comportamentos (Pinto-Gouveia e colegas, 2003).

De acordo com a experiência clínica e o conhecimento das características da ansiedade social estes autores desenvolveram a *Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social* (EAESDIS). A EAESDIS é um questionário de auto-resposta que mede o grau de ansiedade e de transtorno e de evitamento não só de uma grande variedade de situações sociais, algumas específicas (medo de escrever perante os outros) e outras gerais (medo de encontros sociais), mas avalia também outros construtos associados à ansiedade social (tais como o medo de mostrar os sintomas de ansiedade, *e.g.* de corar, ou ainda a atenção “enviesada” para o *self* como, por exemplo, estar consciente do tom de voz). Estes autores aplicaram a EAESDIS em três amostras diferentes: pacientes que sofriam de ansiedade social, pacientes que sofriam de outros distúrbios de ansiedade e indivíduos da população geral que não apresentavam um historial clínico para avaliarem o grau de evitamento das situações sociais e a associação entre este comportamento de segurança e a sintomatologia da ansiedade social. Os resultados sugerem a validade e fiabilidade da escala como medida de ansiedade social, já que não se observaram diferenças entre os ansiosos sociais e os pacientes que sofriam de outros distúrbios de ansiedade para os totais de ansiedade/transtorno e de evitamento das situações sociais, o que indica que clinicamente os critérios de diagnóstico para a ansiedade social geral incluem indivíduos que apresentam medo de várias situações, enquanto os critérios de fobia

social (específica) incluem indivíduos que só apresentam medo de certas situações sociais. Os resultados sugerem também associações estatisticamente significativas entre as duas dimensões da escala: *ansiedade/transtorno e evitamento* com outras medidas de ansiedade social (medo das avaliações negativas). Pinto-Gouveia e colegas (2003) concluem argumentando que a escala é um instrumento válido para a ansiedade social, e que permite estudar componentes de ansiedade social, que não são normalmente estudados, tais como os comportamentos de segurança, o que faz por sua vez com que a escala seja usada não só como um instrumento de diagnóstico mas também que providencie informação sobre o efeito dos comportamentos de evitamento na resistência à terapia e na persistência dos sintomas de ansiedade.

Outros estudos apresentam dados a favor do papel central dos comportamentos de segurança na ansiedade social. Por exemplo, Curtis e Miller (1986) pediram aos estudantes para terem uma conversa com outra pessoa. Após a conversa, os estudantes recebiam *feedback* falso de cariz positivo (a outra pessoa gostou de ti) *versus* negativo (a outra pessoa não gostou de ti). Depois de receberem o *feedback* os estudantes teriam que conversar mais uma vez com a mesma pessoa. No final da conversa, as pessoas teriam que classificar cada um dos estudantes com quem tiveram uma conversa. Os resultados demonstram que os estudantes que recebiam *feedback* negativo (pensavam que a outra pessoa não gostava deles) eram classificados como sendo mais frios, menos simpáticos e menos abertos pelos seus parceiros de conversa. Um outro estudo por Alden e Beiling (1998) solicitava a indivíduos ansiosos sociais *versus* indivíduos não-ansiosos sociais para participarem numa tarefa de interação social que apresentava duas condições em que eles(as) eram levados(as) a acreditar que a outra pessoa iria percebê-los de forma positiva ou negativa (condições de percepções positivas *versus* negativas). Os resultados demonstraram que os indivíduos ansiosos sociais apresentam mais comportamentos de segurança e induziram mais respostas negativas dos seus parceiros de interação social quando estavam presentes na condição de percepções negativas dos outros, do que quando estavam presentes na condição de percepções positivas dos outros. Em conclusão, os resultados destes estudos concedem suporte à ideia que os comportamentos de segurança ajudam a manter a ansiedade, pois os indivíduos, ao demonstrarem esse tipo de comportamentos, fazem com que os outros reajam de forma fria e antipática confirmando as suas teorias das mentes dos outros sobre si próprios.

CAPÍTULO II

Teorias Evolucionárias: o caso da teoria das mentalidades sociais e os mecanismos psicológicos e comportamentais da paranóia e da ansiedade social

Teorias Evolucionárias e o aparecimento de mecanismos psicológicos

Perspetiva Evolucionária: os processos cognitivos e consequentes respostas da paranóia

Evolução dos mecanismos da auto-estima humana

Modelo Evolucionário das defesas “inertes”

Modelo Evolucionário da “vinculação”

Teoria Evolucionária do “ranking” social

Teoria das Mentalidades Sociais

A teoria das mentalidades sociais e a paranóia

O estilo atribucional e a paranóia

Teoria das mentalidades sociais e a ansiedade social

Semelhanças e diferenças entre a paranóia e a ansiedade social sub-clínicas

Conclusões

Capítulo II

Teorias Evolucionárias: o caso da teoria das mentalidades sociais e os mecanismos psicológicos e comportamentais da paranóia e da ansiedade social

II.1. Teorias Evolucionárias e o aparecimento de mecanismos psicológicos

“The human race’s prospects of survival were considerably better when we were defenceless against tigers than they are today when we have become defenceless against ourselves.”

Arnold J. Toynbee

A psicologia evolucionária está interessada em estudar a estrutura cognitiva e evoluída da mente. Os psicólogos evolucionários argumentam que existiram grandes mudanças progressivas desde que a mente humana evoluiu num ambiente ancestral até aos dias de hoje e que os comportamentos observáveis podem, ou não, neste preciso momento serem adaptados ao meio social.

A psicologia evolucionária tem como objecto de estudo os mecanismos psicológicos ou, como são por vezes chamados os “*algoritmos Darwinianos*”, ou seja, os mecanismos inatos de aprendizagem social que evoluíram em populações ancestrais de modo a organizarem a experiência em esquemas com significados sociais e adaptados ao meio.

Sendo assim, os problemas e consequente *stress* social que existiam nos ambientes ancestrais das sociedades primitivas são para a psicologia evolucionária extremamente valiosos. Os problemas ou “*ameaças sociais*” são os seguintes: encontrar um parceiro social, conseguir manter relações sociais de reciprocidade e cooperação, evitar indivíduos maldosos, adquirir e manter estatuto social, protecção contra potenciais inimigos, capacidade de comunicação e negociação com os outros e de manter a coesão do grupo, etc. Segundo a psicologia evolucionária, estas ameaças e consequente *stress* social, que advém das relações interpessoais e dos problemas de interacção social, têm um grande impacto no desenvolvimento da mente humana. Mais, de acordo com a psicologia evolucionária, os mecanismos (próximos) para lidar com estas ameaças sociais evoluíram através do processo da selecção natural. Logo, postula-se que a paranóia sub-clínica possa ser o resultado de um processo produto da evolução humana, ou seja, um *algoritmo Darwiniano* (“*Darwinian Algorithm*”) (Gilbert, 1998a).

A investigação nas organizações e grupos sociais propôs a ideia de que certos contextos e valores sociais podem ajudar a construir um esquema “paranóide” sobre o ambiente social e consequentes explicações sobre determinados comportamentos e atitudes dos outros..

Torna-se assim razoável pressupor que os humanos comecem a perceber “ameaças” a si próprios e a assumir que poderão perder a posição social, e a serem ameaçados pelos outros num sistema social, onde as relações hierárquicas e questões de poder e estatuto social são muito importantes.

Nas sociedades primitivas, a luta constante pelo território, comida, parceiros sexuais e recursos é extremamente importante; logo torna-se vital que se esteja permanentemente em vigília e atento(a) a sinais que indiquem a possibilidade de uma “ameaça”. Deste modo e numa perspectiva evolucionária, o que acontecia numa sociedade primitiva também continua a acontecer nas sociedades modernas, já que faz parte da evolução social e da consequente adaptação ao meio. Os seres humanos continuam a ter que competir pelos recursos, estatuto social e parceiros sexuais (Kramer, 1998). É possível que algumas pessoas se sintam extremamente ameaçadas e pensem que estão em perigo, quando têm estado em conflito com os outros e em situações competitivas por muito tempo, ou quando foram sujeitas a críticas e humilhações que ameacem a auto-estima pessoal, auto-conceito e a posição social que detêm.

II.1.1. Perspectiva Evolucionária: os processos cognitivos e consequentes respostas da paranóia

Têm-se vindo a argumentar que a paranóia sub-clínica é o resultado de mecanismos psicológicos evoluídos que respondem a ameaças físicas e predominantemente a perigos sociais. Nesta secção, discutem-se as características-chaves destes mecanismos. Deve-se notar primeiro que tudo, que estes mecanismos são produtos da evolução humana promovendo pensamentos que são adaptativos, em vez de lógicos. De facto, os humanos apresentam uma tendência natural para errar e para demonstrarem enviesamentos cognitivos, ao serem cautelosos e ao responderem a ameaças percebidas de forma rápida e simplista – a regra “*melhor seguro do que arrependido*” (“*better safe than sorry rule*”) (Gilbert, 1998b).

A noção da *simplificação cognitiva* (Miller, 1956) é uma das descobertas bem estabelecidas e consistentes nesta área. Autores como Miller demonstraram que, ao longo de diversas tarefas cognitivas, as pessoas demonstram de forma consistente uma limitação da capacidade de processamento de sete itens mais ou menos dois (p. 86). Os seres humanos simplificam o mundo e a informação que está disponível com o intuito de poderem responder às situações de forma eficaz e adaptativa. Easterbrook (1959) descobriu que quando o indivíduo é sujeito a situações de *stress*, este(a) usa ainda menos dicas e informação do que o normal. Janis & Mann (1977) denominaram este comportamento de “rigidez perante as ameaças” e descreveram-no como sendo caracterizado por um “enviesamento” da atenção que é focada num aspecto em particular, pela distorção do significado das mensagens de “aviso”, pela vigilância exacerbada de possíveis ameaças no meio ambiente, e ainda pela construção de racionalizações que minimizam ou exarcebam as consequências negativas (dependendo do esquema cognitivo individual) (p. 50). Mais, esta “rigidez cognitiva” está associada a respostas comuns às ameaças.

Gilbert (1998b) desenvolve estas noções na sua teoria evolucionária e propõe que os seres humanos utilizam um processamento rápido e simplista, ao focarem em aspectos específicos perante situações de ameaça percebida. Gilbert propõe a existência de um sistema primitivo de *percepção-resposta* que utiliza processos cognitivos muito “crudes” e simplistas, que têm uma base afectiva e na maior parte das vezes são inconscientes. Este sistema é, assim, activado e direccionado por sentimentos de ansiedade (luta ou fuga) e é caracterizado por: hipervigilância; simplificação perceptual; visão canalizada para certos aspectos do meio ambiente;

heurística automática e rápida; percepções simplistas; uso limitado dos recursos; categorização da informação; “enviesamento” da atenção para certos estímulos e má co-ordenação das memórias. Este sistema é bastante eficaz para lidar com as situações a curto prazo, visto que por vezes os indivíduos usam distorções cognitivas, ou algoritmos que são organizados em padrões de comportamento que informam o indivíduo como se deve comportar. Diversos autores apresentaram conceitos semelhantes como, por exemplo, arquétipos (Cosmides, 1989), “*imagoes*” (Bruner, 1996) e estereótipos (Tversky & Kahneman, 1974).

Gilbert (1998b) apresenta ainda outros postulados em que pressupõe que este sistema de tomada de decisões rápidas e automáticas é um método que, por vezes, é eficaz e que usa o afecto e a informação integrada de forma cruda. Sendo assim, este sistema é particularmente útil como estratégia para lidar com uma potencial ameaça física, já que é necessária uma decisão rápida e decisiva. Por outro lado, Gilbert propõe também a existência de um outro sistema de processamento de informação que utiliza a “reflexão” e formas dedutivas de raciocínio lógico para a construção de paradigmas do mundo social (p. 449). Este tipo de raciocínio, no entanto, pode ser sempre interrompido por experiências de *stress*, o que resulta num funcionamento cognitivo fragmentado (Gilbert, 1998b). Ao contrário do outro sistema que é considerado primitivo, este sistema verifica a informação que é percebida para ver se é válida e monitoriza as respostas automáticas do sistema primitivo para verificar se são relevantes e apropriadas. Logo, este sistema evoluiu para monitorizar os “erros” que são usualmente provocados pela activação inapropriada do sistema “*bottom-up*” (de baixo para cima) que responde às situações de forma afectiva. O sistema “*top-down*” (de cima para baixo) de raciocínio complexo é responsável também pela inibição de qualquer resposta que seja inapropriada, visto que monitoriza a activação, permanência e desactivação das respostas do sistema de ordem baixa (“*bottom up*”) que é direccionado pela informação sensorial.

Sendo assim, assume-se que a paranóia (processo sub-clínico) é um produto do sistema primitivo de processamento de informação e da consequente percepção de ameaça.

II.1.2. Evolução dos mecanismos da auto-estima humana

Autores como Dixon (1998) propuseram, num contexto de uma perspectiva evolucionária da psicopatologia, uma ligação entre os comportamentos de defesa utilizados pelos animais e a auto-estima dos seres humanos. Dixon descreveu, assim, um tipo de processo evolucionário adaptativo ao meio social chamado de “*potencial de manutenção de recursos*” (*resource holding potential*) que se refere à capacidade em monitorizar o território, comida, parceiros sexuais, etc., ou seja, os aspectos essenciais à sobrevivência. Nesta óptica todos os comportamentos, que têm como objectivo impôr a monitorização e o controlo social dos recursos, são chamados de comportamentos *antagonistas e rituais*. “Antagonistas” porque são comportamentos que têm como por objectivo controlar o outro, “rituais” porque fazem parte da cultura social e são já padrões de comportamentos que estão bem estabelecidos dentro da sociedade. Este tipo de comportamento é uma demonstração social que evoluiu de modo a que se possa mostrar desagrado através da agressão verbal (exemplo: gritos dirigidos a um outro) e de forma a manter equilíbrio social e o *status quo* sem os custos da agressão física. Um exemplo desse tipo de comportamento nas sociedades humanas é a gargalhada sarcástica direccionada a um subordinado.

Gilbert (1998b) por sua vez, argumentou que os mecanismos cerebrais adequados foram melhorados com o intuito de decodificar e de apresentar comportamentos sociais atra-

vés da activação dos processos neuroquímicos apropriados que irão favorecer determinados comportamentos.

Por exemplo o neurotransmissor 5 hidroxitriptamina (Gilbert, 1998b) da categoria dos transmissores “excitatórios”, é suposto existir em grande quantidade no cérebro humano, sempre que um indivíduo é aceite num grupo. Por outro lado, quando o indivíduo é rejeitado ou perde algo num conflito social, os níveis deste neurotransmissor no cérebro baixam radicalmente.

De facto, a procura da aceitação pelos outros num grupo social é vital para a sobrevivência e o evitar de potenciais conflitos é necessário para manter relações seguras e de confiança. Logo, parece ser essencial que os humanos, tais como os animais, tenham consciência da sua posição na hierarquia social e do seu estatuto em relação aos outros, pois esta avaliação e comparação do estatuto social, poder pessoal e consequente aceitação social em comparação com os outros são resultados de mecanismos que evoluíram ao longo do tempo (Dixon, 1998). Estes processos de comparação social são considerados como sendo análogos, ou precursores da auto-estima social nos humanos (Dixon, 1998).

A tomada da consciência das experiências de ser um subordinado(a) (Gilbert, 1992) é um aspecto importante para a percepção da posição individual na hierarquia social. Esta noção depreende que o indivíduo reconheça que se encontra numa posição inferior na hierarquia social em comparação com outros indivíduos que detém poder sobre ele (a). Deste modo, este processo de avaliação da posição individual na hierarquia social e consequente comparação dos talentos e capacidades pessoais com os outros, está associado a sentimentos de vergonha e a comportamentos de submissão que, por sua vez, têm sido relacionados com a presença de muitas formas de psicopatologia, em particular da depressão (Gilbert & Allan, 1998). Quando um indivíduo faz parte de um grupo, ele(a) procura a aceitação dos outros, visto que ele(a) consegue-a através da apresentação de comportamentos de submissão perante as autoridades e os indivíduos poderosos de modo a evitar conflitos com elevados custos sociais. Logo, tanto a vergonha como a submissão podem estar associadas a sensações de insucesso, inutilidade e falta de poder e ainda a uma auto-estima baixa.

De facto, quando os indivíduos são postos de parte e rejeitados pelos outros, eles(as) sentem-se extremamente vulneráveis e transtornados porque os humanos como consequência da evolução, adaptaram-se ao meio ambiente ao moldarem as suas necessidades e ao satisfazê-las no contexto de relações humanas complexas e pela formação de grupos. Sendo assim, torna-se plausível que os indivíduos que se sintam diferentes dos outros e como consequência não se conformem nem sejam aceites por um grupo social, apresentem sentimentos e ideias “paranóides”. Por outras palavras, estes indivíduos começam a acreditar que o grupo social que os rejeita pretende cometer injúrias contra eles(as), excluindo-os de forma deliberada e propositada (Kramer, 1998).

Concluindo, à luz de uma perspectiva evolucionária, os sistemas sociais evoluíram de forma a que os indivíduos tenham que lutar pela aceitação social e pelo direito a pertencerem a um grupo. Torna-se, assim, razoável assumir que o indivíduo comece a elaborar ideias de ser excluído pelos outros e que estes(as) tencionam magoá-lo(a), sempre que as normas sociais não sejam aceites pelo próprio, ou quando este(a) se encontra envolvido(a) numa competição indutora de *stress*. Estas crenças da malevolência iminente dos outros contra nós são extremamente importantes para a sobrevivência, já que se o indivíduo não faz parte de um grupo social ou não se conforma com as regras; ele(a) tem que ter consciência das intenções de uma autoridade

de superior em relação a si próprio, mesmo que estas não sejam verdadeiras. Logo, “*tem que se ter cuidado com o que se passa nas nossas costas*”.

II.1.3. Modelo Evolucionário das defesas “inertes”

O modelo evolucionário das *defesas inertes* concentrou-se, assim, nos problemas psicológicos que advém da perda de controlo sobre o *stress* (Dixon, 1998). Este modelo sugere que sempre que um indivíduo ou um animal são ameaçados, eles(as) estão extremamente motivados para escaparem ou para demonstrarem comportamentos agressivos o que, por sua vez, leva ao aumento dos níveis de *stress*. No entanto, muitas das defesas, como o *fight* ou *flight* foram desenvolvidas com o intuito de serem utilizadas a curto-prazo, visto que sempre que são activadas mas estão bloqueadas ou “inertes”, faz com que haja uma activação consequente do *stress* crónico nestes sistemas, exercendo, assim, uma descida no afecto positivo. Embora as noções do controlo pessoal e da atribuição do controlo sejam importantes para este modelo, este concentra-se especificamente nos “*outputs*” bloqueados do sistema de defesa (*e.g.* “*entrapment*”/ e a raiva suprimida). Este modelo tem sido aplicado em terapia e os dados sugerem que a importância da consciência das defesas possíveis e activas (*e.g.* como a *fight/flight* submissão e dependência dos outros) que podem estar desreguladas, inertes ou bloqueadas e a distinção desses processos dos que estão por detrás das atribuições de controlo, podem ser importantes para a formulação verbal das dificuldades dos pacientes no contexto clínico. De facto, por um lado, os estudos sugerem que há evidência a favor do papel da amígdala (centro emocional do cérebro) nos distúrbios das respostas *fight/flight*. Por exemplo, um estudo de Davidson e colegas (2002) verificou mudanças na actividade da amígdala na depressão que, segundo estes autores, poderiam estar por detrás das experiências de ansiedade, irritação e “ataques de raiva”. Por outro lado, um estudo por Gilbert (2000) descobriu uma associação significativa entre a depressão e os sentimentos de “*entrapment*” e de “*raiva suprimida*”. Os indivíduos deprimidos sentem que não conseguem controlar as situações e mudarem as suas vidas porque faltam-lhes recursos, alternativas, um sistema de apoio social ou porque têm vergonha ou culpa.

Gilbert sugere, então, que os pacientes que aparecem nos serviços de psiquiatria usam cada vez mais, formas defensivas de processamento de informação para construir modelos de si próprios e do mundo (1998b, p. 459). Por “defensivo” deve-se entender como os comportamentos associados à evolução da sobrevivência individual (*e.g.* evitar a rejeição do grupo social ao demonstrar comportamentos submissos perante membros dominantes). Deste modo, segundo Gilbert (2002) podem-se observar nos pacientes, a apresentação de vários tipos de comportamentos defensivos que diferem entre si de acordo com as suas funções. O tipo de comportamentos defensivos mais comuns são os comportamentos de *fuga defensiva* que têm como função proteger o indivíduo da ameaça e de dissuadir o agente ameaçador de provocar dano e de *fuga*, que por sua vez, distanciam o *self* da ameaça, reduzindo assim a activação defensiva (os comportamentos agressivos). Os comportamentos de *submissão*, o *esconder-se* e / ou *camuflagem*, têm como objectivo por um lado, inibir os comportamentos de ameaça a si mesmo (*e.g.* desafiar os outros) e desactivar as actuais ou possíveis agressões dos outros, por outro lado, procurar um refúgio para evitar ser visto e / ou ocultar o *self* e impedir a demonstração de sentimentos internos. Estes comportamentos são evitantes e pretendem que o indivíduo passe despercebido, não sendo considerado pelos outros como uma potencial ameaça. Gilbert (2002) descreve também comportamentos defensivos de *corte/separação* que têm como função o cortar contacto com pistas e agentes elicitadores de ameaça (*e.g.* tapar os olhos, virar as cos-

tas) e comportamentos de *desmobilização a curto prazo* e a *longo prazo*. Os comportamentos de desmobilização a curto prazo, tais como o *congelamento* (*defesa inerte*: “freeze”) e o desmaio têm o objectivo de reduzir a actividade num contexto ameaçador, de modo a que o agente da ameaça pense que o indivíduo não constituiu ameaça para si próprio, pois não é capaz de o (a) enfrentar. Os comportamentos de desmobilização a longo prazo como a *desocupação* e a *desmobilização* em ambientes altamente ameaçadores provocam por sua vez um humor depressivo, sintomas de cansaço e anedonia. Por último, os comportamentos defensivos de *procura de ajuda* têm como função obter a ajuda e protecção dos outros, tentando reassurar os outros, para obter co-operação, empatia, apoio e solidariedade. Este tipo de comportamentos não são normalmente utilizados por indivíduos que apresentam distúrbios psicológicos como a ansiedade social (Gilbert, 2002).

Estudos em suporte deste modelo foram elaborados por Dixon (1998). Dixon (1998) argumentou que as estratégias etnológicas para a defesa em ambos, animais e seres humanos, consistem em comportamentos agressivos ou de fuga e evitamento. O comportamento de fuga é mantido com o intuito de evitar o perigo e o dano pessoal, visto que assume formas dinâmicas ou estáticas, precedendo também todas as outras actividades incluindo o comportamento social. Logo, o comportamento de fuga faz parte de um sistema “*bottom up*” direccionado pelos sentidos que responde automaticamente e de forma não controlada ao meio ambiente. Deste modo, os humanos e os animais sempre que conseguem escapar à ameaça, exibem determinadas estratégias características de defesa. As estratégias defensivas utilizadas pelos seres humanos são as seguintes: posturas crípticas, como por exemplo, a imobilidade, a vigilância “coberta” do meio ambiente (i.e. os animais estão atentos a qualquer mudança no ambiente, embora pareçam não estar), evitamento do olhar e os “*cut-offs*” ou comportamentos de evitamento e de “corte” (i.e. os humanos evitam olhar directamente para o agente perigoso como tentativa de demonstrarem submissão, a intenção de não-violência, ou de não combaterem ou, por outro lado, de forma a concentrarem-se numa resposta de ataque ao bloquearem a entrada de estímulos afectivos que possam desconcentrá-los eventualmente). Sendo assim, Dixon (1998) argumentou que o comportamento de “*cut-off*” que reduz o “*input*” de estímulos que evocam respostas de fuga e evitamento é especialmente visível nos pacientes que sofrem de delírios paranóides, onde assume uma forma extrema. Ou seja, os perfis da orientação do olhar dos pacientes paranóides são compostos pelo fechar de olhos e pela orientação do olhar para outros estímulos que não o agente da ameaça percebida sendo tentativas para mascarar as suas presenças e para o evitar da atenção directa do agente perigoso direccionado para eles(as). Mais, esta resposta de evitamento, fugindo “à atenção” dos outros e evitando estar na “ribalta”, está presente sempre que se percebe uma ameaça próxima e quando as respostas de fuga estão comprometidas. Dixon (1991) apresentou dados que suportam estes pressupostos. Dixon (1991) propôs a hipótese que os pacientes que sofriam de delírios paranóides apresentariam comportamentos “*cut-off*” tais como o evitamento do olhar sempre que sejam impedidos de fugir e de escapar a um agente potencialmente perigoso. Sendo assim, observou-se numa entrevista com pacientes que sofriam de delírios paranóides que estes(as) demonstravam um padrão do olhar demasiadamente polarizado, ou seja, ora eles(as) olhavam fixamente para o entrevistador ou direccionavam o olhar para outro lado, evitando, assim, o contacto visual, i.e., cortando o contacto com a outra pessoa. Mais, estes pacientes olhavam para o terapeuta ou baixavam as suas cabeças em sinal de submissão ou orientavam o seu olhar para outro lado, cortando o contacto visual com o próprio. Estes comportamentos davam a impressão dos pa-

cientes estarem a vigiar o ambiente à procura de sinais eventuais de ameaça ao inspecionarem de forma velada o que se passava (i.e. pelo “canto do olho”), e assim assinalando a sua prontidão para a fuga. Os padrões do olhar dos pacientes incluíam também olhar para outros estímulos que não a as ameaças percebidas (i.e. evitamento e corte do contacto social), olhar para todo o lado ou mesmo fechar os olhos, i.e., “*cut-offs*”. Deste modo, os perfis dos padrões dos olhares dos pacientes que sofriam de delírios paranóides eram polarizados, visto que ou “olhavam para” em direcção ao agente potencialmente perigoso, ou “evitavam o olhar” e tentavam escapar ao que se passava (tentavam fechar os olhos ou não focavam o olhar num sítio).

Embora este estudo tenha providenciado dados interessantes, apresentou problemas metodológicos que podem ter interferido com os resultados. Um problema metodológico consistiu no facto de embora haver um observador “externo” e “naïve” que observava o comportamento dos pacientes que sofriam de delírios persecutórios e registava os padrões de olhar desses pacientes, o estudo não controlou a influência de variáveis parasitas que poderiam estar a influenciar o tipo de padrão do olhar (e.g. barulho) em vez da condição da doença mental. Apesar deste problema de controlo das variáveis, pode-se argumentar que as estratégias defensivas que são empregues pelos seres humanos nas situações sociais evoluíram de modo a providenciar conforto, segurança, evitando o perigo e consequentes danos psicológicos, físicos, sociais, económicos, etc. No entanto, este tipo de estratégias embora adaptativas a curto prazo, a longo prazo tornam-se inadaptadas ao ambiente já que levam a juízos distorcidos e a avaliações erróneas das situações e, por consequência, ao elaborar de esquemas paranóides do mundo.

II.1.4. Modelo Evolucionário da “vinculação”

Belsky, Steinberg, & Draper (1991) sugeriram à luz do modelo evolucionário da “vinculação” que os ambientes da infância (nichos sociais) agem com o intuito de seleccionar as estratégias reprodutivas e sociais que a criança irá adoptar mais tarde (e.g. afiliação, vinculação romântica estável, investimento na descendência *versus* menos afiliação, isolamento, vinculação romântica instável e pouco investimento na descendência).

Gilbert (1989, 1993, 2002) argumentou segundo a teoria das mentalidades sociais que as crianças adaptam-se ao seu “nicho social” ao tomarem duas decisões “básicas”. Primeiro, as crianças avaliam a presença de possíveis ameaças e a consequente segurança do seu ambiente. Os ambientes ameaçadores estimulam os comportamentos de regulação do *stress* (*fight/flight* e submissão, Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995); os ambientes não-ameaçadores especialmente aqueles associados com o calor empático, por sua vez estimulam uma atenção mais relaxada e a presença do afecto positivo (e.g. comportamentos de curiosidade e de exploração) (Gilbert, 1993; Eisenberg, 2002). Segundo, as crianças têm que adoptar papéis específicos para os vários domínios sociais (e.g. cuidadores dos outros *versus* explorar os outros; competir por um lugar na hierarquia social *versus* afiliação segura). As crianças que estão presentes em ambientes inseguros, irão desenvolver orientações defensivas, visto que focam a sua atenção no poder que os outros têm de as magoar e de lhes causarem danos, de as rejeitarem e de envergonhá-las, estando deste modo, conscientes do seu estatuto social e do seu lugar na hierarquia. Esta consciência do seu lugar na hierarquia faz com que as crianças estejam extremamente atentas à dinâmica competitiva, já que necessitam de competir para ganharem o direito a um lugar na hierarquia, o que implica o aparecimento de preocupações sobre as relações de poder e respectiva inferioridade-superioridade e rejeição. Deste modo, perante a competição pelo lugar na hierarquia e as consequentes lutas com os outros, as crianças activam com-

portamentos de defesa tais como a submissão, o apaziguar, o evitamento ou a agressividade. Por outro lado, as crianças que estão presentes em ambientes seguros, demonstram uma activação menor em comparação com as outras crianças em ambientes ameaçadores, de emoções e de comportamentos de defesa, visto que apresentam, assim, uma possibilidade maior de serem capazes de desempenharem os papéis sociais de afiliação social e de aproximação dos outros e de cooperação. Deste modo, estas orientações pessoais para o mundo social tendem a ser utilizadas mais tarde no relacionamento com os grupos de colegas. Mais, os diferentes estilos sociais de relacionamento têm um impacto no ambiente social o que, por sua vez, pode levar a reforços de certas estratégias sociais. Por exemplo, as crianças ansiosas que são submissas são aquelas que são mais rejeitadas pelos colegas que não gostam delas. Este comportamento dos colegas confirma a “crença” da criança ansiosa que o ambiente e os outros são ameaçadores pois não gostam dela e irão rejeitá-la, demonstrando, assim, comportamentos de defesa caracterizados pelo evitamento e submissão (Spence, Donovan, & Brechman- Toussaint, 1999). Troy & Sroufe (1987) descobriram, assim, que as crianças com estilos de vinculação *evitantes* também eram vítimas de *bullying* por parte dos colegas.

Para além disso, à medida que as crianças entram na adolescência, começam a ficar cada vez mais preocupadas com o que os seus colegas pensam sobre elas e com a sua aceitação por parte do grupo social (Baumeister & Leary, 1995). As relações com os pares são importantes e os adolescentes podem competir pela aprovação social, aceitação, e popularidade entre os seus pares, já que são extremamente sensíveis à comparação social relativa ao seu estatuto social em comparação com a dos seus pares. As crianças que apresentam estilos de vinculação seguros entram na adolescência com um auto-conceito confiante, sentindo-se bem consigo próprias e com os outros, o que faz com que criem redes seguras de cooperação e de apoio social com os seus pares. Por outro lado, as crianças inseguras podem entrar na adolescência com auto-conceitos negativos, visto que sentem níveis elevados de ansiedade e demonstram comportamentos submissos e preocupações com o seu estatuto, recriando a dinâmica insegura da subordinação perante a ameaça percebida nas relações familiares.

De facto, a literatura apresenta evidência que sugere que as preocupações excessivas com o estatuto e o sentimento de inferioridade em relação aos outros, mais a tendência de demonstrar comportamentos de submissão e a crença que os outros rejeitam e olham-nos como sendo inferiores estão associadas a níveis elevados de sintomas de ansiedade e de depressão nos adultos (Allan, Gilbert, & Goss, 1994; Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 2000).

II.1.5. Teoria Evolucionária do “*ranking*” social

Price argumentou, à luz da perspectiva evolucionária, que os estados de “depressão, ansiedade e irritação” servem a função adaptativa de acabarem com os conflitos sociais mantendo, assim, a estabilidade da hierarquia social. Price (2003) observou assim que a ansiedade leva à reconciliação entre os chimpanzés que competem entre si numa luta ritualizada, propondo que nos humanos a depressão termina o conflito enquanto a ansiedade promove a reconciliação. Price argumentou também que os seres humanos e animais, que foram derrotados em conflitos sociais e perderam estatuto, são subordinados e constantemente ameaçados pelos indivíduos dominantes. Estudos sugerem que o *ranking* social pode afectar os sistemas fisiológicos dos indivíduos. Por exemplo, há evidência que sugere que os subordinados apresentam níveis mais elevados de *stress* (medido pelos níveis de cortisol no sangue) do que os animais dominantes, e demoram mais tempo a recuperar dos efeitos dos factores de *stress* do que os domi-

nantes (Sapolsky, 1989). Outros estudos sugerem que as demonstrações de ameaça por parte dos indivíduos dominantes são capazes de suprimir os níveis de serotonina nos subordinados (Gibert e McGuire, 1998). Grant e colegas (1998) relataram também que os receptores D2 (dopamina) nos macacos subordinados eram menos do que o normal, o que levou que estes autores argumentassem que o *stress* associado à subordinação produziu uma descida de receptores de dopamina. Shively (1999) descobriu também que o *stress* da subordinação social está associado à descida dos receptores D2 e a uma desregulação do sistema hipotalâmico-pituitário-adrenal (HPA). As trocas sociais de ameaça e perseguição dos dominantes sobre os subordinados podem ser uma marca das relações de poder entre crianças-pais; colegas ou parceiros românticos estando associadas a experiências de abuso. Sendo assim, nos humanos os indivíduos que têm um estatuto social mais baixo apresentam um risco acrescido para o desenvolvimento de distúrbios psicológicos associados ao *stress* relativo a essa posição social.

Deste modo, o modelo de *ranking* social admite que a derrota social no contexto evolucionário tem dois objectivos: regular os comportamentos dos humanos de forma a evitar o desafiar directo dos dominantes (ou a procura de recursos) que podem fazer com que estes ataquem ao mesmo tempo que se mantém um perfil vigilante e sem dar “nas vistas”; e para criar um impacto na mente do dominante que aceite a submissão e vê o indivíduo submisso como inibido, tímido e fora da acção, não sendo, assim, uma ameaça. Os comportamentos involuntários de derrota, tais como a submissão são, assim, activados para evitar conflitos e são inconscientes, escapando ao controlo e ao desejo pessoal. Nos humanos, as experiências subjectivas de derrotas e de inferioridade são extremamente importantes, já que estão associadas às percepções de insucesso pessoal e de falta de capacidade para competir por recursos sociais, tais como relações românticas, empregos seguros, recursos materiais, e recursos para diminuir o *stress* (Gilbert, 1992).

Sempre que os mecanismos adaptativos associados à ansiedade são eficazes, geram um ciclo adaptativo em que o indivíduo controla a situação. Em geral a ansiedade e a depressão são vistas como sendo adaptativas quando são desactivadas antes de serem demasiadamente intensas. Os mecanismos que são ineficazes para lidar com um conflito antagonista tendem a perdurar o que faz com que seja difícil desactivá-los, levando a que a acção continuada deste mecanismo instaure um ciclo indapitado com níveis de um aumento exponencial da depressão e ansiedade.

Por conseguinte, a competição antagonista (conflito de interesses) tem três consequências possíveis. Enquanto o ganhar está associado com um ciclo adaptativo, o perder tem duas consequências possíveis. Uma é a aceitação da perda, que é adaptativa sempre que a estratégia da *derrota involuntária* seja rapidamente desactivada, enquanto a outra envolve um desencorajamento relativo ao nível do desempenho, de tal modo que o indivíduo pensa que não tem capacidades para vencer. Os seres humanos estão programados para lidar com um número finito de perdas. Logo, um desencorajamento progressivo faz com que a derrota seja inevitável, o que por sua vez leva ao instaurar de um ciclo de inadaptação. Este ciclo pode persistir depois do conflito ter acabado resultando em estados de depressão ou ansiedade. A *estratégia involuntária de defesa* é gerada de maneira a promover a adaptação à perda. A derrota social é, assim, um factor de *stress* para a maior parte das espécies, visto que nos humanos parece ter um papel no aparecimento de distúrbios psicológicos como a depressão, ansiedade e *stress* pós-traumático (Huhnan, 2006). O desenvolvimento normal é composto por vários ciclos de adaptação. O *sistema de afecto positivo* responde a sinais de afiliação segura, de vinculação e de cuidados,

que têm um efeito apaziguador e calmante. Este sistema parece funcionar com hormonas como a oxitocina e os opiáceos. O outro sistema é excitatório e está associado aos comportamentos, cujo objectivo é o alcançar ganhos pessoais.

Pode-se diferenciar o calor e o afecto, da vinculação e segurança, já que o calor/afecto faz com que o indivíduo se sinta bem e active o sistema de vinculação, reduzindo o afecto negativo e a ansiedade. Os *sistemas de calor/afecto e de vinculação* são particularmente importantes no início das vidas, em que os pais agem como agentes de segurança e de apaziguamento da criança.

À medida que a criança cresce, o papel do sistema excitatório e de activação, que gera experiências de proficiência ganha importância acrescida. O ciclo de adaptação parece ser uma força vital, pois motiva o indivíduo para lutar para escalar na hierarquia social, tornando-se mais atractivo socialmente (i.e. mais acesso a recursos, etc.). Esta adaptação leva também a um sucesso maior a nível reprodutivo. O ciclo pode ser, no entanto, interrompido sempre que o indivíduo encontre adversidade e se esta for demasiada, o ciclo pode não funcionar. O ciclo de adaptação pode ser herdado, mas podem-se herdar os talentos que contribuem para a proficiência bem sucedida em determinadas áreas que leve aos ganhos nos encontros competitivos que por sua vez activam o ciclo adaptativo.

48

II.2. Teoria das Mentalidades Sociais

A teoria das mentalidades sociais argumenta a favor da existência de uma troca de sinais diversos que activam sistemas fisiológicos cerebrais específicos que por sua vez são responsáveis pela criação de diferentes papéis distintos no relacionamento interpessoal (Gilbert, 2002a).

As mentalidades sociais são definidas pela evolução da formação dos sistemas de papéis inatos (geneticamente programados) socialmente aperfeiçoados ao longo dos tempos visto que orientam também a criação de papéis na relação com os outros e ajudam na interpretação de determinados papéis que os outros procuram representar para com o indivíduo e monitorizam as suas respostas afectivas e comportamentais para com os outros. Gilbert (2002a) argumenta que as mentalidades sociais mais importantes são as que estão por detrás da formação dos seguintes papéis sociais: a solicitação e prestação de cuidados, a formação de alianças e a noção do estatuto individual na hierarquia/*ranking* e respectivo poder social e sexual. O ser humano demonstra, assim, um impulso inato para o alcance de objectivos já que a sua sensibilidade ao ambiente social influencia o amadurecimento das mentalidades sociais. O facto do indivíduo desempenhar diferentes tipos de papéis sociais faz com que este(a) percepcione a ameaça de várias formas no meio social, pois as suas percepções das ameaças influenciam a escolha de comportamentos de defesa a adoptar (comportamentos estes que evoluíram ao longo de séculos de aperfeiçoamento e adaptação ao meio social).

Segundo a teoria evolucionária das mentalidades sociais, os seres humanos e os animais aprenderam ao longo do tempo a estarem vigilantes a determinadas ameaças com o intuito de prevenir danos custosos. Para os psicólogos da perspectiva evolucionária das mentalidades sociais (exemplo, Marks e Nesse, 1994) as ameaças sociais são as seguintes: abandono parental e consequentes perigos para a criança; ameaças feitas por pessoas poderosas e dominantes; ameaças de exclusão e de ostracismo por membros do grupo de pares e ameaças de perseguição por membros de outros grupos sociais.

II.2.1. A teoria das mentalidades sociais e a paranóia

A teoria das mentalidades sociais argumenta que espécies diversas, incluindo os humanos, podem ameaçar, magoar, e matar os outros, pois a ansiedade e a consciência de tais comportamentos que podem infligir mal é extremamente adaptativa (i.e. permitiu a sobrevivência de membros da espécie). Quando o indivíduo percebe a ameaça como sendo externa (intenção hostil dos outros ou poder que detêm) então demonstrará um pensamento e ansiedade tipicamente “paranóides” (Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005).

A ansiedade paranóide caracteriza-se, assim, por vários tipos de medo, desde o medo que os outros provoquem um mal físico ou que matem o indivíduo, mas também o medo de exploração, decepção: o indivíduo demonstra baixa confiança nos outros, sensação de vulnerabilidade à injúria infligida pelos outros; suspeita e crença de que os outros têm intenções malévolas e a prontidão para usar a agressão como defesa.

A ansiedade paranóide, numa perspectiva das mentalidades sociais, pode ser específica a vários papéis sociais: medo de um subordinado perante uma figura de autoridade ou dominante; de parceiros sexuais; pode ser direccionada a grupos externos ou gangs; pode ser generalizada como um traço da personalidade e pode ainda operar ao nível do delírio e da psicose (Freeman, Garety, Kuipers, Fowler & Bebbington, 2002).

Gilbert e colegas (2005), numa perspectiva evolucionária das mentalidades sociais e da paranóia, argumentam, assim, que os indivíduos paranóides activam um sistema de vigilância de ameaça-defesa para lidar com o mundo social. Sistema este que é primitivo, baseia-se em informação sensorial e de cariz afectivo e apresenta respostas automáticas. Logo, os indivíduos paranóides apresentam em determinadas situações um ciclo vicioso de vigilância da ameaça, ansiedade e comportamentos defensivos do género *fight* ou *flee* (exemplo comportamentos de submissão, evitamento, agressão física, etc.) que são hipervalentes (seguem a máxima de “mais vale a pena prevenir do que remediar”).

Deste modo, as crenças paranóides estão associadas a respostas de defesa básicas e à sensibilidade à ameaça. Sempre que os mecanismos de detecção são activados e as respostas formuladas, estes direccionam automaticamente o processamento para a crença da *malevolência dos outros*. De facto, se a resposta imediata a uma ameaça é composta por sentimentos de raiva, então estes sentimentos estão associados a diversas tendências de acção (como por exemplo a agressão) mas também a certas disposições afectivas que afectam o processamento de informação (Lerner e Keltner, 2001). Esta tendência é denominada de “*tendência do processamento cognitivo*” em que o processamento de informação é guiado e activado pelo afecto ansioso, já que para o modelo evolucionário este tipo de sensibilidade à ameaça (geneticamente programado, condicionado ou influenciado pela meta-cognição) é essencial para a vulnerabilidade à psicopatologia e, neste caso, para o aparecimento de ideias paranóides (Gilbert e colegas, 2005).

As intenções negativas dos outros que são percebidas pelo indivíduo paranóide, por sua vez, levam a adopção de um comportamento submisso, de baixa comparação social (ou seja, estatuto baixo na hierarquia social e poder social em comparação com os outros) e de raiva. A raiva contribui para a ideação paranóide intensificando a ruminação, a sensação de mágoa e sensibilidade interpessoal, originando uma resposta de medo e perpetuando o ciclo das atribuições externas típicas da paranóia. Este ciclo vicioso parece ter sido o produto de um historial de trauma que consiste em experiências do abuso físico e da negligência e frieza por parte dos pais e de *bullying* por parte de colegas na infância, que levou a que os indivíduos paranóides adoptassem um estilo submisso, auto-monitorizador, e auto-censurador como forma

de defesa contra os pais, irmãos ou colegas hostis. Sendo assim, Gilbert e colegas (2005) assumem que os indivíduos “paranóides” foram vítimas de *bullying* na escola e de negligência ou abuso parental na infância e na adolescência devido às suas características pessoais, visto que estes eventos negativos poderão ajudar a perpetuar a crença de que os outros constituem uma ameaça grave.

Esta noção de vitimação do indivíduo paranóide dentro de um grupo social (família ou colegas) está associada ao postulado da teoria evolucionária da comparação social e a respectiva distinção do estatuto social baixo do indivíduo paranóide, o que implica que a ameaça social seja feita por alguém de estatuto social alto (i.e. uma autoridade, ou figura dominante) *versus* o estatuto social alto do indivíduo paranóide, o que implica por sua vez que a ameaça social seja provocada por alianças de indivíduos de um estatuto social inferior (normalmente subordinados).

A teoria evolucionária argumenta que os animais “omega”, que apresentam um estatuto inferior aos outros na sua hierarquia social, são muitas das vezes ameaçados e perseguidos pelos animais dominantes (exemplo, os machos alfa), o que faz com que estejam atentos às ameaças sociais. Este tipo de ameaça e de *bullying* dentro de um grupo tem sido associado à presença de comportamentos submissos perante os membros poderosos, apresentando características neurológicas que se caracterizam por alterações do nível de dopamina no cérebro (Grant e colegas, 1998). Mais, um estudo observou que ao dar anfetaminas aos animais “omega” que possuem um estatuto social baixo, faz com que estes aumentem os comportamentos de vigilância e de medo, escondendo-se dos outros, enquanto os animais “alfa” que possuem um estatuto social alto (dominantes) aumentam a sua vigilância das “ameaças” e apresentam comportamentos mais agressivos e predatórios (Harber, Barchas, & Barchas, 1981). Logo, os dominantes e subordinados segundo a teoria evolucionária podem ser “paranóides” por razões diferentes e usar defesas diversas. De facto, Sapolsky (1990) descobriu que existem tipos diferentes de machos alfa babuínos. Os machos dominantes de afiliação apresentam relações sociais com aliados e vinculações com as fêmeas, distinguindo entre uma ameaça séria ao seu estatuto e encontros sociais que são neutros ou moderadamente ameaçadores. Por outro lado, os machos dominantes agressivos (que apresentam níveis mais elevados de cortisol, i.e. uma hormona associada ao *stress*) apresentam menos comportamentos de afiliação e mais comportamentos agressivos mesmo perante ameaças moderadas. Para além disso, parecem estar mais atentos não só às ameaças externas (i.e. fora do grupo) como também às ameaças internas (i.e. dentro do seu grupo). Estes indivíduos parecem demonstrar comportamentos de insegurança relativamente à sua posição dominante e por consequência estão extremamente vigilantes às ameaças provenientes dos seus subordinados que podem contestar o seu estatuto e lutar por ele. Sendo assim, autores como Gilbert e colegas (2005) argumentam, à luz desta perspectiva, que este tipo de comportamento observado nos animais pode ser um traço de personalidade paranóide. Gilbert e colegas (2005) argumentam também que figuras históricas de líderes, ou seja, de indivíduos dominantes na hierarquia social, como Hitler e Estaline apresentavam ideias de perseguição, já que acreditavam que os outros conspiravam para os matar; logo a exploração dos temas de paranóia e os elementos psicológicos e atribuições associadas podem, então, estar associados a um grupo complexo de mentalidades sociais que direccionam os comportamentos dos indivíduos ao desempenharem os seus papéis dominantes ou de subordinação o que, por sua vez, poderá explicar a presença da ideia paranóide. As intenções negativas dos outros, que são percebidas pelo indivíduo paranóico, levam normalmente à adopção de um com-

portamento submisso (Freeman e colegas, 2005 *a*), de baixa comparação social (ou seja, baixo estatuto na hierarquia social e poder social diminuto em comparação com os outros) e de raiva (Ellet, Lopes e Chadwick, 2003). A raiva contribui para a ideiação paranóide intensificando a ruminação, a sensação de mágoa e sensibilidade interpessoal, originando uma resposta de medo e perpetuando o ciclo das atribuições externas típicas da paranóia.

II.2.1.1. O estilo atribucional e a paranóia

De acordo com os argumentos de Gilbert e colegas (2005) e de Mills e colegas (2001), as experiências de “ameaça” percebidas ao *self* dos indivíduos paranóides numa população normal têm um acesso directo a sistemas básicos de detecção de “ameaças”, já que experiência interna de “perigo” gera as explicações paranóides. Logo, as crenças paranóides podem estar, por vezes, associados ao *peçoalismo* (culpar os outros pelos eventos negativos), visto que a raiva e a agressão são defesas básicas que são despoletadas pela sensibilidade pessoal à ameaça. Deste modo, à medida que os mecanismos de detecção de ameaças e as respostas (*fight* ou *flee*) são activadas, dirigem automaticamente o processamento da informação segundo a óptica que os outros são a causa da ameaça e danos prováveis. Por exemplo, tem sido descoberto que, se a resposta imediata do indivíduo à ameaça é a agressividade, não só a raiva levará a diversas tendências de acção, mas também a tendências disposicionais para o processamento de informação. À luz do modelo evolucionário (Gilbert, 2001), são as sensibilidades individuais à ameaça (genéticas, condicionadas e ou influenciadas por processos meta-cognitivos) que são cruciais para a formação de vulnerabilidades à psicopatologia. Para além disso, a sensibilidade à ameaça externa pode estar associada a níveis de depressão clínica e baixa auto-estima (Gilbert e Irons, 2005). Portanto, as pessoas podem detectar ameaças e responderem de forma agressiva ou protegerem-se através de um estilo atribucional de defesa que pode ter um *locus* interno (auto-culpabilização), externo (culpabilização dos outros ou das circunstâncias externas) ou ambos. Esta ideia não é nova na literatura e está associada a um paradigma de investigação mais antigo que estudava na punição do *self versus* a punição dos outros pelos eventos negativos. Ambos os estilos podem coexistir e estão associados à presença de psicopatologia (Clay, Anderson e Dixon, 1993).

II.2.2. Teoria das mentalidades sociais e a ansiedade social

A teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 2001 *a b*) argumenta que a motivação para ser um membro valorizado e aceite por um grupo social é uma motivação básica e determinada pela evolução humana. Deste modo, à luz desta perspectiva, a ansiedade social é caracterizada pela ansiedade em mostrar uma “imagem positiva”. Com efeito, os indivíduos ansiosos não têm confiança nas suas capacidades para passarem essa imagem aos outros (Trower e Gilbert, 1989). Deste modo, o ansioso social monitoriza e está atento ao seu comportamento na “arena social”, que pode levar à rejeição e ao estigma dos outros. O conceito de ansiedade social é, assim, o medo de comportamentos gerados pelo *self* que elicitam ou induzem a rejeição, as críticas e a humilhação dos outros (Gilbert e colegas, 2005). Sendo assim, autores como Trower e Gilbert (1989) sugerem que os ansiosos sociais tendem a assumir em encontros sociais que irão causar uma má impressão nos outros. Logo, os recursos atencionais do ansioso social são desviados do contexto situacional para os estados fisiológicos e para os comportamentos que este pensa que são observáveis para as outras pessoas (*e.g.* as mãos a tremer). O ansioso social con-

trói, assim, uma imagem derivada da sua auto-consciência pública que se centra em como ele pensa que parece aos olhos dos outros, o que por sua vez leva a um aumento da ansiedade acerca da probabilidade de mostrar ansiedade ou de ser percebido como sendo indesejável e pouco atraente (*e.g.* esquisito, fraco ou entediante). No entanto, a ansiedade social pode ser desenvolvida pela demonstração de qualidades que são percebidas como sendo pouco atractivas aos olhos dos outros ou pela existência de problemas em controlar as funções corporais (Gilbert e Miles, 2002).

Sloman e colegas (2006) argumentaram, por sua vez, que os vários tipos de ansiedade têm origens evolucionárias diferentes, visto que todos eles podem ser compreendidos em grande parte através da teoria do *ranking* social. Por exemplo, um ataque de pânico pode ter as suas raízes no desejo de fuga, quando se antecipa que a continuação de um confronto tenha consequências perigosas. A *estratégia da derrota involuntária* (“*involuntary defeat strategy*”- IDS) (Sloman, 2000) é activada sempre que um indivíduo percebe a derrota numa luta hierárquica como sendo inevitável ou quando este falha noutras tarefas. A utilização desta estratégia está associada, assim, a sentimentos de falta de controlo, de falta de esperança, de inferioridade e de comportamentos desadequados. Deste modo, é uma estratégia elaborada para influenciar o indivíduo de forma a que este desista de certas aspirações como ganhar o afecto de um parceiro sexual, ou acabar com uma confrontação. Sendo assim, a estratégia da derrota involuntária pode levar a comportamentos de submissão e ao redireccionar da energia para outras tarefas. Esta estratégia é adaptativa, mas pode tornar-se inadaptada quando não é desactivada ou quando o indivíduo não consegue distanciar-se emocionalmente das consequências de um encontro social conflituoso. Sloman, propõe à luz destes argumentos, que a ansiedade geral pode alertar o indivíduo para a futilidade em desafiar um indivíduo mais poderoso. Deste modo, durante um encontro antagonista, a activação de níveis moderados de ansiedade e de certos comportamentos pode fazer com que o indivíduo seja capaz de competir de forma mais eficaz. No entanto, níveis demasiadamente elevados de ansiedade podem fazer com que o indivíduo seja incapaz de competir. Por outro lado, os ansiosos sociais podem ter medo, numa situação de conflito de interesses, que os outros mostrem agressividade e comportamentos de raiva contra eles(as), o que faz com que estes(as) adoptem estratégias da derrota involuntária. Sendo assim, os ansiosos sociais tentam reduzir o seu desconforto e o medo da agressão dos outros ao adoptarem uma atitude submissa e ao tentarem apaziguar os outros ao passarem a mensagem de que não constituem uma ameaça. Logo, as funções adaptativas destes estados de ansiedade podem ser compreendidas no contexto dos papéis sociais diferentes presentes nos encontros sociais de conflitos de interesses. O ansioso social adopta um papel submisso, não-conflituoso pois vê-se como sendo inferior aos outros.

Gilbert (1998*b*) sugere também, e de acordo com o que foi argumentado anteriormente, que a ansiedade social é activada e mantida através de sistemas de ameaça/resposta que instauram um ciclo vicioso de vigilância da ameaça e do monitorizar das características do *self* percebidas como sendo negativas e os consequentes comportamentos de segurança como o evitamento e a fuga de situações sociais indutoras de ansiedade (*i.e.* “*better safe than sorry*”). Deste modo, pode ser mais seguro em contextos de ameaça ao *self* evitá-los e fugir deles, do que não estar vigilante e não processar ameaças que são reais. Este ciclo vicioso de vigilância à ameaça, ansiedade e comportamentos defensivos e de segurança faz com que a ansiedade social perdure ao longo do tempo. De facto, estudos sugerem que o comportamento submisso e os sentimentos de inferioridade estão associados à ansiedade social (Gilbert, 2000 *b*).

Outros estudos sugerem também que os ansiosos sociais demonstram uma discrepância entre as percepções das suas capacidades e talentos individuais e as percepções que eles têm sobre o que os outros esperam de si próprios. Esta discrepância leva ao aumento de sentimentos ansiosos, pois os indivíduos querem mostrar uma imagem positiva, mas acham que não são bons o suficiente para o fazerem. De facto, um estudo demonstrou que os ansiosos sociais que recebem *feedback* positivo sobre o seu desempenho num encontro social, apresentam significativamente níveis mais elevados de ansiedade num encontro social posterior após o seu sucesso inicial, pois assumem que o sucesso levou a um aumento das exigências dos outros em relação ao seu desempenho e como consequência, a expectativas elevadas (Wallace e Alden, 1995).

II.3. Semelhanças e diferenças entre a paranóia e a ansiedade social sub-clínicas

Ultimamente tem sido apontada uma relação estreita entre a paranóia e a ansiedade, ou seja, os pensamentos paranóicos estão associados a níveis elevados de ansiedade (Martin e Penn, 2001). Além disso, Freeman e colegas (2005 *a e b*) argumentam que os pensamentos paranóicos advêm da percepção de situações de ansiedade social bastante comuns, tais como o medo da rejeição.

Apesar destes estudos, os sistemas de diagnóstico, como o DSM- IV (Diagnostic Statistic Manual- IV), separam os delírios paranóides da ansiedade social. Assim sendo, por exemplo, o paciente que apresenta ansiedade/fobia social, supostamente presta muito menos atenção do que um indivíduo paranóico às intenções hostis dos outros, preocupando-se, em vez disso, com o seu comportamento que pode levar à sua rejeição por parte dos colegas.

No entanto, embora a ansiedade social e os distúrbios paranóides sejam vistos como doenças diferenciadas que requerem tratamentos distintos, há razões para tomar em consideração as semelhanças entre a ansiedade social e as crenças paranóides (Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005).

Em primeiro lugar, tanto os indivíduos paranóides como os ansiosos sociais partilham a crença que são objecto de escrutínio e de atenção por parte dos outros, ou seja, apresentam um tipo de auto-consciência (Clark & Wells, 1995; Bodner e Mikulincer, 1993; Fenigstein e Venable, 1992). Os autores acima mencionados demonstraram ainda, através de uma manipulação experimental, que o aumento da consciência de aspectos pessoais e da sensação de estar a ser observado leva ao aparecimento de ruminações paranóides. Em segundo lugar, relativamente à atenção, tanto os paranóides como os ansiosos sociais prestam atenção a ameaças sociais (Fenigstein & Venable, 1992; Roth e Heimberg, 2001). No entanto, enquanto os ansiosos sociais mudam o foco da atenção para si próprios após perceberem a ameaça social - já que procuram competir pela aceitação dos outros - os indivíduos paranóides mantêm o foco da atenção nos outros, pois, à primeira vista, parecem mais preocupados em defenderem-se deles do que em lhes agradecerem (Gilbert, 2001 *a b*).

Em terceiro lugar, a ansiedade social e as crenças paranóides são caracterizadas pelas ideias de referência ou, por outras palavras e a título exemplificativo, um indivíduo paranóico ou um ansioso social quando ouvem alguém a rir-se numa festa vão assumir que este se está a rir deles. Em quarto lugar, os indivíduos que sofrem de distúrbios paranóides apresentam, também, níveis elevados de ansiedade social (Gilbert e colegas, 2005).

Em último, postula-se que tanto os ansiosos sociais como os indivíduos paranóides podem ter tido, no passado, experiências traumáticas na família ou na escola (Gilbert e colegas,

2005). De facto, à luz da teoria das mentalidades sociais, os humanos desempenham diversos papéis que têm uma base genética, sendo produto da evolução e que fazem com que os humanos demonstrem comportamentos segundo o seu estatuto definido pela hierarquia social. Logo, os seres humanos, por serem criaturas sociais, aprendem desde muito cedo a lidar com os conflitos sociais ao demonstrarem comportamentos de confronto ou de fuga. As pessoas adoptam comportamentos defensivos diferentes de acordo com o tipo de ameaça social, por exemplo, submeterem-se a um indivíduo poderoso ou ameaçar um subordinado, ou ainda chamar e procurar o pai desaparecido. As experiências de vitimação por *bullying* quer pelos próprios pais ou colegas são vistas como sendo ameaças que levam ao demonstrar de certos estilos de defesa (Gilbert, 1989, 1998, 2001a; Marks, 1987; Marks & Nesse, 1994), que promovem por sua vez, o aparecimento e a permanência de esquemas paranóides ou ansiosos.

O estudo de Gilbert e colegas (2005) concede suporte aos argumentos da paranóia estar associada ao direccionar da atenção para os outros enquanto que a ansiedade social está associada ao direccionar da atenção para si. Estes autores descobriram recentemente, num grupo clínico misto com diagnósticos que não incluíam psicose e personalidade paranóide mas ansiedade, depressão e distúrbios de personalidade, que a submissão está significativamente associada com a paranóia e com a ansiedade social; por outro lado, os sentimentos de inferioridade estão associados à ansiedade social. No caso da paranóia, se o nível de depressão for controlado, há uma relação significativa entre crenças paranóides e sentimentos de superioridade (i.e. de ter mais poder que os outros), demonstrando-se, ao contrário da ansiedade social, que a paranóia (se não tiver níveis elevados de depressão associados) está relacionada com um sentimento de superioridade. Gilbert e colegas (2005) argumentam, então, que pode haver diversos tipos de paranóides (“bad me” *versus* “poor me”, Trower e Chadwick, 1996) em que um é caracterizado por níveis elevados de depressão, ansiedade e submissão e o outro por um sentimento de superioridade com ausência de sintomas depressivos.

Em resumo, podemos considerar que os indivíduos paranóides apresentam semelhanças com os ansiosos sociais, visto que ambos crêem ser objecto de escrutínio por parte dos outros e ambos sofreram de experiências traumáticas na infância, tais como o “*bullying*”. No entanto, os indivíduos paranóides prestam mais atenção às ameaças do meio social, à inadequação ao meio e ao poder que os outros têm para infligir medo; enquanto os ansiosos, pretendem criar uma boa imagem e competir pela atenção positiva. Além disso, para os ansiosos o perigo reside numa faceta menos atraente de si próprios, enquanto no indivíduo paranóide o perigo reside nos outros e os recursos atencionais são usados para proteger o *self* (Fenigstein e Venable, 1992; Bentall, Kinderman e Kaney, 1994). Por outras palavras, embora os motivos sociais dos ansiosos sociais e dos paranóides sejam diferentes (os ansiosos sociais preocupam-se com a sua imagem perante os outros enquanto os paranóides parecem mais preocupados com o que os outros lhes podem infligir), ambos partilham o medo de que os outros possam ter o poder de lhes fazer mal. Logo, o perigo na ansiedade social reside numa faceta menos atraente de si próprios e no medo de “desapontarem” os outros e de mostrarem uma imagem negativa de si próprios, enquanto no indivíduo paranóide o perigo reside nos outros, no que estes podem fazer contra o indivíduo, já que os recursos atencionais são usados para proteger o *self* da ameaça percebida (Fenigstein e Venable, 1992; Bentall, 1994).

II.4. Conclusões

A teoria das mentalidades sociais apresenta explicações para os fenómenos de paranóia e ansiedade social sub-clínicas que se baseiam na evolução do sistema de vigilância/ defesa das ameaças percebidas no mundo social, pois enquanto na paranóia a atenção direcciona-se para o comportamento dos outros (i.e. ameaça externa), na ansiedade social após a detecção de uma ameaça provável, a atenção direcciona-se para os aspectos negativos do *self* que podem ser visíveis (i.e. ameaça interna). A activação deste sistema e os respectivos comportamentos de defesa, tais como os comportamentos de segurança (*e.g.* evitamento, agressão e submissão) fazem com que, por um lado, se instaure um esquema paranóide do mundo social, induzindo um estado permanente de alerta para uma possível injúria dos outros, sendo percebida como sendo intencionalmente perpetrada contra nós, e, por outro lado, mantendo comportamentos de ansiedade social (Gilbert, Boxall, Cheung e Irons, 2005). Daí, vários investigadores terem vindo a argumentar a favor das associações entre as “neuroses” e “psicoses”, com o intuito de “normalizar” a experiência da paranóia (Freeman e Garety, 2002).

CAPÍTULO III

Objectivos e metodologia

Objectivos da tese

Metodologia

Capítulo III

Objectivos e metodologia

III.1. Objectivos da tese

O paradigma a teoria das mentalidades sociais (Gilbert, Boxall, Cheung e Irons, 2005) e os estudos recentes na área da paranóia em “populações” normais (Freeman e colegas, 2008) serviram de base para a formulação dos seguintes objectivos:

1. O objectivo principal é o de analisar, medir a prevalência e compreender o fenómeno da paranóia sub-clínica no contexto Português, comparando-o com a ansiedade social sub-clínica em termos de perfis cognitivos, afectivos e comportamentais e de reacções a situações de *stress* social ou ambiental, com o intuito de estudar as semelhanças e diferenças entre os dois fenómenos.

2. O segundo objectivo tenciona aperfeiçoar os métodos de estudo da paranóia sub-clínica ao usar por um lado diversas medidas (*uni e multi-dimensionais*) da paranóia e, por outro lado, ao utilizar *designs* metodológicos diferentes que incluem não só os estudos transversais e correlacionais que são usualmente utilizados na literatura, mas também *designs quasi experimentais*. Estes *designs* tentarão por um lado recriar em laboratório situações de *stress* social causados pela avaliação e *feedback* do desempenho e respectivos sentimentos de vergonha externa, de ansiedade e paranóia; reacções afectivas; estilos “ruminantes” e de atribuição das causas do desempenho pessoal. Por outro lado, tentam recriar uma situação de *stress* ambiental causada pela audição de sons desagradáveis *versus* uma situação de *buffer* ambiental e de relaxamento causados pela audição de sons agradáveis e respectivos sentimentos de ansiedade e paranóia e ainda a presença de emoções negativas *versus* positivas.

3. O terceiro objectivo pretende atenuar o “estigma” associado às psicoses ao analisar segundo o argumento a favor de uma “ponte” conceptual entre a neurose e psicose (Freeman e Garety, 2002), as características psicológicas e de *ranking* (tais como a agressividade temperamental, a vergonha externa e a submissão) e ainda afectivas (tais como os sentimentos de ansiedade e de depressão), apresentadas por indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide *versus* indivíduos que sofrem de ansiedade social.

4. O quarto objectivo é o de analisar o impacto de memórias de experiências de abuso na infância quer no ambiente familiar quer na escola (o *bullying*) em indivíduos da população normal que apresentam paranóia sub-clínica e em indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide e respectivos sentimentos associados de vergonha externa e de preocupação exacerbada com o que os outros pensam sobre nós e que actos irão cometer contra nós. Pretende-se, assim, informar, por um lado, medidas de prevenção deste tipo de fenómenos e, por outro la-

do, “práticas” clínicas que ajudem o indivíduo a desenvolver mecanismos de *coping* apropriados para lidar com as emoções negativas associadas a este tipo de experiências e que, por sua vez, previnam o desenvolvimento de comportamentos agressivos e a activação e permanência de delírios paranóides.

III.2. Metodologia

Utilizaram-se *designs* e amostras diferentes com o intuito de atingir os objectivos propostos. Os primeiros estudos apresentados na tese, utilizam *designs transversais* e pretendem investigar as características da paranóia e da ansiedade social. Os dois primeiros estudos utilizam uma amostra de estudantes e um *design correlacional*. Fazem-se análises *t-test* de *amostras independentes* entre indivíduos paranóides *vs.* não paranóides e entre vítimas de *bullying* *vs.* não-vítimas e análises de regressão para estudar as características nosológicas da paranóia e a influência das variáveis de *ranking* (vergonha externa, comparação social, comportamentos de submissão, psicológicas (temperamento agressivo), afectivas (depressão e ansiedade), familiares (experiências da ameaça percebida na família e do abuso e negligência parental) e a experiência do *bullying* para a manutenção da paranóia. Os segundos estudos por sua vez, utilizam uma amostra clínica composta de esquizofrénicos paranóides e ansiosos sociais e pretendem analisar através do estudo *transversal e comparativo*, as diferenças e semelhanças entre a paranóia e a ansiedade social relativamente às variáveis de *ranking*, psicológicas, familiares, afectivas e a experiência do *bullying*. Deste modo, fazem-se análises *t-test* entre os dois grupos para as variáveis mencionadas acima e analisam-se as diferenças entre os indivíduos dos dois grupos clínicos que são vítimas de *bullying* *vs.* não vítimas relativamente a essas mesmas variáveis.

Por fim, os últimos estudos apresentados nesta tese, utilizam um *design* experimental, recriando situações de stress social e ambiental em laboratório. Os estudos baseiam-se no modelo de *vulnerabilidade x stress* (ver Lincoln, Schäfer e Moritz, 2008). O primeiro estudo experimental pretende analisar as diferenças e semelhanças entre indivíduos paranóides e ansiosos sociais em termos de *vulnerabilidade psicológica* (características agressivas, ansiedade-traço, afecto positivo *versus* negativo, vergonha, submissão, estilos atribucionais, etc.) e de reacções emocionais, ruminações negativas e ideação paranóide sub-clínica a *duas condições experimentais* (stress social) (sucesso *vs.* insucesso). Fazem-se assim testes-*t* de *amostras independentes* e testes *t* de *amostras emparelhadas* (intra-sujeitos) para avaliar as diferenças entre os grupos e entre as condições experimentais para cada um dos grupos respectivamente. Procedem-se também a realização de MANOVAS, com o intuito de testar o modelo vulnerabilidade x stress social para o aumento da ideação paranóide sub-clínica; para as reacções emocionais negativas ao desempenho; para as ruminações negativas ao desempenho e para o estilo atribucional.

O segundo estudo experimental por sua vez, pretende analisar as diferenças entre os indivíduos paranóides e ansiosos sociais em termos de vulnerabilidade psicológica (agressividade temperamental e predisposição para as alucinações), e em termos da paranóia e das reacções emocionais (emoções positivas *vs.* negativas) em condições de sons negativos (*e.g.* gritos) (stress ambiental) *vs.* positivos (*e.g.* ondas do mar) (*buffer*). Por conseguinte, realizam-se testes *t* de *amostras independentes* e testes *t* de *amostras emparelhadas* (intra-sujeitos) para avaliar as diferenças entre os grupos e entre as condições de sons para cada um dos grupos. Faz-se também a uma MANOVA para testar o modelo vulnerabilidade x stress ambiental para o aumento significativo da paranóia geral.

CAPÍTULO IV

Paranóia numa população não-clínica: influência das variáveis de ranking, familiares, psicológicas, afectivas e das experiências de *bullying*

Estudo das variáveis de ranking, psicológicas e familiares

Objectivos

Método

Resultados

Estudo das variáveis da agressividade temperamental, psicopatologia e do *bullying*

Objectivos do estudo

Resultado

Discussão

Capítulo IV

Paranóia numa população não-clínica: influência das variáveis de *ranking*, familiares, psicológicas, afectivas e das experiências de *bullying*

“Whatever is begun in anger ends in shame”.

Benjamin Franklin

Este capítulo descreve o primeiro estudo da tese. Este estudo apresenta um *design* transversal e utilizou uma amostra de estudantes Portugueses. O estudo foi dividido em dois para facilitar a leitura dos dados e para analisar as relações entre as diversas variáveis e as três medidas da paranóia sub-clínica. O primeiro estudo explora, à luz da teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 2001), a associação entre a “paranóia geral” e a “vergonha externa” e “interna”, as recordações de infância de ameaça percebida no meio familiar e a sensibilidade à crítica. Por sua vez, o segundo estudo analisa a relação bem estabelecida na literatura anglo-saxónica entre a paranóia e a presença de sintomas depressivos e ansiosos (Martin e Penn, 2001) e a presença de traços, comportamentos e atitudes agressivas e ainda a recordação de vitimação por *bullying* na infância (Campbell e Morrison, 2007).

IV.1. Estudo das variáveis de *ranking*, psicológicas e familiares

IV.1.1. Objectivos

O primeiro objectivo do estudo espera encontrar, numa amostra de estudantes Portugueses, uma proporção razoável de indivíduos que apresentam a crença da malevolência intencional dos outros contra eles(as), replicando os resultados do estudo de Ellet, Lopes e Chadwick (2003) com uma amostra Inglesa de estudantes. O segundo objectivo espera encontrar diferenças entre os sexos relativamente às dimensões da vergonha iterna, particularmente, em relação à vergonha da aparência física.

O objectivo principal deste estudo é o de encontrar uma relação significativa entre a paranóia, vergonha externa e a recordação da presença enquanto criança, de comportamentos de submissão perante pais e familiares. As experiências traumáticas na infância, tais como crescer num ambiente familiar ameaçador e ser vítima de *bullying* na escola e consequentes sentimentos de vergonha externa, são consideradas variáveis que poderão contribuir para o aparecimento de ideação paranóide (Gilbert e colegas, 2005).

Deste modo, espera-se por um lado, que os indivíduos paranóides da versão Portuguesa da PEPS demonstrem de forma consistente e estatisticamente significativa mais memórias de comportamentos de submissão perante os pais e familiares na infância e de um ambiente fa-

miliar ameaçador e de sentimentos associados de “vergonha externa” e de “vergonha interna” e comportamentos de submissão do que os indivíduos que não apresentam ideação paranóide da versão Portuguesa da PEPS. Para além disso, espera-se observar numa análise de regressão, que a vergonha externa e as recordações de ameaça precepcionada na infância sejam os preditores mais significativos estatisticamente da variância da paranóia.

Por fim, espera-se que a auto-crítica seja uma variável estatisticamente significativa na previsão da variância da ideação paranóide, já que, segundo Bentall e colegas (1994), os indivíduos paranóides tendencialmente criticam as outras pessoas; portanto, espera-se que haja uma relação negativa entre a auto-crítica e a paranóia, ou seja, quanto mais paranóia geral, menor a tendência para a auto-crítica. De facto, os indivíduos paranóides sentem que são alvo do escrutínio dos outros e como tal apresentam vergonha dos pensamentos dos outros sobre eles (as) e, como forma de defesa, não se culpam abertamente pelas críticas.

IV.1.2. Método

IV.1.2.1. Participantes e Procedimento

Recolheu-se uma amostra de 165 estudantes Portugueses (123 mulheres e 42 homens) com o propósito do preenchimento de uma bateria de questionários de auto-resposta. Do total da amostra, 61 estudantes provinham da Escola Secundária de Penafiel enquanto os outros 94 estudantes frequentavam o Instituto Politécnico do Porto, a Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto e as Faculdades de Psicologia e Ciências de Educação e de Enfermagem da Universidade de Coimbra. Os critérios de exclusão aplicados foram os seguintes: a) idade superior a 32 anos; b) preenchimento incorrecto e/ou incompleto da bateria de questionários e ainda incompreensão das instruções para o correcto preenchimento das escalas; c) pertença a programas de intercâmbio internacional de estudantes (Erasmus), logo a nacionalidade dos estudantes era Portuguesa; d) historial clínico de distúrbios psicológicos; e) tomar medicação para a problemas psicológicos e f) frequentar consultas de terapia psicológica.

As idades variavam entre os 16 e os 29 anos ($M = 19.86$; $DP = 2.40$) e há um domínio das idades entre os 18-21, representando cerca de 60% da amostra. No entanto, esta amostra apresenta uma distribuição uniforme das idades, já que era uma amostra de conveniência constituída maioritariamente por estudantes universitários. Relativamente ao grau de escolaridade, observa-se que 62 participantes frequentavam o 12º ano de Escolaridade do Ensino Secundário; 4 participantes frequentavam o segundo ano da Universidade; 75 participantes frequentavam o terceiro ano da Universidade e, por fim, 24 participantes frequentavam o quarto ano do ensino universitário. A aprovação ética para este estudo foi concedida pelo Conselho Executivo da Escola Secundária de Penafiel, pelos Reitores da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto e do Instituto Politécnico do Porto e pelo Conselho Científico da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.

A participação no estudo era voluntária e os participantes eram informados oralmente acerca do estudo através de anúncios feitos no final das aulas. Caso os participantes acedessem participar era-lhes dado uma folha com um resumo descrevendo o estudo que solicitava o consentimento escrito para participar no mesmo. Uma vez assinado o consentimento, era pedido aos participantes que preenchessem a bateria de questionários de auto-resposta. No final do preenchimento, descreviam-se oralmente quais eram os objectivos do estudo e respondia-se a qualquer questão ou dúvida.

IV.1.2.2. Instrumentos

General Paranóia Scale (GPS de Fenigstein e Vanable, 1992; “Escala Geral da Paranóia” traduzida e adaptada por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J., *em preparação*)

Esta escala foi desenvolvida pelos autores com o objectivo de medir a ideação paranóide numa população de estudantes universitários. Os conteúdos da escala foram retirados do MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) de Zimbardo, Andersen, Kabat (1981), excepto os itens que continham conteúdos relativos a delírios persecutórios. A GPS é composta, então, por 20 itens com um formato de resposta tipo Likert em que 1 significa “não se aplica nada a mim” e 5 “aplica-se perfeitamente”. As pontuações nesta escala variam entre 20-100, sendo as pontuações mais elevadas indicadoras de níveis elevados de “paranóia geral”. O nosso estudo apresentou um alpha de Cronbach de .92 para esta escala.

The Paranóia Checklist (PC) de Freeman, D.; Garety P. A.; Bebbington, P.E.; Smith, B.; Rollinson, R.; Fowler, D. Kuipers, E.; Ray, K. & Dunn, G., (2005a); traduzida e Adaptada por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J. (*em preparação*)

Esta medida da paranóia foi construída de modo a avaliar os pensamentos “paranóides” desde os mais comuns, relacionados com sensibilidades interpessoais e consequentes preocupações sociais (exemplo: item 2 “Podem haver comentários negativos acerca de mim que circulam por aí”), aos menos comuns e mais bizarros como a crença de uma conspiração malévo-la (exemplo: item 14 “Há a possibilidade de haver uma conspiração contra mim”), logo, é uma medida multi-dimensional da paranóia, ao contrário da GPS que é uni-dimensional e restrita a pensamentos não-clínicos da paranóia. A *Checklist* é composta por 18 itens que são frases sobre pensamentos “paranóides” suscitados por situações de avaliação social relacionadas com o escrutínio social. O formato de resposta para a “frequência” dos pensamentos é de tipo Likert numa escala de 5 pontuações desde “1= raramente” a “5 = pelo menos uma vez por dia”. Igualmente, o formato de resposta para o grau de “convicção” dos pensamentos é do tipo Likert numa escala de 5 pontuações desde “1= não acredito a 5= acredito totalmente”. Por fim, o grau de “transtorno” que os pensamentos provocam também tem um formato de resposta tipo Likert numa escala de 5 pontuações desde “0= causa transtorno nenhum a 4= causa muito transtorno”. As pontuações mais elevadas indicam mais frequência, convicção e transtorno dos pensamentos paranóides. O nosso estudo apresentou alphas de Cronbach altos para as dimensões da versão Portuguesa da PC ($\alpha = 0.92$ para a dimensão da “frequência”; alpha de Cronbach de $\alpha = 0.95$ para a dimensão de “convicção” e um alpha de Cronbach de $\alpha = 0.95$ para a dimensão de “ transtorno”/“*distress*” da PC).

Personal Experience Paranóia Scale (PEPS) de Ellet, Lopes & Chadwick (2003); traduzida e adaptada por Lopes, B. e Pinto-Gouveia (*em preparação*)

O PEPS é um questionário que mede as experiências subjectivas da paranóia. O questionário é composto por 14 itens que são de resposta fechada ou aberta, permitindo assim encapsular a riqueza das experiências pessoais da paranóia (ver a adaptação e qualidades psicométricas do questionário em anexo).

Other As Shamer Scale (OAS) de Goss, Gilbert & Allan (1994); traduzida e adaptada por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J. (*em preparação*)

É um questionário que contém 18 itens que medem a vergonha externa (juízos gerais sobre o que as pessoas pensam como os outros as vêem). Por exemplo, os participantes devem indicar numa escala de Likert de “0 = nunca a 4 = sempre”, a frequência dos seus sentimentos

e experiências relacionadas com itens tais como “Sinto que as outras pessoas não me vêm como sendo suficientemente bom/boa” e “As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura deles(as)”. Esta escala mede, por conseguinte, crenças relacionadas com a vergonha de ser visto como sendo “inferior” (i.e. ter um estatuto social inferior aos outros) ou ainda a vergonha causada por um estigma social percebido pelo indivíduo. As pontuações na escala variam entre os 0-72, já que as pontuações mais altas referem-se a níveis mais elevados da vergonha acerca do que os outros pensam sobre nós (i.e. *vergonha externa*). O alpha de Cronbach no nosso estudo é igual ao do estudo original da escala $\alpha = .92$, o que indica que esta apresenta boa consistência interna.

66

Experience of Shame Scale (ESS) de Andrews, Quian e Valentine (2002); traduzida e adaptada por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J. (*em preparação*)

Este questionário é composto por vinte e cinco itens que medem três tipos de vergonha. O primeiro tipo denominado de “*carácter*”, é a vergonha relacionada com as características da pessoa. O segundo tipo de vergonha medido por esta escala é o “*comportamento*”, que é definido como a vergonha relacionada com o acto de fazer algo de errado, ou de dizer algo que é estúpido ou embaraçoso, e ainda a vergonha relacionada com o insucesso em situações competitivas. O terceiro tipo de vergonha é o tipo “*corporal*”, que é caracterizado pela vergonha do corpo, ou de certas partes do corpo. Os participantes respondem numa escala de Likert de “0 = nada a 4 = Muito”, sobre o quanto é que eles acham que cada afirmação se aplica a eles (as) em termos de as experimentarem, sentirem ou evitarem. As pontuações mais elevadas referem-se a índices elevados da vergonha das características pessoais, dos comportamentos ou da aparência física. A versão Portuguesa da ESS e as suas dimensões apresentam os seguintes alphas de cronbach: total da ESS ($\alpha = 0.93$; $n = 165$) e as sub-escalas da vergonha do “*carácter*” ($\alpha = 0.89$; $n = 165$), vergonha do “*comportamento*” ($\alpha = 0.88$; $n = 165$) e vergonha “*corporal*” ($\alpha = 0.80$; $n = 165$).

Submissive Behaviour Scale (SBS) por Allan & Gilbert (1997); *Escala de Submissão*: Traduzida e adaptada por Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2004)

Este questionário é originário do trabalho desenvolvido por Buss e Craik (1986) que pediram às pessoas para identificarem comportamentos que consideravam ser comportamentos típicos de submissão. Os itens que apresentavam um grau maior de concordância (16) foram escolhidos para fazerem parte da “*Submissive Behaviour Scale*”. Deste modo, este questionário contém 16 itens que medem comportamentos de submissão como o seguinte: “Concordo que estou errado mesmo quando não estou”. É solicitado aos participantes que respondam ao darem uma estimativa da frequência dos comportamentos numa escala de Likert de 5 pontos desde 0 a 4. A pontuação mínima é de 0 e a máxima de 64, logo quanto maior é a pontuação, mais submissão. O nosso estudo apresentou um alpha de Cronbach de 0.85. Este questionário é bastante usado em estudos sobre a depressão (Gilbert, Allan & Trent, 1995) e mais recentemente em estudos sobre a paranóia em populações “normais” (Freeman, Garety, Bebbington, Smith, Rollison, Fowler, Kuipers, Ray & Dunn, 2005).

Sensitivity to Put Down (SPD) Gilbert e Miles (2000); traduzida e adaptada por Lopes, B. & Pinto Gouveia (*em preparação*)

Esta escala mede a forma como as pessoas experienciam emocionalmente e atribuem a culpa quando são alvos de *put-down*, sendo constituída por 20 itens representativos deste tipo de situações sociais (e.g. “As pessoas deitarem-no abaixo por trás das suas costas”, “Alguém

a fazer comentários negativos acerca da sua aparência física”). Na coluna do lado esquerdo dos itens, o participante deve indicar o grau de *ansiedade/transtorno* que sentiria em cada situação, enquanto do lado direito deve indicar o quanto se sentiria *zangado/irritado*, numa escala tipo Likert de cinco pontos (de “nem um pouco” a “extremamente”). De seguida, apresenta-se uma escala idêntica, na qual, do lado esquerdo, deve apontar o grau de probabilidade de se culpar a si próprio e, do lado direito, o grau de probabilidade de culpar os outros. Assim, são obtidas quatro medidas, indicando os níveis de *ansiedade/transtorno*, de *raiva/irritação*, de *auto-culpabilização* e de *hetero-culpabilização* pelo *put-down*. As pontuações elevadas em cada uma das sub-escalas indicam níveis elevados de “ansiedade/transtorno” ou de “raiva/irritação” perante a crítica pessoal ou ainda de auto-culpabilização ou pelo contrário de hetero-culpabilização perante a crítica e humilhação pessoal. Esta escala apresentou bons índices de consistência interna, visto os alphas de Cronbach para as suas dimensões serem os seguintes: “ansiedade/transtorno” $\alpha = 0.94$; “raiva/irritação” $\alpha = 0.93$; “culpar a si próprio” $\alpha = 0.94$ e “culpar os outros” $\alpha = 0.95$.

The Early Life Experiences Scale (ELES) de Gilbert, Cheung, Granfield, Campey, & Irons (2003); tradução e adaptação de Lopes & Pinto-Gouveia (*em preparação*)

A ELES contém 16 itens da evocação da “ameaça” percebida (8 itens) (*e.g.* “Os meus pais poderiam magoar-me se eu não me comportasse como eles queriam”) e focados nos comportamentos de submissão (5 itens) e sentimentos de (des)valorização (3 itens) durante a infância (*e.g.* “Muitas das vezes tinha que ceder aos outros em casa”). A ELES apresenta assim três sub-escalas: “ameaça” (“threat”), “submissão” (“submissiveness”) e “(des)valorização” (“(un)valued”). Os sujeitos avaliam a frequência e veracidade da afirmação reportando-se ao período da sua infância (1= completamente falso a 5= muito verdadeiro). As pontuações variam entre os 16 e 80, considerando que as pontuações mais elevadas indicam índices elevados de recordações de infância de ameaça, submissão e desvalorização. Esta medida apresentou neste estudo, os seguintes alphas de Cronbach: total da ELES ($\alpha = 0.88$, $n = 165$); e as suas dimensões: “ameaça” $\alpha = 0.84$, $n = 165$; “submissão” $\alpha = 0.80$, $n = 165$ e “(des)valorização” $\alpha = 0.69$, $n = 165$, mostrando assim, uma boa consistência interna e fiabilidade.

Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-42) de Lovibond & Lovibond, 1995; “Escala de Ansiedade Depressão e Stress” tradução e adaptação de Pais-Ribeiro, J.; Honrado, A. e Leal, I. (2004)

A DASS-42 é uma escala composta por 42 itens e foi concebida para a avaliação de três dimensões de estados afectivos constituintes do modelo tripartido que a originou: depressão, ansiedade e *stress*. Cada item da escala é uma frase que remete para sintomas emocionais negativos, aos quais o sujeito terá que responder se “na última semana” se aplicaram a si. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo Likert. Os sujeitos avaliam a extensão em que experimentaram cada sintoma na última semana, numa escala de 4 pontos de gravidade e frequência: desde 0 = “não se aplicou nada a mim” a 3 = “aplicou-se a mim a maior parte do tempo”. Mais, a versão Portuguesa da DASS apresenta uma consistência interna excelente. Pais Ribeiro e colegas apresentam os seguintes alphas de Cronbach para cada uma das dimensões da DASS numa amostra de estudantes Portugueses: 0.96 para a “depressão” (0.98 no nosso estudo); 0.90 para a “ansiedade” (0.89 no nosso estudo) e 0.93 para o “*stress*” (0.90 no nosso estudo).

Aggression Questionnaire (AQ) de Buss e Perry (1992); traduzido e adaptado por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J. (em preparação).

Este questionário mede os componentes da agressividade temperamental. Estes componentes são a raiva que é usualmente definida como um “estado afectivo” ou um estado subjectivo emocional, a agressão que, por sua vez, é centrada no aspecto comportamental (agressões físicas e verbais) e a hostilidade que é uma variável sobre as “atitudes pessoais” que abordam percepções negativas gerais sobre os outros e um sentimento de ressentimento (Buss & Perry, 1992). Deste modo, o AQ é um questionário de 29 itens sobre a agressividade que são divididos em quatro sub-escalas diferentes: “agressão física”; “agressão verbal”; “hostilidade” e “raiva”. Os participantes tem que responder para cada um dos itens o quanto é que têm a ver com eles(as). As respostas são dadas para cada item numa escala de Likert de 5 pontos, de 1= “tem muito a ver comigo” a 5= “não tem nada a ver comigo”. A pontuação mínima é 29 e a máxima de 145. As pontuações mais elevadas indicam índices de agressividade a nível comportamental, geral e em termos de atitudes hostis para com os outros. O nosso estudo apresenta alphas de Cronbach para este questionário semelhantes aos obtidos pelos autores da versão original, o que indica que a escala apresentou boa consistência interna. O alphas de Cronbach foram os seguintes: para o total da escala do AQ $\alpha = 0.88$; para a dimensão de “agressão física” $\alpha = 0.87$ em $n = 165$ (0.90 no estudo da versão original do AQ com uma amostra Norte-Americana); “agressão verbal” $\alpha = 0.53$ em $n = 165$ (0.60 no estudo da versão original do AQ com uma amostra Norte-Americana); “raiva” $\alpha = 0.70$ em $n = 165$ (0.89 no estudo da versão original do AQ com uma amostra Norte-Americana) e “hostilidade” $\alpha = 0.77$ em $n = 165$ (0.80 no estudo da versão original do AQ com uma amostra Norte-Americana).

The Revised Olweus Bullying/ Victim Questionnaire (BVQ) (Solberg & Olweus, 2003); traduzido e adaptado por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J. (em preparação)

O BVQ é um questionário sobre os vários componentes do *bullying* que tem sido usado de forma consistente na literatura (Smorti, Del Buffa; Maggino e Bacchereti, 2004). Embora o questionário tenha sido elaborado para medir comportamentos de *bullying* em crianças, devido a falta de medidas sobre este fenómeno, tem sido usado também em amostras de adolescentes e jovens adultos (Campbell e Morrison, 2007). No nosso estudo, usamos uma versão reformulada do questionário em que se solicita aos participantes que relembrem e relatem experiências de terem sido vítimas de *bullying* desde a infância até este preciso momento. O questionário assume desta forma um formato retrospectivo, em que se avaliam memórias de experiências traumáticas e não efectivamente experiências actuais, considerando que, embora os participantes possam ter esse tipo de experiências e relatá-las, é de conhecimento geral que ser um *bullie*, i.e., perpetrador de actos maldosos contra colegas, ou ser vítima de *bullying* tende a declinar com a idade (Craig, 1998). Desta forma, esta reformulação ao BVQ permite-nos avaliar se os participantes da nossa amostra, que já são jovens adultos, tiveram experiências de *bullying* e se este tipo de experiências ainda continuam a acontecer neste preciso momento. O questionário original apresenta três sub-escalas : a “escala de ser vítima de *bullying*” (39 itens); “a escala de ser perpetrador de *bullying*” (16) e a “a escala de ser vítima de *bullying* durante os últimos dez meses” (10).

No nosso estudo e para servir os intuitos da investigação, embora se tenha obtido dados para todas as sub-escalas, só serão relatados e analisados os dados para a sub-escala de “ser vítima de *bullying*”. A escala de “ser vítima de *bullying*” é composta por uma definição de *bullying* e solicita aos participantes que respondam se alguma vez foram vítimas do tipo de actos que foram descritos como sendo *bullying*. Caso os participantes reconheçam terem sido ví-

timas de *bullying*, terão que indicar a frequência de 12 situações que medem comportamentos de *bullying* e.g. “ser chamado nomes maldosos” e de assédio/abuso sexual e.g. “colegas apalparam sem consentimento” numa escala de Likert de 5 pontos desde 0= “não ocorre” a 5 = “várias vezes durante a semana”. Olweus apresentou um alpha de Cronbach de 0.70 para esta escala e o nosso estudo apresenta um valor semelhante ao do estudo original da escala (0.69) numa amostra de 54 indivíduos que reconhecem terem sido vítimas de *bullying*.

IV.1.3. Resultados

Primeiro que tudo fez-se uma análise preliminar aos dados que suger que a amostra apresenta uma distribuição normal (ver tabela 1). Há no entanto uma tendência geral para as pontuações na “ansiedade/transtorno”; “raiva/irritação” e “culpar os outros” (hetero-culpa) da SPD apresentarem uma distribuição disforme com uma inclinação para o lado direito da distribuição, o que significa que os participantes não pontuam muito alto nessas sub-escalas da SPD, logo encontram-se na sua maioria abaixo da média.

Tabela 1 . Médias e desvios padrões para as variáveis em estudo

Variáveis	M (N= 165)	DP
GPS_Total	44.14	9.69
SBS_Total	21.07	8.72
OAS_Total	20.49	10.55
ESS-Vergonha do “Carácter”	19.39	5.85
ESS- Vergonha do “Comportamento”	17.92	5.23
ESS-Vergonha Corporal	7.56	2.78
ESS_Total	44.87	12.00
SPD – “Ansiedade/Transtorno”	55.14	21.14
SPD- “Raiva/Irritação”	62.86	15.83
SPD- “Culpar a si Próprio” (auto-culpa)	39.81	18.10
SPD – “Culpar os outros” (hetero-culpa)	60.39	19.80
ELES – “Ameaça”	11.09	4.75
ELES – “Submissão”	11.82	4.31
ELES – “(Des)valorização”	7.33	2.78
ELES_Total	30.25	9.95

GPS “General Paranóia Scale”; SBS “Submission Behaviour Scale”; OAS “Other As Shamer Scale” (External Shame); ESS “Experience of Shame Scale” (Internal Shame); SPD “Sensitivity to Put Down Scale” ELES “Early Life Experiences Scale”.

IV.1.3.1. Diferenças entre os géneros

Os resultados demonstraram que não há diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres da amostra, em relação às idades (homens: M= 20.16, SD= 3.22; mulheres: M= 19.76, DP= 2.05) ($t(163) = -0.758, p = .452$) e aos anos de escolaridade (homens: M= 12.80, DP= 1.742; mulheres: M= 13.05, DP= 1.542) ($t(163) = 0.817, p = .417$), visto que ambos os géneros, na sua maioria, apresentaram idades semelhantes e frequentavam os primeiros anos do ensino universitário. Para além disso e de acordo com os resultados obtidos por Fenigstein e Vanable (1992), não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros relativamente às pontuações na versão Portuguesa da GPS (homens: M= 45.80, DP= 10.191; mulheres: M= 43.57, DP= 9.42) ($t(163) = -1.291, p = .527$). Embora os homens apresentassem uma tendência para demonstrarem mais ideação paranóide geral (GPS) do que as mulheres, não era forte o suficiente para ser estatisticamente significativa. Também não se registaram diferenças significativas entre os homens e as mulheres relativamente às recordações de ambientes familiares “ameaçadores” e de comportamentos de submissão perante pais e familiares na infância (ELES); à vergonha externa (OAS) e aos comportamentos de submissão (SBS).

Tabela 2. Diferenças entre os géneros

Variáveis	Homens		Mulheres		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	20.16	3.222	19.76	2.056	-0.758	n.s.
Anos de Escolaridade	12.80	1.742	13.02	1.542	.817	n.s.
GPS Total	45.80	10.19	43.57	9.49	-1.291	n.s.
SBS Total	21.02	7.68	21.09	9.07	0.047	n.s.
OAS Total	20.71	10.59	20.42	10.57	-0.154	n.s.
ESS – Vergonha do “Carácter”	18.61	5.27	19.65	6.04	0.993	n.s.
ESS – Vergonha do “Comportamento”	15.88	4.87	18.61	5.18	2.997	0.003***
ESS – Vergonha “Corporal”	6.50	2.79	7.92	2.70	2.929	0.004***
ESS Total	41.0	11.35	46.20	11.98	2.462	0.015*
SPD – “Ansiedade/Transtorno”	46.65	22.82	57.93	19.89	2.921	0.004***
SPD- “Raiva/Irritação”	57.16	16.65	64.80	15.13	2.752	0.007**
SPD- “Culpar a si próprio”	35.00	17.93	41.46	17.93	1.967	0.051+
SPD – “Culpar os outros”	60.00	19.11	62.64	19.58	0.134	n.s.
ELES Total	30.42	8.06	30.19	10.55	-0.131	n.s.
ELES – “Ameaça”	11.02	4.01	11.12	4.99	0.115	n.s.
ELES – “Submissão”	11.50	3.87	11.93	4.46	0.562	n.s.
ELES – “(Des)valorização”	7.90	2.62	7.13	2.82	-1.547	n.s.

*** p < 0.005; ** p < 0.05; + quase estatisticamente significativo p = 0.05; n.s. não-significativo estatisticamente

Contrariamente ao que foi observado anteriormente, registaram-se no entanto, diferenças estatisticamente significativas entre os géneros em relação aos índices de vergonha interna (ESS). As mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados de vergonha interna (total da ESS) (M= 46.20, DP= 11.982) do que os homens (M= 41.0, DP= 11.350) ($t(163) = 2.462, p = .015$). As mulheres demonstraram também níveis significativamente mais elevados de vergonha do “comportamento” (M= 18.61, DP= 5.811) e de vergonha “corporal” (ESS) (M= 7.92, DP= 2.703) do que os homens (M= 15.88, DP= 4.872) relativamente à vergonha do “comportamento” ($t(163) = 2.997, p = .003$) e (M= 6.50, DP= 2.794) relativamente à vergonha “corporal” ($t(163) = 2.929, p = .004$), respectivamente. Para além destas diferenças, as mulheres também apresentaram no geral uma maior sensibilidade à crítica pessoal, pois apresentaram níveis significativamente mais elevados de “ansiedade/transtorno” (M= 57.93, DP= 19.812) e de “raiva/irritação” (M= 64.80, DP= 15.135) perante as humilhações e críticas dos outros (SPD) do que os homens (M= 46.65, DP= 22.822) relativamente à “ansiedade/transtorno” ($t(152) = 2.921, p = .004$) e (M= 57.16; DP= 16.651), relativamente à “raiva/irritação” (SPD) ($t(163) = 2.752, p = .007$), respectivamente. Por último, embora se registasse uma tendência para as mulheres atribuírem a culpa a si próprias (auto-culpa) na SPD, não era suficientemente forte para ser estatisticamente significativa ($t(163) = 1.967, p = .051$). Mais, os resultados demonstraram que as mulheres não diferem dos homens relativamente à hetero-culpa (M= 60.64, DP= 19.582 *vs.* M= 60.61, DP= 19.112) (“culpar os outros” perante críticas que lhes são feitas) ($t(159) = 0.134, p = n.s.$) (tabela 2).

IV.1.3.2. Dados descritivos da PEPS (versão Portuguesa)

No nosso estudo, tal como aconteceu com o estudo original da PEPS (Ellet, Lopes e Chadwick, 2003), a maioria dos participantes era do género feminino (n= 123 num total de 165). As duas amostras eram portanto semelhantes relativamente ao rácio de homens: mulheres e às idades (17-25). Observamos da mesma forma que Ellet, Lopes & Chadwick (2003), que as experiências de paranóia são frequentes numa amostra de estudantes, visto que, do total

de 165 estudantes da amostra, 63.6% (n= 105) relataram não terem experiências de paranóia nem crenças paranóides, sendo por conseguinte classificados como o “Grupo Não-Paranóide” (GNP); 33.3%(n= 55) relataram experiências de paranóia e a crença paranóide que as outras pessoas estavam *de forma intencional e propositada* a tentar magoá-los (as) de alguma forma, sendo por conseguinte, classificados de “Grupo Paranóide”(GP) (tabela 3) . Constatou-se que muito poucos indivíduos faziam parte do “Grupo Ambíguo” (GA) (só n= 5, 3%), o que quer dizer que foi raro a nossa amostra apresentar indivíduos que identificam as suas experiências como sendo paranóia sem apresentarem, no entanto, a crença da intencionalidade da malevolência dos outros. Este grupo deveria, segundo Ellet e colegas (2003), apresentar outro tipo de pensamentos que não aqueles que são claramente paranóides. Dado o facto do GA ser constituído só por cinco indivíduos, decidiu-se não o incluir nas análises (ver anexo II para a descrição dos dados descritivos e qualidades psicométricas da versão Portuguesa da PEPS).

Tabela 3. Médias, desvios padrões com variações das pontuações dos três grupos da PEPS (versão Portuguesa) na GPS (versão Portuguesa)

	NP*			GP*			GA*		
	M	DP	Variância	M	DP	Variância	M	DP	Variância
GPS	41.12	41.12	(23-68)	50.56	(9.138)	(33-73)	122,92	(5.099)	(31-45)

Tabela 4. Diferenças entre os Grupos do PEPS: Não-Paranóide; Grupo Paranóide e Grupo Ambíguo nas suas pontuações na GPS numa amostra de estudantes Portugueses

Grupos	t	P
GP x NP	9.440	0.000**
NP x GP	-9.440	0.000**
GA x GP	-13.564	0.003*
GP x GA	13.564	0.008*
NP x GA	4.124	.547

IV.1.3.3. Contrastes planeados com os grupos da PEPS: Grupo Paranóide vs. Grupo Não-paranóide

Fizeram-se contraste planeados com testes *t* de amostras independentes com o intuito de explorar as diferenças entre os dois grupos distintos da versão Portuguesa da PEPS na nossa amostra: Grupo Paranóide (GP) *versus* Grupo Não-Paranóide (GNP), relativamente às pontuações em questionários que medem variáveis de *ranking* como a vergonha interna e externa; os comportamentos de submissão; sensibilidade à crítica e atribuição da culpa da crítica pessoal e ainda recordações de infância de ambientes familiares ameaçadores e de comportamentos de submissão perante os pais e membros da família.

IV.1.3.3.1. Diferenças entre o Grupo Não-Paranóide *versus* o Grupo Paranóide relativamente às variáveis de *ranking*

Os resultados apresentaram uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos para a “vergonha externa” (OAS) ($t(158) = -4.546, p < 0.001$), já que o Grupo Paranóide (GP) apresentou níveis significativamente mais elevados de vergonha externa (OAS) (M= 25.69, DP= 11.292) do que o Grupo Não-Paranóide (GNP) (M= 18.11, DP= 19.272). O Grupo Paranóide apresentou também níveis significativamente mais elevados de comportamentos de submissão (SBS) (M= 23.43, DP= 8.074) do que o Grupo Não-Paranóide (M= 20.09; DP= 8.963), visto que esta diferença entre os grupos era estatisticamente significativa, mas menos do que foi observado anteriormente ($t(158) = -2.15, p < 0.05$) (tabela 5). Para

além das diferenças mencionadas anteriormente, observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos na pontuação total da “*Experience of Shame Scale*” (ESS), em que o Grupo Paranóide apresentou níveis significativamente mais elevados de “vergonha interna” (ESS) (M= 50.18, DP= 13.841) do que o Grupo Não-Paranáide (M= 42.18, DP= 10.212) ($t(158) = -4.418, p < 0.001$). Os dois grupos apresentaram também diferenças entre si nas dimensões da ESS. O grupo Paranóide apresentou índices mais elevados de vergonha do “carácter” (M= 22.10, DP= 7.074); do “comportamento” (M= 19.40, DP= 5.901) e “corporal” (M= 8.67, DP= 3.132) do que o Grupo Não-paranáide (M= 18.05, DP= 4.690 para a vergonha do “carácter”; M= 17.14, DP= 4.772 para a vergonha do “comportamento” e M= 6.98, DP= 2.423 para a vergonha “corporal”, respectivamente). As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas para as dimensões da vergonha do “carácter” ($t(158) = -4.330, p < 0.001$); do “comportamento” ($t(158) = -2.613, p = .010$) e “corporal” ($t(158) = -3.757, p < 0.001$). Os resultados sugerem que o Grupo Paranóide demonstrou significativamente mais vergonha interna, particularmente no que concerne às características pessoais e à aparência física do que o Grupo Não-Paranáide (tabela 5).

IV.1.3.3.2. Diferenças entre o Grupo Não-paranáide versus o Grupo Paranóide relativamente às recordações de infância de um ambiente familiar ameaçador e à apresentação de comportamentos de submissão perante os pais e familiares

Os resultados demonstram que os grupos diferem entre si relativamente à pontuação total na “*Early Life Experiences Scale*” (ELES), visto que o Grupo Paranóide apresentou significativamente uma pontuação total mais elevada na ELES (M= 33.25, DP= 10.511) do que o Grupo Não-Paranáide (M= 28.97, DP= 9.372) ($t(158) = -2.755, p = .007$). Os resultados demonstraram que o Grupo Paranóide apresentou também mais recordações de infância de um ambiente familiar de “ameaça” (ELES) (M= 12.25, DP= 5.355) do que o Grupo Não-Paranáide (M= 10.61, DP= 4.392), embora a diferença entre os dois grupos seja fraca, mas estatisticamente significativa ($t(158) = -2.071, p = .040$).

Embora a diferença entre os dois grupos para a dimensão da “ameaça” fosse fraca, no caso da dimensão da “submissão” da ELES pode-se observar que existe uma diferença bastante significativa entre os dois grupos. De facto, o Grupo Paranóide apresentou significativamente mais recordações de infância de “submissão” no seio familiar (M= 13.49, DP= 4.364) do que o Grupo Não-Paranáide (M= 11.11, DP= 4.112), visto que esta diferença entre os grupos era estatisticamente significativa ($t(158) = -3.399, p = .001$). Por último, embora haja uma tendência para o Grupo Paranóide apresentar mais memórias de infância de “(des)valorização” pelos pais e membros da família (M= 7.70, DP= 2.812) do que o Grupo Não-Paranáide (M= 2.23, DP= 2.764), esta diferença entre grupos não era suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(158) = -1.016, p = n.s.$). Em conclusão, os resultados sugerem que o Grupo Paranóide recordou significativamente mais comportamentos de submissão perante os seus pais e familiares e mais ambientes familiares ameaçadores do que o Grupo Não-Paranáide; logo os indivíduos paranóides apresentam significativamente mais recordações traumáticas das suas infâncias sobre a ameaça percebida em relação aos seus pais e familiares e ainda mais comportamentos de submissão, que demonstravam de modo a evitar o conflito com os mesmos (tabela 5).

Tabela 5. Contrastes Planeados entre o Grupo Paranóide e o Grupo Não-Paranóide do PEPS para as variáveis em estudo

	Grupo Paranóide n= 55		Grupo Não-Paranóide n= 105		t	p
	M	DP	M	DP		
Vergonha Externa (OAS)	25.69	11.29	18.11	9.27	-4.546	0.000***
Comportamentos de Submissão(SBS)	23.43	8.07	20.09	8.96	-2.315	0.022*
Vergonha do “Carácter” (ESS)	22.10	7.07	18.05	4.69	-4.330	0.000***
Vergonha do “Comportamento”(ESS)	19.40	5.90	17.14	4.77	-2.613	0.010*
Vergonha “Corporal” (ESS)	8.67	3.17	6.98	2.42	-3.757	0.000***
Total ESS	50.18	13.84	42.18	10.21	-4.148	0.000***
SPD- “ansiedade/transtorno”	57.14	20.98	54.54	20.65	-0.723	n.s.
SPD – “raiva/irritação”	65.60	15.36	61.44	15.83	-1.591	n.s.
SPD – “culpar a si próprio”	41.55	20.97	39.45	16.44	-0.680	n.s.
SPD- “culpar os outros”	60.03	21.55	60.95	18.73	0.273	n.s.
Total ELES	33.45	10.51	28.97	9.37	-2.755	0.007**
“ameaça” (ELES)	12.25	5.35	10.61	4.39	-2.071	0.040*
“submissão” (ELES)	13.49	4.36	11.11	4.11	-3.399	0.001**
“(des)valorização” (ELES)	7.70	2.81	2.23	2.76	-1.016	n.s.

*** p= 0.000 ** p<0.005 *p<0.05 n.s.= não-significativo

IV.1.3.3.3. Correlações entre as variáveis

Paranóia Geral (GPS)

A paranóia geral medida pela GPS correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a vergonha externa medida pela “Other As Shamer Scale” (OAS) ($r= 0.61$, $p<0.001$); apresentando uma correlação positiva mais moderada que a anterior, com os comportamentos de submissão medidos pela “Submissive Behaviour Scale” (SBS) ($r= 0.42$, $p<0.01$) e com as três dimensões da vergonha interna medidas pela “Experience of Shame Scale” (ESS): vergonha do “carácter” ($r= 0.33$, $p<0.01$), do “comportamento” ($r= 0.20$, $p<0.01$) e a vergonha “corporal” ($r= 0.27$, $p<0.01$). Por último, a paranóia geral (GPS) apresentou correlações positivas e fracas, embora estatisticamente significativas com as recordações de infância de ambientes familiares perigosos medidas pela “Early Life Experiences Scale” (ELES), apresentando as seguintes correlações: recordações de “ameaça” familiar (ELES) ($r= 0.27$, $p<0.01$); de “submissão” ($r= 0.27$, $p<0.01$) e de “(des)valorização” ($r= 0.18$, $p<0.05$). A paranóia geral (GPS) não apresentou, no entanto, correlações estatisticamente significativas com as dimensões da sensibilidade à crítica (SPD). Logo quanto mais paranóia, mais vergonhas externa e interna e consequentes comportamentos de submissão e ainda, mais recordações traumáticas de ambientes familiares ameaçadores (tabela 6).

Comportamentos de Submissão (SBS)

Os comportamentos de submissão (SBS) por sua vez, apresentaram uma correlação positiva bastante forte e estatisticamente significativa com a vergonha externa (OAS) ($r= 0.68$, $p<0.001$), sendo que os comportamentos de submissão apresentaram também correlações positivas, mas moderadas com as dimensões da vergonha interna: com a vergonha do “carácter” (ESS) ($r= 0.59$, $p<0.001$); com a vergonha do “comportamento” (ESS) ($r= 0.58$, $p<0.001$) e com a vergonha “corporal” (ESS) ($r= 0.44$, $p<0.001$). Por fim, os comportamentos de submissão (SBS) apresentaram correlações positivas mais fracas embora estatisticamente significativas com as dimensões da ELES: recordações de infância de “ameaça” (ELES) ($r= 0.24$, $p<0.01$); “submissão” (ELES) ($r= 0.33$, $p<0.01$) e (des)valorização no seio familiar ($r= 0.17$, $p<0.05$) e com a dimensão da sensibilidade à crítica (SPD) de “culpar a si próprio” (auto-culpa) ($r= 0.33$, $p<0.01$). A submissão parece assim, estar associada aos dois tipos de vergonha, exter-

na e interna, já que essas variáveis avaliam sentimentos e comportamentos relacionados com o estatuto social. Mais, a submissão também se associa a um estilo atribucional específico, caracterizado pela auto-crítica face às humilhações dos outros (tabela 6).

Vergonha Externa (OAS)

A vergonha externa medida pela OAS correlacionou-se positiva e significativamente com os comportamentos de “submissão” (SBS) ($r= 0.68, p<0.01$); com as dimensões da vergonha interna: com a vergonha do “carácter” (ESS) ($r= 0.66, p<0.01$); do “comportamento” (ESS) ($r= 0.46, p<0.01$) e com a vergonha “corporal” (ESS) ($r= 0.44, p<0.01$). A vergonha externa também se correlacionou positivamente, mas de forma mais fraca, com as dimensões da ELES: recordações de infância da “ameaça” ($r= 0.22, p<0.01$); de “submissão” ($r= 0.37, p<0.01$); e de “(des)valorização” no seio familiar (ELES) ($r= 0.19, p<0.05$) e com a dimensão de “culpar a si próprio” (auto-culpabilização) da SPD ($r= 0.31, p<0.01$) (tabela 6).

74

Sensibilidade à crítica (SPD)

“Culpar a si próprio” (auto-culpa) da SPD correlacionou-se de forma positiva e moderada com os comportamentos de “submissão” (SBS) ($r= 0.36, p<0.01$), com a vergonha externa (OAS) ($r= 0.31, p<0.01$) e com as três dimensões da vergonha interna: com a vergonha do “carácter”(ESS) ($r= 0.43, p<0.01$); vergonha do “comportamento” (ESS) ($r= 0.38, p<0.01$) e com a vergonha “corporal” (ESS) ($r= 0.25, p<0.01$). Culpar-se a si próprio pelas críticas dos outros está associado a ambos tipos de vergonha (interna e externa) e à presença de comportamentos de submissão. Por outro lado, “culpar os outros” (hetero-culpa) do SPD apresenta correlações negativas e fracas embora estatisticamente significativas com os comportamentos de submissão (SBS) ($r= -0.15, p<0.05$); com a vergonha externa (OAS) ($r= -0.10, p<0.05$) e com a dimensão da “(des)valorização” da ELES ($r= -0.17, p<0.01$). Os resultados sugerem que culpar os outros pelas críticas pessoais está associado a recordações de infância de se sentir desvalorizado(a) e rejeitado pelos pais e membros da família. Por outro lado, quanto mais vergonha externa e mais comportamentos de submissão, menor é a tendência para culpar os outros pelas críticas pessoais (Gilbert e Miles, 2000) (tabela 6).

IV.1.3.3.4. Análise da Regressão Linear Múltipla com a paranóia geral (GPS) como variável dependente e as variáveis de ranking (vergonha externa “OAS” e comportamentos de submissão “SBS”); atribuição da culpa (SPD) e recordações de infância de ambientes familiares perigosos (ELES) como variáveis independentes

Procedeu-se a uma análise da regressão linear múltipla directa, com o intuito de analisar o contributo das experiências de ambientes familiares “ameaçadores” e de submissão perante os pais na infância (ELES); das variáveis de *ranking*: vergonha externa (OAS) e comportamentos de submissão (SBS) e da atribuição da culpa perante a crítica pessoal “culpar a si próprio” *versus* “culpar os outros” (SPD) para a previsão da variância da paranóia geral (GPS).

As dimensões de “ameaça”, “submissão” e “(des)valorização” da ELES foram introduzidas em primeiro lugar, sendo o primeiro bloco de variáveis no modelo, com o intuito de avaliar o contributo das recordações de infância de ambientes familiares ameaçadores e controladores; introduziram-se em seguida as variáveis de *ranking* num segundo bloco: “vergonha exexterna”

Tabela 6. Correlações entre as variáveis de estudo

	GPS	SBS	OAS	SPD Ansiedade	SPD Raiva	SPD Culpar a si próprio	SPD Culpar os outros	ESS Carácter	ESS Comportamento	ESS Corporal	ELES Ameaça	ELES Submissão	ELES valor
GPS		0.42**	0.61**	-0.087+	0.031+	-0.019+	-0.078+	0.33**	0.20**	0.22**	0.27**	0.41**	0.18*
SBS	0.42**		0.68**	0.088+	0.067+	0.36**	-0.15*	0.59**	0.53**	0.44**	0.24**	0.33**	0.17*
OAS	0.61**	0.68**		0.055+	0.032+	0.31**	-0.104+	0.66**	0.46**	0.38**	0.22**	0.37**	0.19*
SPD Ansiedade	-0.087+	0.088+	0.055+		0.51**	0.55**	0.42**	0.31**	0.35**	0.17*	-0.121+	0.020+	-0.11
SPD Raiva	0.031+	0.067+	0.032+	0.51**		0.32**	0.55**	0.19*	0.26**	0.22**	0.042+	0.035+	-0.04
SPD Culpar a si próprio	-0.019+	0.36**	0.31**	0.55**	0.32**		0.19*	0.43**	0.38**	0.25**	0.048+	0.12+	-0.02
SPD Culpar os outros	-0.078+	-0.15*	-0.10*	0.42**	0.55**	0.19*		-0.020+	0.062+	-0.027+	-0.045+	0.069+	-0.17*
ESS Carácter	0.33**	0.59**	0.66**	0.31**	0.19*	0.43**	-0.020+		0.71**	0.44**	0.21**	0.38**	0.19*
ESS Comportamento	0.20**	0.53**	0.46**	0.35**	0.26**	0.38**	0.062+	0.71**		0.56**	0.21**	0.29**	0.13+
ESS Corporal	0.22**	0.44**	0.38**	0.17*	0.22**	0.25**	-0.027+	0.44**	0.56**		0.28**	0.32**	0.22**
ELES Ameaça	0.27**	0.24**	0.22**	-0.012+	0.042+	0.048+	-0.045+	0.21**	0.28**	0.26**		0.64**	0.46**
ELES Submissão	0.41**	0.33**	0.37**	0.020+	0.035+	0.12+	0.069+	0.38**	0.29**	0.32**	0.64**		0.47**
ELES (Des)valor	0.18*	0.17*	0.19*	-0.11+	-0.04+	-0.02+	-0.17*	0.19*	0.13+	0.22**	0.46**	0.47**	

GPS ("General Paranoia Scale"); OAS ("Other as Shamer Scale"); ESS Carácter (Dimensão da vergonha do "carácter" da "Experience of Shame Scale"); ESS Comportamento (Dimensão da vergonha do "comportamento" da "Experience of Shame Scale"); ESS Corporal (Dimensão da vergonha "corporal" da "Experience of Shame Scale"); ELES Ameaça (Dimensão "ameaça" da "Early Life Experiences Scale"); ELES Submissão (Dimensão "submissão" da "Early Life Experiences Scale"); ELES (Des)valor (Dimensão de "(des)valorização da "Early Life Experiences Scale"); SPD (Sensitivity to Put Down: dimensões de "ansiedade/transtorno" versus "culpar a si próprio" (auto-culpa) versus "culpar os outros" (hetero-culpa); ** <0.01* <0.05+ não é estatisticamente significativo

(OAS) e “comportamentos de submissão” (SBS). Por fim, introduziram-se num terceiro bloco, as dimensões de atribuição da culpa perante as críticas pessoais da SPD (“culpar a si próprio” - auto-culpa *versus* “culpar os outros” – hetero-culpa). Os resultados são os seguintes: o modelo 1 (Bloco 1) apresenta um R de 0.424; $R^2 = 0.180$, sendo estatisticamente significativo [F(3,159)= 11.421, $p < 0.001$]. O modelo 2 (Bloco 2) apresenta um R de 0.653; $R^2 = 0.426$, sendo estatisticamente significativo [F(5,159)= 22.866 $p < 0.001$]. Por último, o modelo 3 (Bloco 3) apresenta um R de 0.689; $R^2 = 0.475$, sendo também estatisticamente significativo [F(7,159)= 19.659, $p < 0.001$]. Usou-se o procedimento de Durbin Watson para as Regressões Múltiplas de modo a controlar os efeitos de multi-colinearidade. A estatística de Durbin Watson apresentou o valor com $K = 7$ (7 regressores) $n = 165$ de 1.753. Este valor é maior do que o valor presente nas tabelas de $dU = 1.722$ ($n = 150$); logo não se rejeita a hipótese “nula” que afirma não haver correlações positivas de primeira ordem entre as variáveis. Para além disso, os valores de VIF encontram-se abaixo dos 5.0, o que demonstra que os efeitos da multi-colinearidade estão controlados. Ao analisar os modelos, constatou-se que no modelo 1, composto pelas dimensões da ELES como preditores da paranóia geral, só a dimensão da “submissão” emerge como um preditor estatisticamente significativo ($t = 4.439$, $p < 0.001$), explicando cerca de 43% da variância da paranóia geral. No caso do modelo 2, composto pelas variáveis de *ranking*, observou-se que a “vergonha externa” (OAS) emerge como sendo o melhor preditor da paranóia geral até o momento ($t = 6.471$, $p < 0.001$), explicando 57% da variância da paranóia geral. No entanto, os comportamentos de submissão da SBS não se apresentam como preditores da paranóia geral. Por outro lado, a dimensão da “submissão” da ELES, apesar de perder força como preditor na presença da vergonha externa (OAS) (contribuindo cerca de 22% para a previsão da variância da paranóia geral) continua a ser um preditor estatisticamente significativo ($t = 2.547$, $p < 0.05$). Estes resultados sugerem que ambas a “vergonha externa” (OAS) e as recordações de infância da “submissão” perante os pais e familiares (ELES), interagem entre si para explicar a variância da paranóia geral (OAS), já que quanto mais os indivíduos apresentam recordações de infância da “submissão” perante os pais, maior a vergonha externa enquanto adultos e logo maior a probabilidade da presença de ideação paranóide. Por fim, o modelo 3 demonstra que para além da dimensão da “submissão” da ELES e da “vergonha externa” (OAS), que continuam a ser preditores estatisticamente significativos da variância da paranóia geral ($t = 2.923$, $p < 0.005$ e $t = 6.767$, $p < 0.001$ respectivamente), a dimensão de “culpar a si próprio” (auto-culpa) (SPD) emerge na presença das variáveis mencionadas anteriormente, como sendo um preditor estatisticamente significativo da variância da paranóia geral. No entanto, “culpar a si próprio” perante a crítica pessoal apresenta uma tendência preditora negativa ($t = -3.693$, $p < 0.05$), adicionando a cerca de 24 % para a explicação da variância da paranóia (enquanto a “submissão” da ELES “vergonha externa” da OAS continuam a explicar 25% e a 57% respectivamente, sendo que a vergonha externa continua a ser o preditor mais forte da variância da paranóia geral). Os resultados sugerem que quanto menos auto-crítica mais paranóia. Logo, índices baixos de auto-crítica interagem com as recordações de infância de “submissão” e a “vergonha externa” para explicar a variância da paranóia geral. Em geral, a “vergonha externa” apresenta-se como o preditor mais estatisticamente significativo da variância da paranóia geral (OAS) ($\beta = 0.57$), seguido das recordações de infância da “submissão” (ELES) ($\beta = 0.25$) e de “culpar a si próprio” (auto-culpa) perante a crítica pessoal (SPD) ($\beta = 0.23$) (tabela 7).

Tabela 7. Regressão Linear Múltipla Directa com a paranóia geral (variável dependente) e as dimensões das recordações de infância de ambientes familiares ameaçadores; “vergonha externa”; “comportamentos de submissão”; dimensões de atribuição da culpa perante críticas pessoais como preditores

Preditores	R2		β	t	p	Estatística de Colineariedade	
	Change	F				Tolerância	VIF
	.180	11.421		14.089	.000		
Ameaça (ELES)			-.015	-.155	.877	.538	1.858
Submissão (ELES)			.436	4.439	.000	.546	1.832
(Des)valorização (ELES)			-.003	-.038	.970	.719	1.392
	.246	22.866		13.307	.000		
Ameaça (ELES)			.030	.359	.720	.530	1.886
Submissão (ELES)			.221	2.547	.012	.494	2.024
(Des)valorização (ELES)			-.038	-.524	.601	.715	1.399
Comportamentos de submissão (SBS)			-.048	-.563	.574	.502	1.990
Vergonha externa (OAS)			.569	6.471	.000	.481	2.078
	.049	19.659		10.552	.000		
Ameaça (ELES)			.003	.041	.967	.525	1.904
Submissão (ELES)			.251	2.923	.004	.469	2.131
(Des)valorização (ELES)			-.053	-.747	.456	.682	1.467
Comportamentos de submissão (SBS)			.026	.299	.766	.462	2.165
Vergonha externa (OAS)			.573	6.767	.000	.481	2.080
“Culpar a si próprio” (SPD)			-.237	-3.693	.000	.837	1.195
“Culpar os outros” (SPD)			.005	.077	.939	.858	1.165

ELES (Early Life Experiences Scale); OAS (Other as Shamer Scale); ESS (Experience of Shame Scale); SPD (Sensitivity to Put Down Scale)

IV.2. Estudo das variáveis da agressividade temperamental, psicopatologia e do bullying

*“What to say of it? what say of conscience grim,
that spectre in my path?”*

Chamberlayne, Paranóia

IV.2.1. Objectivos do estudo

O objectivo principal deste estudo pretendia investigar a relação entre a recordação de experiências traumáticas na infância e adolescência, tais como ser vítima de *bullying* e a presença de ideação paranóide e da suspeita numa amostra de estudantes Portugueses. Espera-se que os indivíduos que reconheçam terem sido vítimas de *bullying* apresentem mais ideação paranóide do que aqueles que não foram vítimas de *bullying*. O segundo objectivo pretende analisar a associação entre índices de psicopatologia de foro afectivo (depressão, ansiedade e *stress*) e, principalmente, entre a agressividade temperamental, nomeadamente, a hostilidade e os comportamentos de agressão física e a presença de ideação paranóide. Esperam-se encontrar também diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos paranóides *versus* indivíduos não-paranóides da versão Portuguesa da PEPS, relativamente aos componentes da agressividade temperamental, tais como os comportamentos de agressão física, verbal e da hostilidade.

IV.2.2. Resultados

Análises preliminares sugerem que a amostra apresenta uma distribuição normal das pontuações. A amostra não apresenta também índices elevados de depressão, ansiedade e *stress*, sendo semelhantes aqueles apresentados pela amostra de estudantes Portugueses de

Pais-Ribeiro e colegas (2004), portanto a distribuição é ligeiramente enviesada para a esquerda. As médias e desvios padrões são apresentados na tabela 8.

Tabela 8. Médias e desvios padrões para as variáveis em estudo

Variáveis	M	DP
GPS_ Total	44.14	9.69
PC - "frequência"	29.18	10.41
PC- "convicção"	37.45	15.29
PC - "transtorno/distress"	23.40	16.87
PC_ Total	126.51	71.18
DASS - "depressão"	8.59	9.60
DASS- "ansiedade"	6.43	7.02
DASS - "stress"	12.29	9.32
DASS_ Total	27.31	23.61
AQ - "agressão física"	18.01	7.19
AQ - "agressão verbal"	15.23	3.25
AQ - "raiva"	19.44	4.84
AQ - "hostilidade"	19.50	5.68
AQ_ Total	72.20	16.13
BVQ_ Total frequência de vitimações de <i>bullying</i>	20.66	7.10

GPS "General Paranoia Scale"; PC "Paranoia Checklist"; DASS "Depression Anxiety Stress Scales"; AQ (Aggression Questionnaire); BVQ "*Bullying/Victim Questionnaire*"

IV.2.2.1. Diferenças entre os géneros

Os dados sugerem, de acordo com o que foi observado por Freeman e colegas (2005a) numa amostra Inglesa, não haver diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres relativamente às dimensões dos pensamentos paranóides da PC. Mais, embora as mulheres pareçam demonstrar mais "transtorno/"*distress*" que os homens, a diferença entre os géneros não era suficientemente forte para alcançar significância estatística ($t(163) = 1.735163$, $p = .085$). Sendo assim, observa-se, de acordo com o que foi registado por Freeman e colegas (2005 a), que a diferença entre sexos relativamente ao "transtorno" causado pelos pensamentos paranóides é reduzida. Por outro lado, os homens apresentaram índices significativamente mais elevados de "agressão física" ($M = 21.59$, $DP = 7.74$) que as mulheres ($M = 16.78$, $DP = 6.59$), sendo a diferença entre os géneros estatisticamente significativa ($t(163) = -3.602$, $p < 0.01$). Deve-se referir que não existem diferenças significativas entre os géneros para as restantes dimensões da agressividade temperamental (AQ) e para as dimensões da psicopatologia do foro afectivo (DASS42) (tabela 9).

Os dados sugerem também que 67.3% dos 165 participantes não relatam terem sido alguma vez vítimas de *bullying* no BVQ, enquanto 32.7% relatam terem sido vítimas de *bullying* a certa altura das suas vidas. Quanto ao género dos participantes que relataram terem sido vítimas de *bullying*, das 123 mulheres, só 39 (31.70%) relataram terem sido vítimas de *bullying* no BVQ enquanto dos 42 homens, 15 (35.70%) relataram terem sido vítimas de *bullying*. Dos 54 participantes que relataram terem sido vítimas de *bullying* 15 (27.77%) eram homens e 72.2% eram mulheres, o que quer dizer que, embora hajam consideravelmente mais mulheres a relatarem experiências de vitimação por *bullying*, o número de homens da amostra total é consideravelmente inferior ao das mulheres, logo há ligeiramente mais homens (da amostra total dos homens) a relatarem terem sido vítimas de *bullying* do que mulheres (da amostra total das mulheres).

Tabela 9. Diferenças entre géneros para as variáveis em estudo

Variáveis	Homens n= 42		Mulheres n= 123		t	p
	M	DP	M	DP		
GPS_Total	45.80	10.19	43.57	9.49	-1.291	n.s.
PC - "frequência"	29.47	10.46	29.08	10.48	-0.207	n.s.
PC- "convicção"	36.11	14.11	37.91	15.70	0.654	n.s.
PC - "transtorno/distress"	19.52	16.99	24.72	16.69	1.735	0.085
DASS - "depressão"	10.02	9.76	8.10	9.53	-1.118	n.s.
DASS- "ansiedade"	6.26	5.78	6.48	7.41	0.179	n.s.
DASS - "stress"	10.97	8.53	12.73	9.57	1.059	n.s.
Total_AQ	75.23	18.33	71.16	15.25	-1.296	n.s.
AQ - "agressão física"	21.59	7.74	16.78	6.59	-3.602	<0.001
AQ - "agressão verbal"	15.50	3.31	15.14	3.23	-0.600	n.s.
AQ - "raiva"	18.52	4.27	19.76	5.00	1.551	n.s.
AQ - "hostilidade"	19.61	6.50	19.64	5.40	-0.139	n.s.
BVQ_ Total frequência de vitimações por <i>bullying</i>	18.73	6.78	21.41	7.17	1.246	n.s.

GPS "General Paranóia Scale"; PC "Paranóia Checklist"; DASS "Depression Anxiety Stress Scales"; AQ (Aggression Questionnaire); BVQ "Bullying/Victim Questionnaire"

IV.2.2.2. Correlações entre as variáveis

Como se pode constatar na tabela 10, a paranóia geral medida pela GPS apresentou correlações positivas e estatisticamente significativas com as dimensões da PC: "frequência" ($r = 0.57, p < .001$); "convicção" ($r = 0.42, p < .001$) e "transtorno"/"distress" ($r = 0.51, p < .001$). A paranóia geral também se correlacionou positiva e moderadamente com as dimensões da psicopatologia de foro afectivo da DASS42: "depressão" ($r = 0.42, p < 0.001$); "ansiedade" ($r = 0.28, p < 0.001$) e com o "stress" ($r = 0.27, p < 0.001$). A paranóia geral também se correlacionou positiva e moderadamente com as dimensões da "agressão física" ($r = 0.41, p < 0.001$) e da "hostilidade" ($r = 0.68, p < 0.001$) temperamentais do AQ, apresentando uma correlação fraca mas estatisticamente significativa com a dimensão da "raiva" temperamental ($r = 0.28, p < 0.01$). As dimensões de psicopatologia da DASS42 apresentaram correlações positivas e fracas, embora estatisticamente significativas com a dimensão da "agressividade física" temperamental do AQ ($r = 0.020, p < 0.05$ no caso da "depressão"; $r = 0.21, p < 0.01$ no caso da "ansiedade" e $r = 0.24, p < 0.01$ no caso do "stress"). Mais, as dimensões da "ansiedade" e do "stress" da DASS42 mas não da "depressão" ($r = 0.11$) correlacionaram-se positivamente com a dimensão da "agressão verbal" temperamental do AQ ($r = 0.256, p < .001$ para a "ansiedade" e $r = 0.259, p < .001$ para o "stress"). As dimensões da psicopatologia da DASS42 também apresentaram correlações positivas e moderadas com a dimensão de "raiva" temperamental do AQ ($r = 0.22, p < 0.01$ para a "depressão"; $r = 0.25, p < 0.01$ para a "ansiedade" e $r = .49, p < 0.01$ para o "stress" respectivamente). Por fim, as todas as dimensões da psicopatologia da DASS apresentaram as correlações positivas mais fortes com a dimensão da "hostilidade" do AQ ($r = 0.45, p < 0.01$ para a "depressão"; $r = 0.34, p < 0.01$ para a "ansiedade" e $r = 0.42, p < 0.01$ para o "stress" respectivamente). Por sua vez, a frequência de vitimações por *bullying* medida pelo BVQ apresentou correlações positivas e moderadas com as dimensões da "frequência" de pensamentos paranóides da PC ($r = 0.40, p < 0.01$) e da "convicção" de pensamentos paranóides ($r = 0.43, p < 0.001$) mas não com a dimensão do "transtorno"/"distress" ($r = .14$). A frequência de vitimações por *bullying* apresentou também uma correlação moderada mas estatisticamente significativa com a dimensão da "hostilidade" temperamental do AQ ($r = 0.31, p < 0.05$). Logo, os resultados sugerem em

primeiro lugar, que a paranóia sub-clínica está associada a sintomas de depressão, ansiedade e stress e à presença de um temperamento e atitudes agressivas e hostis. Em segundo lugar, os resultados sugerem também, que ser vítima de *bullying* está associado à hostilidade temperamental e à presença de ideação paranóide sub-clínica.

Tabela 10. Correlações entre as variáveis em estudo

	GPS total	PC freq	PC conv	PC trans	DASS Depre	DASS Ans	DASS Stress	AQ AgreFis	AQ AgreVerb	AQ Raiva	AQ Hostil	BVQ TotFreq Bully
GPS_total		0.57**	0.42**	0.51**	0.42**	0.28**	0.27**	0.41**	0.05+	0.28**	0.68**	0.24+
PC_freq	0.57**		0.59**	0.48**	0.42**	0.34**	0.36**	0.31**	0.055+	0.31**	0.60**	0.40**
PC_conv	0.42**	0.59**		0.43**	0.33**	0.27**	0.34**	0.34**	0.17*	0.34**	0.36**	0.43**
PC_trans	0.51**	0.48**	0.43**		0.35**	0.16*	0.20**	0.18*	-0.079+	0.11+	0.39**	0.14+
DASS_Depre	0.42**	0.42**	0.33**	0.35**		0.70**	0.78**	0.20*	0.11+	0.22**	0.45**	0.20+
DASS_Ans	0.28**	0.34**	0.27**	0.16*	0.78**		0.74**	0.21**	0.256**	0.259**	0.34**	0.11+
DASS_Stress	0.27**	0.36**	0.34**	0.20**	0.70**	0.74**		0.24**	0.259**	0.49**	0.415**	0.22+
AQ_AgreFis	0.41**	0.31**	0.34**	0.18*	0.206*	0.21**	0.24**		0.386**	0.527**	0.48**	0.18+
AQ_AgreVerb	0.052+	0.055+	0.176*	-0.079+	0.115+	0.25**	0.259**	0.386**		0.44**	0.19*	0.031+
AQ_Raiva	0.287**	0.31**	0.41**	0.116+	0.22**	0.259**	0.49**	0.527**	0.44**		0.49**	0.128+
AQ_Hostil	0.68**	0.60**	0.36**	0.39**	0.458**	0.34**	0.415**	0.48**	0.19*	0.49**		0.31*
BVQ_TotFreqBully	0.24+	0.40**	0.43**	0.14+	0.20+	0.11+	0.22+	0.189+	0.031+	-0.128	0.31*	

GPS (General Paranóia Scale); PC_Freq (dimensão “frequência” da Paranóia Checklist); PC_Conv (dimensão “convicção” da Paranóia Checklist); PC_Trans (dimensão “transtorno” da Paranóia Checklist); DASS_Depre (dimensão de “depressão” da Depression Anxiety Stress Scales); DASS_Ans (dimensão de “ansiedade” da Depression Anxiety Stress Scales); DASS_Stress (dimensão de “stress” das Depression Anxiety Stress Scales); AQ_AgreFis (dimensão de “agressão física” do Aggression Questionnaire); AQ_AgreVerb (dimensão de “agressão verbal” do Aggression Questionnaire); AQ_Raiva (dimensão da “raiva” do Aggression Questionnaire); AQ_Hostil (dimensão de “hostilidade” do Aggression Questionnaire); TotFreqBully (Total da frequência de vitimações por *bullying* do *Bullying/Victim* Questionnaire- BVQ); ** <0.001 *<0.005 + não-significativo

IV.2.2.3. Análise de Regressão Linear Múltipla “directa” com a paranóia geral como variável dependente e as variáveis de afecto negativo, agressividade e o total da frequência de vitimações por *bullying* como preditores

Procedeu-se a uma análise de regressão linear múltipla “directa” com o intuito de analisar a contribuição das dimensões do AQ (agressão física, agressão verbal, raiva e hostilidade); das dimensões da DASS42 (depressão, ansiedade e *stress*) e o total da frequência das vitimações por *bullying* do BVQ para a previsão da variância da paranóia geral medida pela GPS. Dado que as variáveis da psicopatologia de foro afectivo estão usualmente associadas à ideação paranóide, foram introduzidas como preditores em primeiro lugar no modelo. Em seguida, introduziu-se a variável do total da frequência de vitimações por *bullying* do BVQ e por fim analisou-se o contributo das variáveis da agressividade temperamental (introduzem-se as dimensões da agressividade: agressão física, agressão verbal, raiva e hostilidade no modelo). Utilizou-se o procedimento de Durbin Watson para as Regressões Múltiplas, com o intuito de controlar os efeitos de multi-colineariedade. A estatística de Durbin Watson apresentou o valor com $K=8$ (8 regressores) $n=165$ de 1.748. Este valor é maior do que o valor presente nas tabelas de $dU=1.737$ ($n=150$), logo não se rejeita a hipótese “nula” que afirma não haver correlações positivas de primeira ordem entre as variáveis. Para além disso, os valores de VIF encontram-se abaixo dos 5.0, o que demonstra que os efeitos da multi-colinearidade estão controlados. Os resultados mostram que o modelo 1 (bloco 1) apresenta um R de 0.34; $R^2=0.11$ e não é estatisticamente significativo [$F(3,53)=2.186$ $p=0.10$]. Por outro lado, o modelo 2 (blo-

co 2) apresenta um R de 0.70; $R^2 = 0.49$, sendo estatisticamente significativo [$F(4,53) = 11.809$ $p < 0.001$]. O modelo 3 apresenta um R de 0.72; $R^2 = 0.53$ sendo também estatisticamente significativo [$F(5,53) = 10.885$ $p < 0.001$]. Por fim o modelo 4 apresenta um R de 0.76; $R^2 = 0.58$ sendo estatisticamente significativo [$F(6,53) = 10.872$ $p < 0.001$].

Tabela 11. Análise de Regressão Linear Múltipla “directa” com a paranóia geral como variável dependente e as dimensões da agressividade (AQ), do afecto negativo (DASS) e da frequência das vitimações por Bullying (BVQ) como variáveis independentes

Preditores	R ²	R ² change	F	β	t	p
	0.116	0.116	2.186			
Depressão (DASS)				0.530	2.008	0.050*
Stress (DASS)				-0.053	-0.201	n.s.
Ansiedade (DASS)				-0.216	-0.834	n.s.
	0.491	0.375	11.809			
Depressão (DASS)				0.321	1.556	n.s.
Stress (DASS)				-.385	-1.838	0.072+
Ansiedade (DASS)				0.030	0.146	n.s.
Hostilidade (AQ)				0.699	6.006	0.000***
	0.531	0.041	10.885			
Depressão (DASS)				0.226	1.102	n.s.
Stress (DASS)				-0.357	-1.751	0.086+
Ansiedade (DASS)				0.161	0.780	n.s.
Hostilidade (AQ)				0.748	6.485	0.000***
Agressão Verbal (AQ)				-0.229	2.037	0.005**
	0.581	0.050	10.872			
Depressão (DASS)				0.257	1.311	n.s.
Stress (DASS)				-0.390	-1.199	0.051+
Ansiedade (DASS)				0.139	0.072	n.s.
Hostilidade (AQ)				0.631	5.225	0.000***
Agressão Verbal (AQ)				-0.306	-2.728	0.009***
Agressão Física (AQ)				0.281	2.366	0.022**

DASS (*Depression Anxiety Stress Scales*); AQ (*Aggression Questionnaire*); *** $p < 0.001$ ** $p < 0.005$ * $p < 0.05$; + quase estatisticamente significativo; n.s. não é estatisticamente significativo

Ao analisar a contribuição das variáveis da psicopatologia de foro afectivo, só a “depressão” (DASS) apresenta-se como um preditor estatisticamente significativo, explicando 53% da variância da paranóia geral ($t = 2.008$, $p = 0.05$). No entanto, quando as variáveis da agressividade temperamental são inseridas na análise, pode-se constatar que de todas as dimensões da agressividade temperamental do AQ, só a “hostilidade” contribui significativamente, adicionando cerca de 74% para a previsão da variância da paranóia geral ($t = 6.00$, $p < 0.001$). Mais, na presença das variáveis da agressividade temperamental, enquanto a “depressão” deixa de

ter poder enquanto preditora, há uma tendência para o “*stress*” (DASS) contribuir de forma negativa para a previsão da variância da paranóia geral, embora não seja suficientemente forte para alcançar significância estatística ($t = -1.832$, $p = 0.072$). Isto, quer dizer que, a presença de sintomas de “depressão” parecem estar associados à paranóia geral, mas uma vez que se introduzem variáveis da agressividade temperamental, a depressão perde importância e em vez disso, observa-se uma associação entre a “hostilidade” temperamental e índices elevados de paranóia geral. Por último, a “agressão física”, na presença do total da frequência de vitimação por *bullying*, demonstra também força moderada como preditora, sendo estatisticamente significativa ($t = 2.366$, $p < 0.05$), enquanto a “hostilidade” ganha ainda mais força como preditora da paranóia, sendo também estatisticamente significativa ($t = 5.225$, $p < 0.001$). Para além da “agressão física”, a “agressão verbal” surge também como preditora da variância da paranóia geral, apresentando no entanto, uma tendência de previsão negativa ($t = -2.728$, $p = 0.009$). Por outro lado, o “*stress*” ganha ainda mais força, sendo um preditor quase estatisticamente significativo da variância da paranóia ($t = -1.999$, $p = 0.051$). Logo, quando todas as variáveis são inseridas no modelo, as variáveis da psicopatologia de foro afectivo da DASS-42 perdem força de previsão, restando as variáveis da agressividade temperamental, nomeadamente a “hostilidade” que se apresenta como o preditor mais forte, explicando 63% da variância da paranóia geral, seguida da “agressão verbal” que explica cerca de 30% da variância e, por último, a “agressão física” que, por sua vez, explica cerca de 28% da variância da paranóia geral. Isto, quer dizer que, quanto mais a “hostilidade”, mais “agressão física” e menos “agressão verbal” temperamentais, maiores são os índices de paranóia geral (tabela 11).

IV.2.2.4. Contrastes planeados entre o Grupo Paranóide e o Grupo Não-Paranáide para as variáveis multi-dimensionais da ideação paranóide; as dimensões da psicopatologia depressiva; da agressividade e para a frequência das vitimações por *bullying*

Fizeram-se contraste planeados entre os Grupos Paranóide (GP) *versus* Não -Paranáide (GNP) do PEPS (Ellet, Lopes & Chadwick, 2003) com o intuito de analisar através de testes *t* de *amostras independentes* as diferenças entre estes dois grupos para as variáveis de afecto negativo (DASS), para as dimensões dos pensamentos paranóides (PC), para a agressividade temperamental e as suas dimensões (AQ) e para o total da frequência de vitimações por *bullying* (BVQ).

Os resultados sugerem, tal como seria de esperar, que o Grupo paranóide apresentou níveis mais elevados ideação paranóide (PC) ($M = 178.92$, $DP = 71.887$) do que o Grupo não - paranóide ($M = 99.60$, $DP = 54.542$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(158) = -7.173$, $p < .001$). Observou-se que o GP apresentou então índices mais elevados da “frequência” de pensamentos paranóides (PC) ($M = 35.56$, $DP = 12.4078$); da “convicção” dos pensamentos paranóides (PC) ($M = 44.98$, $DP = 15.3785$) e do “transtorno”/“*distress*” dos pensamentos paranóides (PC) ($M = 29.09$, $DP = 18.083$) do que o GNP (“frequência”: $M = 25.98$, $DP = 7.543$; “convicção”: $M = 33.75$, $DP = 14.152$ e “transtorno”/“*distress*” (PC): $M = 20.48$, $DP = 15.585$, respectivamente), sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas em todas as dimensões da PC: “frequência” ($t(158) = -5.243$, $p < .001$); “convicção” ($t(158) = -4.507$, $df = 158$, $p < .001$) e “transtorno”/“*distress*” cuja diferença entre os dois grupos é a menos significativa estatisticamente das três dimensões da PC ($t(158) = -2.995$, $p = .003$]. Logo, os resultados sugerem que o Grupo paranóide apresentou uma frequência significativamente maior associada a um grau de convicção mais forte e a um transtorno maior dos pensamentos paranóides do que o Grupo não-paranáide (tabela 11).

Para além destas diferenças, observou-se também que o Grupo paranóide apresentou mais sintomas da psicopatologia de foro afectivo (DASS) ($M= 36.74$, $DP= 27.301$) do que o Grupo não - paranóide ($M= 22.55$, $DP= 20.490$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(158) = -3.706$, $p= .004$). Observou-se que o GP apresentou então índices mais elevados de “depressão” ($M= 11.72$, $DP= 11.41$); de “ansiedade” ($M= 8.81$, $DP= 8.090$) e de “stress” ($M= 16.20$, $DP= 18.380$) (DASS) do que o GNP (“depressão”: $M= 7.15$, $DP= 11.313$; “ansiedade”: $M= 5.18$, $DP= 6.181$ e “stress”: $M= 10.21$, $DP= 8.153$), sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas em todas as dimensões da DASS: “depressão” ($t(158) = -2.893$, $p= .004$); “ansiedade” ($t(158) = -3.168$, $p= .002$) e “stress” cuja diferença entre os dois grupos é a mais significativa estatisticamente das três dimensões de afecto negativo ($t(158) = -4.000$, $p < 0.001$) (tabela 11). Logo, os resultados sugerem que o Grupo paranóide apresentou significativamente mais sintomas de depressão, ansiedade e stress do que o Grupo não-paranóide, demonstrando, assim, maior propensão para o afecto e humor negativos.

O Grupo paranóide demonstrou níveis mais elevados da agressividade temperamental (AQ) ($M= 79.84$, $DP= 16.231$) do que o Grupo não-paranóide ($M= 68.23$, $DP= 14.661$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(158) = -4.475$, $p < 0.001$) (tabela 11). Relativamente às dimensões da agressividade temperamental, observou-se que o GP apresentou níveis mais elevados de “agressão física” temperamental (AQ) ($M= 20.67$, $DP= 7.922$) do que o GNP ($M= 16.71$, $DP= 6.514$), sendo esta diferença entre os grupos estatisticamente significativa ($t(158) = -3.183$, $p= .002$). Os resultados sugerem que o GP é muito mais agressivo fisicamente do que o GNP. Por outro lado, observou-se que, embora haja uma tendência para o GP ser mais agressivo verbalmente que o GNP, a diferença entre os dois grupos não era forte o suficiente para atingir significância estatística ($t(158) = -1.203$, $p= .623$).

Apesar de não haver uma diferença significativa entre os dois grupos na dimensão de “agressão verbal” (AQ), os resultados demonstram que o GP apresentou índices significativamente mais elevados de “raiva” temperamental (AQ) ($M= 21.16$, $DP= 4.843$) que o GNP ($M= 18.57$, $DP= 4.671$), sendo esta diferença entre os dois grupos, e ao contrário do que foi observado anteriormente, estatisticamente significativa ($t(158) = -3.253$, $p= .002$). Por fim, o GP apresentou também índices mais elevados de “hostilidade” temperamental (AQ) ($M= 22.49$, $DP= 5.471$) que o GNP ($M= 17.96$, $DP= 5.171$), sendo esta diferença entre os dois grupos a mais significativa estatisticamente das dimensões de agressividade ($t(158) = -5.062$, $p < 0.001$). Os resultados sugerem, então, que o GNP tem mais propensão para a agressividade a nível temperamental, comportamental e afectiva, nomeadamente para ser mais agressivo fisicamente, apresentar mais raiva e uma maior hostilidade em relação aos outros que o GP. A razão do GP apresentar níveis significativamente mais elevados de hostilidade que o GNP pode ser explicada pelo facto da paranóia ser caracterizada usualmente pelos sentimentos de ressentimento, frustração, amargura e raiva em relação aos outros (Fenigstein & Venable, 1992). Por último, o GP apresentou também uma frequência maior de vitimações por *bullying* ($M= 23.45$, $DP= 8.064$) do que o GNP ($M= 16.68$, $DP= 2.511$), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(158) = -3.797$, $p < 0.001$). Este resultado parece sugerir que o GP recorda significativamente mais de experiências traumáticas em que foi vítima de *bullying* por parte dos outros do que GNP, o que não só indica uma provável associação entre a ideação paranóide com a crença da *intencionalidade* da malevolência dos outros e a experiência de *bullying*, mas também parece dar suporte ao argumento que o *bullying* é uma experiência traumática que poderá estar por detrás do aparecimento da paranóia (Campbell e Morrison, 2007).

Tabela 12. Contrastes planeados entre o Grupo paranóide versus o Grupo não-paranóide para as dimensões da ideação paranóide, do afecto negativo, da agressividade e para a frequência de vitimações por *bullying*

Variáveis	Grupo Paranóide n= 55		Grupo Não-Paranáide n= 105		t	p
	Média	DP	Média	DP		
PC_Total	44.98	15.37	99.60	54.54	-7.713	0.000***
PC_frequência	29.09	18.08	25.98	7.54	-5.243	0.000***
PC_convicção	36.74	27.30	33.75	14.15	-4.507	0.000***
PC_transtorno/distress	11.72	11.44	20.48	5.58	-2.995	0.003**
DASS42_Total	8.81	8.09	22.55	20.42	-3.706	0.000***
DASS42- Depressão	16.20	10.38	7.15	8.31	-2.893	0.004**
DASS42- Ansiedade	79.94	16.23	5.18	6.18	-3.167	0.002**
DASS42- Stress	20.67	7.92	10.21	8.15	-4.000	0.000***
AQ_Total	15.61	3.11	68.23	14.66	-4.475	0.000***
AQ_agressão física	21.16	4.84	16.71	6.51	-3.183	0.002**
AQ_agressão verbal	22.49	5.47	14.99	3.16	-1.203	n.s.
AQ_raiva	23.45	8.06	18.57	4.67	-3.252	0.002**
AQ_hostilidade	44.98	15.37	17.96	5.17	-5.062	0.000***
BVQ_Total frequência de vitimações por <i>bullying</i>	29.09	18.08	16.68	2.51	-3.797	0.000***

PC (Paranóia Checklist); DASS (Depression Anxiety Stress Scales); AQ (Aggression Questionnaire); BVQ (Bullying/Victim Questionnaire); *** p<0.001; ** p<0.005; *p<0.05; n.s.= não-significativo

IV.2.2.5. Diferenças entre o Grupo Vítimas de *Bullying* versus o Grupo de Não-Vítimas de *Bullying* para as variáveis em estudo

Utilizou-se o mesmo procedimento de Campbell e Morrison (2007) com o intuito de formar dois grupos diferentes, um de vítimas de *bullying* versus um de não-vítimas de *bullying*. Desta forma, analisaram-se as respostas dadas pelos participantes no BVQ (Solberg & Olweus, 2003) à seguinte pergunta de resposta fechada “alguma vez foi vítima de actos mal-dosos e de *bullying* por parte dos seus colegas durante a sua infância até ao preciso momento?”. Os participantes tinham que responder num formato dicotómico: “sim” versus “não”. Logo, os participantes que respondiam “sim” eram classificados como fazendo parte do Grupo Vítimas de *Bullying* (GVB) enquanto os participantes que respondiam “não” eram classificados como fazendo parte do Grupo Não-Vítimas de *Bullying* (GNVB). Os resultados mostram que 54 (32.72%) participantes do total de 165 reconhecem terem sido vítimas de *bullying* enquanto 111 participantes (67.27%) não se recordam de alguma vez terem sido vítimas de *bullying*.

IV.2.2.5.1. Diferenças entre o GVB e o GNVB relativamente às dimensões dos pensamentos paranóides (PC)

O Grupo Vítimas de *bullying* (GVB) apresentou níveis mais elevados de ideação paranóide (PC) (M= 142.33, DP= 79.892) que o Grupo Não-Vítimas de *bullying* (GNVB) (M= 118.81, DP= 65.551), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(163) = -2.009$, $p < .001$). Os resultados sugerem também que o GVB demonstrou níveis mais elevados da “frequência” de pensamentos paranóides (PC) (M= 32.11, DP= 12.512); da “convicção” de pensamentos paranóides (PC) (M= 39.94, DP= 14.922) e do “transtorno”/“*distress*” de pensamentos paranóides (PC) (M= 24.83, DP= 18.837) que o GNVB (“frequência”: M= 27.76, DP= 8.946; “convicção”: M= 36.24, DP= 15.393 e “transtorno”/“*distress*”: M= 22.70, DP= 15.877 respectivamente). Apesar de haver uma tendência para o GVB demonstrar mais “convicção” e mais “transtorno” na PC que o GNVB, a única diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos encontra-se na dimensão da “frequência” de pensamentos paranóides ($t(163) = 2.284$, $p = .025$). Logo, os resultados sugerem que, no geral, o GVB demonstrou níveis mais

elevados de ideação paranoide na PC, apresentando significativamente uma maior frequência de pensamentos paranoídes que o GNVB. Mais, tendo em conta uma outra medida da paranóia para uma população não-clínica, pode-se observar que o GVB apresentou níveis mais elevados de paranóia geral (GPS) ($M= 45.88$, $DP= 10.642$) que o GNP ($M= 43.297$, $DP= 9.13395$), embora esta tendência não seja forte o suficiente para ser estatisticamente significativa ($t(163)= 1.535$, $p= .128$) (tabela 13).

Relativamente à outra medida da paranóia sub-clínica, o teste Mann-Whitney demonstrou que o GVB apresentava uma média de 102.81 enquanto o GNVB apresentava uma média de 73.26 na versão Portuguesa do PEPS. A diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa [Mann-Whitney = 1927.000; $Z= 4.425$, $p= .000$]. O resultado sugere, assim, que o Grupo Vítimas de *Bullying* relatava significativamente mais experiências classificadas de “paranóia” no PEPS que o Grupo de Não-Vítimas de *Bullying*.

IV.2.2.5.2. Diferenças entre o GVB e o GNVB relativamente à vergonha interna (ESS) e à vergonha externa (OAS)

Os resultados dos testes t de amostras independentes mostram que o GVB apresentou níveis mais elevados de vergonha interna (ESS) ($M= 48.79$, $DP= 10.093$) do que o GNVB ($M= 42.97$, $DP= 11.006$), sendo esta diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ($t(163) = 2.819$, $p= .006$). Mais, o GVB demonstrou níveis mais elevados de vergonha do “carácter” ($M= 20.83$, $DP= 6.245$); do “comportamento” ($M= 19.38$, $DP= 5.793$) e “corporal” (ESS) ($M= 8.57$, $DP= 3.311$) que o GNVB (vergonha do “carácter”: $M= 18.69$, $DP= 5.552$; do “comportamento”: $M= 17.20$, $DP= 4.805$ e “corporal”: $M= 7.07$, $DP= 2.357$, respectivamente). As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas para todas as dimensões da vergonha interna (ESS). Os resultados apresentam uma diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa, embora sendo mais fraca das três, para a vergonha do “carácter” ($t(163) = 2.139$, $p= .035$) e apresentam também uma diferença estatisticamente significativa para a vergonha do “comportamento” ($t(163) = 2.395$, $p= .019$) e por fim, uma diferença estatisticamente significativa, sendo a mais forte de todas, para a vergonha “corporal” ($t(163) = 2.985$, $p= .004$). Sendo assim, os resultados sugerem que o Grupo de vítimas de *bullying* apresentou significativamente mais vergonha das características pessoais, dos seus comportamentos e da aparência física que o Grupo de não-vítimas de *bullying*. De facto e de acordo com o se encontra na literatura, as vítimas de *bullying* demonstram níveis elevados de vergonha das suas aparências físicas e isto deve-se ao facto de assumirem que são alvo do *bullying* por parte dos colegas por terem uma aparência física indesejável (Gilbert e colegas, 2005) (tabela 13).

Para além disso, o GVB apresentou também níveis mais elevados de vergonha externa (OAS) ($M= 23.14$, $DP= 10.974$) que o GNVB ($M= 19.20$, $DP= 10.139$), sendo esta diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ($t(163) = 2.218$, $p= .029$). Logo, o Grupo de vítimas de *bullying* demonstrou ter mais vergonha do que os outros pensam sobre eles(as) que o Grupo de não-vítimas de *bullying*. Concluindo, os estudantes que recordam terem sido vítimas de *bullying* apresentaram significativamente mais vergonha dos seus traços de personalidade, comportamentos e aparência (vergonha interna) e vergonha das percepções negativas dos outros (vergonha externa).

IV.2.2.5.3. Diferenças entre o GVB e o GNVB relativamente a recordações de infância de ameaça percebida no seio familiar e de submissão perante pais e familiares (ELES)

O GVB apresentou mais recordações de infância da ameaça percebida no seio familiar (ELES) ($M= 33.37$, $DP= 9.9475$) que o GNVB ($M= 28.73$, $DP= 9.664$), sendo esta diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ($t(163)= 2.834$, $p= .006$). Mais, o GVB apresentou mais recordações de “ameaça” por parte dos pais em relação a si próprios ($M= 12.24$, $DP= 4.990$); de “submissão” perante os pais e familiares ($M= 13.31$, $DP= 4.4210$) e mais sentimentos de “(des)valorização por parte dos pais e familiares ($M= 7.81$, $DP= 2.510$) (ELES) que o GNVB (recordações de “ameaça” por parte dos pais: $M= 10.54$, $DP= 4.554$; recordações de “submissão” perante pais e familiares: $M= 11.09$, $DP= 4.094$ e de “(des)valorização” por parte dos pais e familiares; $M= 7.09$, $DP= 2.888$). Os resultados apresentam, por um lado, uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos relativamente às recordações de “ameaça” por parte dos pais (ELES) ($t(163) = 2.112$, $p= .037$) e uma diferença estatisticamente significativa, sendo a mais forte das duas, para as recordações de “submissão” perante pais e familiares (ELES) ($t(163)= 3.094$, $p= .003$), por outro lado, embora haja uma tendência para o GVB recordar mais sentimentos de “(des)valorização” (ELES), não era suficientemente forte para alcançar significância estatística ($t(163)= 1.634$, $p= .103$) (tabela 13). Concluindo, os resultados parecem sugerir que as vítimas de *bullying* reconhecem terem experienciado significativamente mais “ameaças” na infância por parte dos seus pais e familiares, apresentando significativamente mais comportamentos de submissão e sentimentos associados de subordinação e desvalorização pelos pais e familiares do que as não-vítimas de *bullying*. Sendo assim, ser vítima de *bullying* na infância poderá, de facto, estar associado a experiências traumáticas na família como, por exemplo, o abuso físico por parte dos pais e à presença de comportamentos de submissão por parte da criança de forma a evitar o conflito com os pais.

IV.2.2.5.4. Diferenças entre o GVB e o GNVB relativamente às dimensões de psicopatologia de foro afectivo

Os resultados sugerem, de acordo com o que foi encontrado por Campbell e Morrison (2007), que o GVB apresentou níveis mais elevados de psicopatologia depressiva, ansiosa e de *stress* (DASS-42) ($M= 34.90$, $DP= 29.912$) que o GNVB ($M= 23.62$, $DP= 18.922$), sendo a diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($t(163)= -2.537$, $p= .013$). Desta forma, o GVB apresenta, assim, mais “depressão” ($M= 11.46$, $DP= 11.751$), “ansiedade” ($M= 8.79$, $DP= 9.523$) e “*stress*” ($M= 14.64$, $DP= 10.568$) (DASS) que o GNVB (“depressão”: $M= 7.19$, $DP= 8.059$; “ansiedade”: $M= 5.27$, $DP= 5.076$ e “*stress*”: $M= 11.14$, $DP= 8.475$, respectivamente). As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas para todas as dimensões da psicopatologia (DASS-42), sendo a diferença mais significativa entre os dois grupos na dimensão da “ansiedade” ($t(163)= 2.554$, $p= .013$), seguida da diferença na dimensão da “depressão” ($t(163)= 2.406$, $p= .019$) e, por último, a diferença na dimensão do “*stress*” ($t(163)= 2.217$, $p= .036$) (tabela 12). As vítimas de *bullying* demonstraram mais sintomas de ansiedade, de depressão e de *stress*, apresentando, assim, uma maior sintomatologia de distúrbios de humor do que as não-vítimas de *bullying*. Em conclusão, ser vítima de *bullying* poderá estar associado à presença de sintomas de depressão, tal como é sugerido na literatura (Campbell e Morrison, 2007). Por último, deve-se referir que, embora o GVB apresente uma tendência para mostrar mais comportamentos de submissão (SBS), mais índices de raiva perante a crítica

pessoal (SPD) e “agressividade física” e “hostilidade” (AQ) que o GNVB, as diferenças entre os grupos não eram suficientemente fortes para alcançar significância estatística.

Tabela 13. Diferenças entre o Grupo de Vítimas de *bullying* versus o Grupo de Não-Vítimas de *bullying* relativamente às dimensões da ideação paranóide (PC), à paranóia geral (GPS), à vergonha interna (ESS) e vergonha externa (OAS); aos comportamentos de submissão (SBS) e às dimensões do afecto negativo (DASS); da agressividade (AQ) e da sensibilidade à crítica (SPD)

	Grupo Vítimas de <i>bullying</i> (GVB) N=54		Grupo de Não-Vítimas de <i>bullying</i> (GNVB) N=111		t	p
	M	DP	M	DP		
PC_total	142.33	79.892	118.81	65.551	2.009	.000
PC_frequência	32.11	12.512	27.76	8.946	2.284	.025
PC_convicção	39.94	14.922	36.24	15.393	1.479	.142
PC_transtorno	24.83	18.837	22.70	15.877	.717	.476
GPS_total	45.88	10.642	43.30	9.134	1.535	.128
DASS42_total	34.90	29.912	23.62	18.922	2.537	.013
DASS42-depressão	11.46	11.751	7.19	8.059	2.406	.019
DASS42-ansiedade	8.79	9.523	5.27	5.076	2.554	.013
DASS42-stress	14.64	10.568	11.14	8.475	2.217	.036
ELES_total	33.37	9.9475	28.73	9.664	2.834	.006
ELES_ameaça	12.24	4.990	10.54	4.554	2.112	.037
ELES_submissão	13.31	4.4210	11.09	4.094	3.094	.003
ELES_(des)valorização	7.81	2.510	7.09	2.888	1.634	.103
ESS_total	48.79	10.093	42.97	11.006	2.819	.006
ESS_carácter	20.83	6.245	18.69	5.552	2.139	.035
ESS_comportamento	19.38	5.793	17.20	4.805	2.395	.019
ESS_corporal	8.57	3.311	7.07	2.357	2.985	.004
OAS_total	23.14	10.974	19.20	10.139	2.218	.029
AQ_total	75.11	17.372	70.78	15.374	1.558	.123
AQ_agressão física	19.20	6.641	17.43	6.925	1.440	.153
AQ_agressão verbal	15.47	3.457	15.11	3.115	.653	.515
AQ_raiva	19.94	5.155	19.20	4.696	.887	.337
AQ_hostilidade	20.48	6.309	19.02	5.468	1.496	.138
SBS_total	22.35	8.019	20.45	9.015	1.365	.175
SPD_ansiedade	49.25	26.725	53.02	23.192	.885	.378
SPD_raiva	65.05	15.778	61.79	15.828	1.245	.216
SPD_autoculpa	39.24	20.447	37.56	19.029	.505	.615
SPD_heteroculpa	62.13	20.603	59.53	19.442	.765	.443

Versões Portuguesas da DASS—Depression Anxiety Stress Scales; PC – Paranóia Checklist; PEPS (Personal Experience of Paranóia Scale); ELES (Early Life Experiences Scale); ESS (Experience of Shame Scale); OAS (Other As Shamer Scale); AQ (Agression Questionnaire); SBS (Submission Behaviour Scale); SPD (Sensitivity to Put Down); **A negrito** encontram-se as diferenças estatisticamente significativas ao nível de $p < .05$

IV.3. Discussão

A paranóia é um fenómeno complexo sendo resultado de vários factores diferentes de cariz social, cognitivo e biológico (Freeman, 2007). Um dos objectivos do primeiro estudo, era o de comparar os resultados numa amostra de estudantes Portugueses relativos à presença de crenças paranóides com os resultados de amostras Inglesas e Norte-Americanas, considerando que estes sugerem que 33.3% estudantes Portugueses ($n= 55$) de um total de 165 relataram na medida da PEPS experiências claramente paranóides comparativamente aos 47% de 324 estudantes Ingleses (Ellet, Lopes & Chadwick, 2003). Deste modo, os resultados na PEPS com uma amostra Portuguesa são muito semelhantes aos obtidos numa amostra Inglesa; ambas amostras são compostas por um grupo moderadamente grande de estudantes universitários que apresentam a crença paranóide da *intencionalidade da malevolência dos outros em relação a nós próprios*. O grupo paranóide da amostra Inglesa era ligeiramente maior do que o grupo paranóide da amostra Portuguesa do nosso estudo, visto que a amostra Inglesa também era li-

geiramente maior que a amostra Portuguesa. A única diferença entre as duas amostras relativamente aos resultados na PEPS, centra-se no número de indivíduos classificados como grupo “ambíguo”, visto que a amostra Inglesa apresenta um número significativamente mais elevado de indivíduos classificados neste grupo do que a amostra Portuguesa e isso deve-se ao facto da amostra Inglesa ser consideravelmente maior, o que faz com que contenha uma grande variedade de indivíduos, incluindo aqueles que demonstram outro tipo de crenças e comportamentos que não paranóide. No entanto, é importante referir que as duas amostras apresentam uma distribuição normal, não apresentando, assim, uma maioria de indivíduos de um lado do contínuo de ideação paranóide. No geral, pode-se argumentar que as experiências e pensamentos paranóides que incluem a crença da intenção dos outros em fazer-nos mal são experiências comuns para os estudantes independentemente das suas nacionalidades e contexto cultural.

O primeiro estudo apresentava um outro objectivo, que tencionava analisar as diferenças entre os géneros na nossa amostra relativamente às variáveis de *ranking*: a “vergonha externa”; a “vergonha interna”; os “comportamentos de submissão”; a sensibilidade e atribuição da culpa perante as críticas à pessoa; a ideação paranóide geral e as recordações de um ambiente familiar ameaçador na infância e de comportamentos de submissão perante pais e familiares. Os resultados sugerem que as mulheres apresentam significativamente mais vergonha das suas características pessoais (i.e. vergonha interna); dos seus comportamentos e da aparência física do que os homens. Estas diferenças entre os géneros podem ser o resultado da visão ainda tradicional do protótipo feminino, em que a sociedade apresenta valores que pressionam as mulheres para que tenham uma aparência física ideal, já que uma aparência física perfeita está associada a uma variedade de características positivas e a recompensas. Para além disso, a mulher é também escrutinada e constantemente avaliada segundo normas de comportamento, o que faz com que seja importante apresentar os devidos comportamentos e características pessoais que sejam aceites. Os resultados sugerem também que as mulheres apresentam significativamente mais raiva/irritação e mais ansiedade/transtorno, quando criticadas, do que os homens. Isto, quer dizer que, as mulheres são mais sensíveis à crítica que os homens.

Os objectivos principais do primeiro estudo pretendiam, por um lado, avaliar as diferenças entre os grupos do PEPS: Paranóide *versus* Não-Paranáide relativamente às variáveis de *ranking*; às recordações de infância de ameaça percebida de ambientes familiares perigosos e sensibilidade à crítica e, por outro lado, pretendia analisar a relação entre a paranóia (GPS) e a variáveis da “vergonha externa” (OAS); “vergonha interna” (ESS); comportamentos de submissão (SBS); sensibilidade à crítica (SPD) e as recordações de infância de ambientes familiares perigosos (ELES). Primeiro, fizeram-se contrastes planeados usando testes *t* de amostras independentes entre o Grupo Paranóide *versus* o Grupo Não-Paranáide do PEPS. Os nossos resultados mostram que o Grupo Paranóide apresenta significativamente mais vergonha externa (OAS); mais comportamentos de submissão (SBS); mais vergonha do “carácter”, do “comportamento” e “corporal” (ESS); mais recordações de infância de ambientes de “ameaça” percebida por parte dos pais e mais “submissão” perante pais e familiares e sentimentos de “desvalorização” por parte da família (ELES) do que o Grupo Não-Paranáide, não havendo diferenças entre os dois relativamente à sensibilidade à crítica (SPD). Isto, quer dizer que os indivíduos, que têm a crença da maelvolência intencional dos outros (PEPS), sendo assim claramente paranóides, apresentam também vergonha em relação à imagem que os outros têm deles(as) e em relação às suas características pessoais, comportamentos e aparência física, para além de apresentarem vergonha externa. Estes indivíduos recordam também significati-

vamente mais memórias de ameaça percebida na infância de ambientes familiares perigosos, de comportamentos de submissão perante os pais e de sentimentos de desvalorização e de frieza por parte dos pais. Logo parece que ser paranóide está associado à vergonha externa e interna, a comportamentos de submissão e a experiências de infância que são percebidas como sendo “ameaçadoras” e traumáticas em que o indivíduo paranóide sentiu que foi rejeitado, desvalorizado e sujeito a ser submisso por parte dos pais e familiares (Gilbert e colegas, 2005).

Desta forma e de modo a avaliar melhor a relação entre a paranóia e as variáveis de *ranking* (vergonha externa e submissão), de atribuição de culpa e de percepções de ameaça no seio familiar, procedeu-se a análise de regressão linear múltipla *directa* que demonstrou que a vergonha externa (OAS) (i.e. a vergonha relativa ao que nós achamos como os outros nos vêm) é o preditor mais significativo da variância da paranóia geral, seguido da dimensão da “submissão” da ELES e da dimensão de “culpar a si próprio” da SPD. Isto, quer dizer que, a “vergonha externa”, como traço individual, é uma característica chave dos indivíduos paranóides (Gilbert et. al, 2005; Goss *et al.*, 1994). Mais, a percepção de ambientes familiares perigosos em que o indivíduo lembra ter uma posição subordinada na família, que faz com que apresente comportamentos de submissão na infância perante os seus pais e familiares, também poderá influenciar o aparecimento de ideação paranóide na idade adulta. De facto, os indivíduos paranóides parecem viver num mundo hostil e frio e qualquer tipo de afiliação e afecto por parte dos outros é vista como sendo altamente improvável (Gilbert e colegas, 2005). Isto quer dizer que, desde cedo, o indivíduo paranóide aprende que não pode “confiar nos outros” para se sentir seguro(a), aceite e para afecto, já que o tipo de relação que tem com os seus pais é uma relação de poder em que o indivíduo percebe os seus pais como sendo poderosos e controladores, impondo as suas vontades através de ameaças. Estes sentimentos em relação aos pais poderão levar ao desenvolvimento de esquemas sobre as relações sociais e à adopção de papéis sociais claramente paranóides, em que os outros podem fazer mal e a forma de o evitar é através de comportamentos submissos (Gilbert, 1989). Sendo assim, ser submisso está associado à “vergonha externa”, pois esta é um aspecto da sensibilidade interpessoal e refere-se à preocupação excessiva com o que os outros pensam sobre nós e principalmente com o que os outros podem fazer em relação a nós. A vergonha externa por sua vez, está associada a memórias traumáticas e tem um impacto emocional muito forte, pois o indivíduo teme sempre que os outros o vejam de forma negativa. Este medo e preocupação parece ter influência na ideação paranóide, pois o indivíduo que apresenta paranóia numa perspectiva das mentalidades sociais, tem que lutar pelo poder e pelo estatuto na hierarquia social, o que faz com que tenha que estar atento ao que os outros pensam sobre ele(a), de forma a regular os comportamentos direccionados a si e a evitar o conflito, mantendo-se assim, seguro (a) (Gilbert *et al.*, 2005). Deste modo, a vergonha externa poderá levar a uma maior ideação paranóide. Mais, o facto de se apresentar vergonha em relação ao que os outros pensam, interage com as recordações de uma infância em que se é submisso, já que a vergonha externa está associada a experiências negativas, e à presença de um estilo atribucional externo, ou seja, a atribuir as causas não a si próprio (auto-crítica, estilo interno) mas às circunstâncias, sorte, etc. enquanto adulto. Este estilo atribucional ao *locus* externo é utilizado como forma de defesa contra os outros ao tentar esconder defeitos percebidos do carácter (Bentall e colegas, 1994). Sendo assim, este estilo parece estar ligado a sentimentos de raiva, hostilidade temperamental, a níveis normais a baixos de depressão e a índices de uma auto-estima explícita elevada (McKay, Langdon e Colthart, 2005).

Os nossos resultados parecem assim, estar de acordo com a teoria das mentalidades sociais (Gilbert *et al.*, 2002), que sugere que as crianças que foram submetidas a posições de submissão, subordinação e de baixo estatuto sentem, enquanto adultos, que foram rejeitadas pelos próprios pais e como tal apresentam comportamentos de submissão na infância. Por conseguinte estas crianças podem desenvolver quando adultos, sentimentos de vergonha externa e consequente ideação paranóide, para além de uma grande variedade de problemas emocionais e psicológicos.

Deve-se ter cuidado em extrapolar dos resultados – já que este estudo é correlacional o que implica que não se pode argumentar que a percepção de experiências traumáticas em criança, que foram potencialmente perigosas, emocionalmente perturbadoras e problemáticas – que hajam antecedentes traumáticos na infância para o desenvolvimento de ideação paranóide na idade adulta. Pode-se, sim, constatar que os dois fenómenos estão relacionados, já que o experienciar de ambientes familiares ameaçadores poderá moldar os comportamentos e os traços do indivíduo que, enquanto adulto, irá apresentar ideação paranóide associada à vergonha externa, de forma a lidar com a percepção da hostilidade, rejeição e crítica por parte dos outros.

O segundo estudo deste capítulo tinha como objectivos analisar a influência de sintomas de depressão, ansiedade e stress e de um temperamento hostil na paranóia e estudar a presença do “*bullying*”, verificando as diferenças entre indivíduos que reconhecem terem sido vítimas de “*bullying*” versus os que não reconhecem terem sido vítimas de *bullying* relativamente à experiência de ambientes familiares “ameaçadores” na infância e principalmente à presença de ideação paranóide sub-clínica. Este estudo propôs então, analisar a relação entre a paranóia e índices de depressão, ansiedade e *stress* e a agressividade temperamental. Para tal, fez-se uma análise de regressão linear múltipla que demonstra numa amostra de 165 estudantes que a variância da paranóia geral é explicada significativamente por uma interacção entre sentimentos de “hostilidade” e de “agressão física”. Logo, as dimensões de agressividade parecem ter força explicativa da variância da paranóia, enquanto as dimensões da psicopatologia de foro afectivo, nomeadamente a depressão, embora tivessem poder para explicar a variância da paranóia geral, na presença das dimensões da agressividade temperamental, perdem força estatística. Sendo assim, como era esperado, há uma associação entre o aumento de níveis de paranóia geral e a presença de sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e da agressividade temperamental, nomeadamente, de índices de “agressão física” e de “hostilidade” associados a uma descida dos índices de “agressão verbal”. Logo, a paranóia parece estar associada a um afecto e humor negativos e ainda à agressividade temperamental, nomeadamente, a atitudes hostis e a temperamentos agressivos fisicamente (Freeman *et al.*, 2005 *a*).

Por outro lado, o objectivo principal do segundo estudo era o de analisar a relação entre a paranóia e a vitimação por *bullying* e, pela primeira vez, segundo o nosso conhecimento, apresentam-se resultados que sugerem que há dois antecedentes para a ideação paranóide numa população não-clínica de estudantes, sendo estes as experiências traumáticas na escola (vitimação de *bullying* infligido por colegas) e as experiências associadas de um ambiente familiar perigoso e consequentes comportamentos de submissão na infância perante pais e familiares (vitimação infligida por pais e familiares na infância). De facto, contrastes planeados demonstram que as vítimas de *bullying* recordam significativamente mais experiências traumáticas na infância do que as não-vítimas. Isto, quer dizer que os indivíduos que foram vítimas de *bullying* apresentaram também mais experiências traumáticas na infância, nomeadamente a experiência de ambientes familiares ameaçadores. Os nossos resultados parecem estar

de acordo com os dados de Baldry (2003) sobre o *bullying* por colegas e pais. Baldry (2003) observou que as crianças que eram vítimas de *bullying* na escola eram também vítimas de abusos físicos por parte dos pais. Logo, o *bullying* surge como sendo um fenómeno muito importante na vida dos jovens estudantes para além das experiências de infância no seio familiar. Os resultados de testes *t* de amostras independentes entre o Grupo de vítimas de *bullying* versus o Grupo de não-vítimas de *bullying* apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos não só para as recordações de experiências traumáticas durante a infância dentro do seio familiar mas também para a frequência de pensamentos paranóides, dimensões da psicopatologia de foro afectivo e para dois tipos de vergonha. De facto, os resultados sugerem que ser vítima de *bullying* não só está associado a uma presença mais significativa estatisticamente de uma frequência maior de pensamentos paranóides; mais sintomas psicopatológicos (níveis mais elevados de depressão, ansiedade e *stress*); mas também a mais vergonhas externa (vergonha do que os outros pensam sobre nós) e interna, nomeadamente, a mais vergonha das características pessoais, do comportamento pessoal e da aparência física.

Deste modo, os nossos resultados estão de acordo com o que foi observado por Seals e Young (2003), que encontraram uma associação entre ser vítima de *bullying* e a depressão. Mais, os nossos dados parecem dar suporte aos resultados de Campbell e Morrison (2007) que sugerem que o *bullying*, as crenças sobre as experiências traumáticas e os sintomas de psicose, podem estar por detrás do desenvolvimento e consistência ao longo do tempo da ideação paranóide. O facto do nosso grupo, que reconhece ter sido vítima de *bullying*, apresentar significativamente uma “frequência” maior de ideação paranóide, parece sugerir que há uma associação entre o *bullying* e a paranóia, visto que as experiências traumáticas de *bullying* poderão ajudar a desenvolver e a manter a ideação paranóide. No entanto, deve-se ser cauteloso e ter em conta que o facto dos estudantes, que reconhecem e lembraram terem sido vítimas de *bullying* serem também paranóides, pode ser explicado pelo simples facto do esquema paranóide do indivíduo, que induz ideias da perseguição dos outros, poder levar à exclusão e rejeição por parte dos mesmos, fazendo com que estes(as) o (a) vitimizem, ao demonstrarem comportamentos de *bullying* contra o próprio (a). Por outras palavras, a paranóia poderá provocar a vitimação por *bullying* e não o contrário. Infelizmente, os resultados não permitem demonstrar claramente que há uma relação directa entre ser vítima de *bullying* e o aparecimento de ideação paranóide. Com efeito, seria necessário fazer um estudo longitudinal, de forma a analisar uma relação de causa-efeito. No entanto e apesar disso, este estudo parece dar suporte ao argumento que o *bullying* é um fenómeno que tem um impacto que perdura desde a infância até à idade adulta e as consequências de ser vítima de *bullying* parecem persistir, sendo diversas e nefastas (Campbell & Morrison, 2007). O *bullying* poderá então, estar por detrás do aparecimento dos distúrbios de humor (sintomas de depressão), ao desenvolver a vergonha das características pessoais e da aparência física e ao instaurar da ideação paranóide. Concluindo, o perfil psicológico apresentado pelas vítimas de *bullying* caracterizado por vergonhas interna e externa, afecto negativo e recordações de experiências traumáticas no seio familiar, poderá constituir uma vulnerabilidade psicológica para o aparecimento de ideação paranóide. Com efeito, o facto de se ter vergonha das características pessoais interage com o medo do que os outros pensam sobre nós, levando a que sintamos mais depressão, ansiedade e *stress* o que, por sua vez, não só faz com que sejamos mais vulneráveis à exclusão, rejeição e abuso por parte dos outros como também estes comportamentos de *bullying* por si próprios, levam ao desenvolver dos sentimentos de vergonha e afecto negativo que alimentam por sua vez, uma visão paranóide do

mundo. Logo, há um círculo vicioso que se instaura entre ser vítima de *bullying* e as características pessoais da vergonha, medo dos outros, afecto negativo e a ideação paranóide. Mais, a experiência do trauma percebido na escola sob a forma de *bullying* e em casa, sob a forma de “ameaças” dos pais em relação à criança e os consequentes comportamentos de submissão, podem levar ao aparecimento de distúrbios psicológicos. Por fim, os resultados do nosso estudo também sugerem que a presença de um temperamento e atitudes agressivas em relação aos outros apresentam uma associação significativa com a paranóia. Tal como foi previsto, testes *t* de amostras independentes entre o Grupo Paranóide versus Não-Paranáide do PEPS mostram que o Grupo paranóide apresenta índices mais elevados de agressão física, de raiva e de hostilidade temperamentais do que o Grupo não-paranáide. Isto, quer dizer que, os indivíduos da nossa amostra, que reconhecem terem ideação paranóide e a crença da intenção da malevolência dos outros, apresentam também um temperamento agressivo, que se manifesta pela tendência de serem agressivos fisicamente, de apresentarem sentimentos de raiva e de terem ressentimentos em relação aos outros. O grupo paranóide não só é mais agressivo, como apresenta também significativamente mais sintomatologia depressiva que o grupo não-paranáide e uma frequência maior de vitimação por *bullying*. Mais uma vez, constata-se que a paranóia está associada à agressividade temperamental, sintomas de depressão, ansiedade e stress e ao *bullying*, já que os indivíduos paranóides, são mais agressivos temperamentalmente, apresentam uma frequência maior de experiências traumáticas de abuso por parte de colegas (*bullying*) e mais sintomas de depressão, ansiedade e stress que os outros indivíduos. À luz da teoria das mentalidades sociais, a presença da agressividade temperamental, poderá ser vista como uma defesa, ou seja, um estilo de *coping* usado pelos indivíduos para lidarem com as experiências de *bullying* e de um ambiente familiar perigoso (Gilberte, 2002). O facto do indivíduo apresentar atitudes hostis faz com que este(a) não só consiga lidar com as suas percepções de malevolência dos outros contra si, justificando-as com comportamentos agressivos, mas também se defenda dos abusos percebidos dos outros (pais e colegas) em relação a si próprio (Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005). A agressividade e a raiva temperamentais, agem como mecanismos de defesa que se tornam mal adaptativos, pois, se inicialmente poderão proteger o indivíduo do abuso dos outros, com o tempo irão levar ao aparecimento de ideação paranóide que, por sua vez, aumenta ainda mais as tendências agressivas, já que, se os outros podem constituir um perigo, então o indivíduo tem que estar preparado e reagir agressivamente (i.e. “fight”). As suas reacções agressivas e atitudes hostis aumentam assim, a probabilidade dos outros rejeitarem, excluírem e praticarem actos de malevolência contra o próprio, justificando a sua paranóia (Gilbert, 2001). Os nossos dados estão assim de acordo com os argumentos de vários autores, visto que eles sugerem, tal como foi argumentado por Lovibond e Lovibond (1995), que os sentimentos negativos e agressividade temperamental estão associados a um estado permanente de “raiva” e de *stress*, ou seja, um estado da activação persistente de um sistema de alerta, de tensão e de pouca tolerância para a frustração. Mais, os nossos resultados também estão de acordo com a teoria de mentalidades sociais, já que segundo Gilbert *et al.* (2005), dependendo do estatuto social do indivíduo, quando o sistema de vigilância para o perigo é activado, os níveis de *stress* e agressividade aumentam levando a que estes sejam mais hostis e paranóides. Desta forma, a associação entre a agressividade e hostilidade temperamentais, depressão e *stress*, e a paranóia, que é observada no nosso estudo, parece confirmar o argumento de Freeman e Garety (2003) que o afecto negativo ajuda a manter a ideação paranóide, já que os indivíduos que são paranóides, tal como foi observado no nosso estudo, irão apresentar de forma consistente um afecto negativo e uma maior agressividade temperamental, que mantêm a paranóia e vice-versa.

CAPÍTULO V

Comparações entre a esquizofrenia paranóide e a ansiedade social relativamente às variáveis de ranking, psicológicas, afectivas e familiares: influências das experiências traumáticas e do *bullying* na paranóia

Estudo das variáveis de ranking, psicológicas, afectivas e familiares

Objectivos

Método

Design e Procedimento

Resultados

Estudo do *bullying*

Objectivos

Análise preliminar do *bullying* na escola

Discussão

Capítulo V

Comparações entre a esquizofrenia paranóide e a ansiedade social relativamente às variáveis de *ranking*, psicológicas, afectivas e familiares: influências das experiências traumáticas e do *bullying* na paranóia

*“Another side of life we all well know
 A part of the soul that doesn’t glow
 Fright is the fruit... fear too
 Paranóia, oh vow...
 Mental disorder avows
 Excitement about something phobia of nothing
 The dynamic subconscious in a part-time bliss
 Living on the other side where paranóia abides...
 Keeping the soul alive, without the tranquilize
 Neurosis for all, occasionally the call
 The old paranóia...
 The incidental protocol”*

Dennis Arthur Dames “Collected Poems” (2002)

Este capítulo irá apresentar um estudo realizado com uma amostra clínica mista composta por indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide *versus* indivíduos que sofrem de ansiedade social.

V.1. Estudo das variáveis de *ranking*, psicológicas, afectivas e familiares

V.1.1. Objectivos

O primeiro objectivo do estudo pretende, por um lado, comparar os dados apresentados por indivíduos de uma amostra de estudantes que apresentam ideação paranóide na PEPS com os indivíduos de uma amostra clínica, concedendo, assim, suporte ao argumento de um contínuo entre as experiências normais da “paranóia” e as experiências de delírios paranóides (Freeman, 2007) e, por outro lado, conceder suporte ao argumento de Trower e Chadwick (1996) de que o estilo “poor me” (coitado de mim) está associado a níveis baixos de depressão clínica. Para tal, irão analisar-se os dados descritivos da versão Portuguesa da PEPS.

Em segundo lugar, este estudo pretende parametrizar em dois grupos clínicos diferentes, ansiosos sociais *versus* esquizofrénicos paranóides, as semelhanças e diferenças de perfis psicológico e fenomenológico em termos de variáveis afectivas, psicológicas, comportamentais, *ranking*, experiências traumáticas na escola e na família e estilos de vinculação adulta.

Consequentemente, estamos especialmente interessados em testar as seguintes hipóteses:

a) Os esquizofrénicos paranóides devem apresentar, significativamente, mais crenças de superioridade em relação aos outros em comparação social que o grupo ansioso social (Gilbert e colegas, 2005)

b) Os esquizofrénicos paranóides devem apresentar menos sintomatologia depressiva e, estando a paranóia relacionada com o medo daquilo que os outros podem/poderão fazer e com o que os outros pensam sobre eles, deve, igualmente, apresentar significativamente mais vergonha externa do que os ansiosos, cuja atenção é focada no *self* defeituoso.

c) A paranóia, sendo caracterizada pela ideia de perseguição, deverá apresentar com significância mais agressividade física, verbal, raiva e sentimentos de hostilidade do que a ansiedade social, que se caracteriza pela preocupação em agradar aos outros.

d) Os esquizofrénicos paranóides deverão apresentar significativamente mais recordações de infância relacionadas com experiências de “ameaça na família”, comportamentos de submissão perante elementos familiares, abuso físico e frieza por parte dos pais do que os ansiosos sociais. Espera-se assim que os indivíduos diagnosticados com esquizofrenia paranóide apresentem um historial de trauma físico e psicológico relacionado com experiências de abuso por parte dos pais.

96

V.1.2. Método

V.1.2.1. Recrutamento dos participantes

Recrutaram-se 61 participantes dos Hospitais Psiquiátricos Magalhães Lemos, Hospital Universitário de Coimbra e Hospital Sobral Cid. A fase de recrutamento foi feita entre Junho de 2008 e Janeiro de 2009, tendo o estudo em si durado à volta de 12 meses. O estudo obteve aprovação pelas Comissões Éticas dos Hospitais acima referidos e todos os Participantes deram consentimento escrito para participação no estudo. Os critérios de inclusão para definição dos grupos foram: diagnósticos de Esquizofrenia Paranóide (F 20.0-CID10) (Classificação Internacional de Doenças) (295.30) (DSM-IV Diagnostic Statistic Manual) e de Ansiedade Social (F 40.1- CID 10; 300.23 – DSM-IV). Todos os participantes eram de nacionalidade Portuguesa, apresentando-se compensados no momento da participação e, portanto, capazes de compreenderem os objectivos do estudo e de darem consentimento. Os participantes demonstravam ausência de historial de factores orgânicos que pudessem estar associados a etiologia de sintomas psicóticos, assim como com o uso e consumo de drogas e substâncias psico-activas. No caso do Grupo de Esquizofrenia Paranóide, a presença de distúrbio de pensamento e de sinais negativos foram critérios de exclusão, já que este tipo de sintomas é um indício evidente de um funcionamento cognitivo deteriorado que afectaria o desempenho no estudo (Bentall, Rowse, Shryane, Kinderman, Howard, Blackwood, Moore e Corcoran, 2009). No momento em que se recrutaram os participantes, Psiquiatras com mais de 20 anos de experiência e que acompanhavam os doentes há mais de 1 ano fizeram uma revisão aos diagnósticos baseada em notas clínicas e nos dados obtidos pela *Brief Psychiatric Rating Scale* - BPRS (Lukoff *et al.*, 1986) (instrumento de diagnóstico usado normalmente para avaliar os sintomas *positivos* e *negativos* da Esquizofrenia), pela entrevista ADIS-IV e pelas respostas obtidas na “Fear of Negative Evaluations Scale”(FNE) (Watson & Friend, 1969) “*Medo de Avaliação Negativa*” (Pinto-Gouveia *et al.*, 1986) e na “*Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social*” EAESDIS (instrumentos que são aplicados para um diag-

nóstico de Ansiedade social e que apresentam, deste modo, fiabilidade clínica (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003). A experiência de delírios e alucinações no momento da selecção foi avaliada, em entrevista, pelos Psiquiatras. Caso os participantes respondessem afirmativamente a perguntas-chave como: "Sente que está a ser perseguido de alguma maneira?" e "Alguma vez sentiu que há uma conspiração contra si?" (perguntas sobre o conteúdo paranóide dos delírios), então eram classificados como tendo experiências recentes de delírios paranóides de cariz persecutório.

Dos 61 participantes, 31 referiram ter experienciado recentemente delírios paranóides encontrando-se neste momento compensados, apresentando, assim, sintomatologia para o diagnóstico de Esquizofrenia Paranóide. Por outro lado, 30 participantes apresentavam sintomatologia consistente com o diagnóstico de Ansiedade Social (não apresentavam delírios, nem sintomas de psicose). Ambos os grupos clínicos estavam a receber medicação psiquiátrica naquele momento e que consistia em ansiolíticos e anti-psicóticos por injeção semanal. Para os dois grupos, foram igualmente definidos como critérios de exclusão o abuso de drogas e historial de traumatismo craniano ou de uma doença física grave.

V.1.2.2. Instrumentos

Neste estudo, os participantes tinham que preencher a versão Portuguesa da PC (Freeman e colegas, 2005 *a*; traduzida e adaptada por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, *em preparação*), que é uma medida multi-dimensional da ideação paranóide. Os participantes têm que descrever, para cada um dos 18 itens, o grau de frequência, de convicção e de transtorno (i.e. *distress* emocional) dos pensamentos paranóides. Neste estudo, os alphas de Cronbach foram de 0.96, 0.94 e 0.95 respectivamente (amostra total). Os participantes tinham ainda que preencher as versões Portuguesas da SBS (Allan & Gilbert 1997; *Escala de Submissão* traduzida e adaptada por Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2004), que mede comportamentos de submissão; da OAS (Goss, Gilbert & Allan, 1994; traduzida e adaptada por Lopes, B., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J., *em preparação*), que mede índices de "vergonha externa" e do AQ (Buss & Perry, 1992; traduzido e adaptado por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*), que por sua vez, mede a agressividade temperamental e as suas dimensões de agressão física e verbal, de raiva e de hostilidade. O nosso estudo apresentou alphas de Cronbach na amostra total de 0.89 e de .094 para a SBS e a OAS respectivamente. Os alphas de Cronbach para cada uma das dimensões do AQ foram: 0.84 (agressão física); 0.69 (agressão verbal); 0.80 (raiva) e 0.81 (hostilidade), respectivamente, demonstrando que a escala é bastante fiável. Para além destes questionários, os participantes tinham que preencher as seguintes medidas:

Inventário de Depressão de Beck (BDI-2) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1999).

Esta medida contém 21 itens que medem vários aspectos sintomatológicos da depressão, sendo usada de forma consistente na literatura (Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005). O BDI apresenta correlações satisfatórias com outras medidas da depressão como a *Hamilton Rating Scale for Depression* (Beck, Steer e Garbin, 1988). Em 1987 um grupo de investigadores, do qual fazia parte Beck, sugerem os seguintes valores de corte: Normal – 0 a 9; Depressão Leve – 10 a 20; Depressão Moderada – 20 a 30; Depressão Severa – valores superiores a 30. O estudo das suas propriedades mostrou que é um instrumento com boa fidedignidade e validade. Neste estudo, este inventário apresenta um alpha de Cronbach para amostra total de 0.84

Escala de Comparação Social (SCS; *Social Comparison Scale*, Allan, S. & Gilbert, P., 1995; adaptação de Gato, J. & Pinto-Gouveia, J., 2003)

Esta escala permite medir a forma como a pessoa se compara nos relacionamentos interpessoais. O questionário começa com uma frase incompleta: “No relacionamento com os outros sinto-me...”, à qual os sujeitos terão de responder situando num referencial semântico a sua posição face a dois construtos bipolares (e.g. inferior/superior, incompetente/mais competente, antipático/mais simpático), cotados numa escala de Likert de 1 a 10, exprimindo-se acerca da forma como se percebem relativamente a cada construto. Na adaptação da escala para a população portuguesa, tal como na escala original, foram extraídos 2 factores: *hierarquia* (e.g. inferior/superior, incompetente/competente, mais fraco/mais forte) e *ajustamento social* (e.g. inadaptado/adaptado, rejeitado/aceite, diferente/igual). Os valores de consistência interna obtidos foram satisfatórios, comparativamente e no que concerne ao *alphas* de Cronbach de .82 e .78 no estudo de Gato, 2003, sendo de .87 e .84 para a amostra total do nosso estudo.

Medo da Avaliação Negativa (FNE; *Fear of Negative Evaluations*, Watson e Friend, 1969; Tradução e adaptação Pinto Gouveia, J.; Fonseca, L.; Robalo, M.; Allen, A.; Matos, A.P. & Gil, E., 1986)

Esta escala avalia a preocupação sentida ao nível das interações sociais e a ansiedade social, isto é, mede a expectativa e a emoção negativa pelos outros e o evitamento de situações negativas. Ela é composta por 30 itens, cujo formato de resposta e de tipo Likert é o seguinte: 1 representa “Descreve de um modo nada característico a minha maneira de ser” e o 5 “Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser”. Os totais podem variar entre 12 a 60. As pontuações maiores indicam a presença de ansiedade social mais severa. A consistência interna desta escala foi considerada excelente por Leary (1983) apresentando um *alpha* de Cronbach de .90. Neste estudo obtivemos o resultado para o total da amostra de .90.

Escala de Vinculação do Adulto (EVA; Canavarro, C. 1995; tradução e adaptação Portuguesa da *Adult Attachment Scale*; Collins & Read, 1990).

Esta escala mede três tipos de vínculos afectivos em relações adultas: vinculação “segura” (i.e. parceiros percebidos como responsivos e como fonte de segurança), vinculação “ansiosa” (i.e. desejo em manter a proximidade com os companheiros, incerteza quanto à presença e disponibilidade dos parceiros) e vinculação “evitante” (i.e. percepção dos companheiros como fontes indutoras de *stress*, apresentando estratégias para minimizar a importância da relação). A escala é composta por 18 itens cotados numa escala tipo Likert de 5 pontos. O sujeito deve assinalar o grau em que cada uma das afirmações descreve a forma como se sente e funciona nas relações afectivas. Quanto aos estudos de fidelidade, o total da escala apresentou um *alpha* de Cronbach de .81, a sub-escala “ansiedade” de .84, a sub-escala “conforto com a proximidade” de .67 e a sub-escala “confiança nos outros” de .54 (Canavarro, Dias e Lima, 2006), a partir da junção das amostras de Canavarro (1997), Tereno *et al.* (2001) e Almeida (2005). Esta última versão do instrumento também mostrou índices de validade adequados. No presente estudo, a consistência interna foi avaliada mediante o *alpha* de Cronbach, de onde se obtiveram valores inferiores para a sub-escala “conforto com a proximidade” (.63) e, principalmente, para o total da escala (.17). As sub-escalas “ansiedade” e “confiança nos outros”, alcançaram um valor de .85 e .27, respectivamente. Nesta investigação, estes coeficientes apresentaram valores de .89, .86, .71, e .76, respectivamente.

Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) de Ventura, Green, Shaner, & Liberman (1993)

A BPRS é uma entrevista semi-estruturada composta por 24 itens que medem a presença e o grau de severidade dos sintomas psiquiátricos. A BPRS foi utilizada neste estudo com o intuito de medir a presença de delírios paranóides de conteúdo persecutório nas amostras clínicas. Os itens desta escala são avaliados através de uma escala de Likert que varia entre 0 (“não avaliado”) a 7 (“extremamente severo”) (Lukoff tal., 1986). As pontuações vão desde 24 a 168. A BPRS é dividida em quatro factores: “anergia ou avolição”, “ansiedade”, “distúrbio do pensamento” e “desorganização”. Para o propósito deste estudo, juntaram-se os itens que mediam ideação persecutória e daí emergiu o factor “Hostilidade” que é próprio da paranóia (ver Tariot, Podgorski, Blazini, Leibvici, 1993). A BPRS é, deste modo, um instrumento usado de forma consistente para medir os sintomas “positivos”, “negativos” e de afecto dos indivíduos que apresentam Psicoses, especialmente no caso da esquizofrenia. A investigadora que administrou a BPRS foi treinada de modo a obter níveis aceitáveis de fiabilidade através de um avaliador treinado em critérios (ICC + .80)(Ventura, Green, Shaner, & Liberman, 1993).

The Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q) de Bifulco, Bernazzani, Moran e Jacobs (2005) Traduzido e Adaptado por Serafim Carvalho *et al.* (2006)

A CECA Q. é um questionário baseado nas respostas dadas numa entrevista retrospectiva sobre experiências de infância como a negligência parental, abuso físico e sexual. Este questionário apresenta 17 itens que abordam os cuidados parentais. Dos 17 itens, 8 itens abordam experiências de antipatia, ou seja, hostilidade, frieza e rejeição parental em relação à criança, enquanto outros 9 itens abordam experiências de negligência, ou seja, o desinteresse parental em relação à prestação de cuidados essenciais à criança (*e.g.* dar de comer, vestir, etc.). Os respondentes têm que responder aos 17 itens em relação à negligência e antipatia da figura materna e aos mesmos 17 itens para a figura paterna. As respostas são dadas numa escala de Likert de 1 (“sim totalmente”) a 5 (“de maneira alguma”). Este questionário também aborda a questão do abuso físico, que é definido em termos de ataques físicos repetidos como, por exemplo, bater, esmurrar, pontapear, por parte dos familiares da criança. Os respondentes têm que responder em separado quanto às experiências de abuso físico perpetrados pela figura materna *versus* a figura parental. Por último, a CECA Q aborda também experiências de abuso sexual, que são descritas como sendo o contacto físico de natureza sexual por parte de um adulto em relação à criança, excluindo o contacto sexual consentido entre pares. As experiências de abuso sexual eram divididas em questões sobre as primeiras experiências de cariz sexual e depois em questões sobre abuso sexual mais severo em que se inclui a violação. As dimensões de Antipatia e Negligência apresentaram alphas de Cronbach de .80 e .81, respectivamente (Bifulco *et al.* 2003). No nosso estudo, a Antipatia apresentou um alpha de Cronbach de .89 e a Negligência de .87.

Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social (EAESDIS) “*Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale*” (SIPAAS) de Pinto-Gouveia, J.; Cunha, M. & Salvador, M. C. (2003)

A EAESDIS de Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador (2003) é um questionário de auto-resposta que mede o nível de ansiedade e de evitamento em várias situações de interacção social. Esta escala deriva da Liebowitz Social Anxiety Scale – LSAS – (Liebowitz, 1987) que consiste num questionário administrado por um entrevistador que avalia graus de ansiedade em 24 situações (11 de interacção social e 13 de desempenho social). Os autores da EAESDIS

reformularam a escala de Liebowitz para incluir mais 34 situações novas, pois argumentaram que a LSAS não media efectivamente situações de interacção social, nem reflectia de forma fidedigna e precisa o universo de situações sociais que provocam medo e evitamento aos ansiosos (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003). As 34 situações que foram acrescentadas à escala inicial foram seleccionadas de entrevistas clínicas com pacientes ansiosos sociais. Na versão final da escala, 19 itens representam situações de interacção social e 15 representam situações de desempenho que despoletam ansiedade e formas de fuga neste tipo de pacientes. A escala é subdividida em duas sub-escalas: “ansiedade” *versus* “evitamento”, em que os respondentes têm que indicar, para cada uma das situações, o grau de medo ou ansiedade que estas lhes provocam e a frequência com que eles(as) as evitam ou tentariam evitar. As respostas são dadas numa escala de Likert de 1-4, quer para a sub-escala de ansiedade quer para a escala de evitamento. Esta escala deixa espaço em branco para o respondente acrescentar situações sociais que não foram descritas e que lhe provoquem níveis elevados de ansiedade. No final da escala, o respondente tem que escolher cinco situações que provoquem os níveis mais elevados de ansiedade. Os autores apresentaram boas qualidades psicométricas para esta escala com alphas de Cronbach para a sub-escala de “ansiedade” de .95 na população geral, .94 num grupo de ansiosos sociais e .95 num grupo de obsessivos - compulsivos e para a sub-escala de “evitamento” de .94 na população geral, .92 num grupo de ansiosos sociais e .95 num grupo de obsessivos-compulsivos (Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador, 2003). No nosso estudo, o grupo de Esquizofrenia Paranóide apresentou os seguintes alphas de Cronbach: sub-escala de “ansiedade” .93 e sub-escala de “evitamento” .93. Por sua vez, o grupo de ansiedade social apresentou os seguintes alphas de Cronbach: sub-escala de “ansiedade” de .94 e sub-escala de “evitamento” .95.

V.1.3. Design e Procedimento

Este estudo é transversal, logo não avalia relações de causa-efeito. As medidas foram aplicadas num só momento de avaliação, após a definição dos grupos clínicos. Deste modo, antes do estudo ter início, os Psiquiatras que acompanhavam os doentes apresentavam os investigadores a cada um dos participantes, sendo-lhes explicado oralmente quais eram os objectivos do estudo. Os participantes, caso acedessem por escrito a participar no estudo, iriam preencher um conjunto de baterias de questionários.

A confidencialidade e anonimato dos dados eram assegurados, assim como os direitos dos doentes/participantes.

V.1.4. Resultados

V.1.4.1. Características dos Participantes

Grupo de Esquizofrenia Paranóide (GEP)

As idades do Grupo de Esquizofrenia Paranóide (GEP) variavam entre os 17-64 apresentando uma $M = 38.67$. 71% dos participantes do GEP eram homens ($n = 22$) enquanto 29% eram mulheres ($n = 9$). A maioria dos participantes era solteiro (a) ($n = 20$, 64.5%), enquanto só 7 (22.6%) eram casados(as), 2 eram divorciados(as) (6.5%), 1 vivia em união de facto (3.2%) e 1 era divorciado(a) (3.2%). O grau de escolaridade variava entre 2-19 anos sendo a $M = 11.52$. Deste modo, 16% dos participantes tinham o 12º ano; 12.9% tinham o 9º ano e 25% tinham grau académico de Licenciado (a) (16 anos 12.9%; 17 anos 12.9%). Quanto ao nível sócio-económico, 12 participantes (38.7%) provinham de um nível sócio-económico baixo; 7 participantes provinham de um nível sócio-económico médio (22.6%); 3 provinham de um nível

sócio-económico alto (9.7%). A nível profissional 2 eram estudantes (6.45%), 3 reformados (9.6%) e a maioria dos participantes (25 da amostra total de 31) (80.6%) encontravam-se presentemente desempregados. Não existiam diferenças estatisticamente significativas neste grupo entre os sexos relativamente à idade e ao grau de escolaridade. As médias do internamento e da duração da doença para este grupo são de $M= 28.21$, $DP= 2.111$ e $M= 13.81$, $DP= 1.235$.

Grupo de Ansiedade Social (GAS)

As idades do Grupo de Ansiedade Social (GAS) variavam entre 18-39, sendo assim um grupo mais jovem e que apresentava uma diferença consideravelmente menor entre as idades do que o GEP. A média das idades era $M= 26.93$. Tal como o GEP este grupo também continha mais homens ($n= 18$, 60%) do que mulheres ($n= 12$, 40%). 90% dos participantes era solteiro (a) ($n= 27$) e só 3 eram casados(as) (10%). O grau de escolaridade variava entre os 9-20 anos, sendo a $M= 14$. Este grupo apresentava um grau de escolaridade superior ao GEP visto que só 2.3% tinham o 12º ano de escolaridade, enquanto 40% tinham grau académico de Licenciado (a) (30% $n= 16$ anos; 10% $n= 17$) e 9.6% tinham graus académicos superiores como Mestre e Doutoramento (3.3% $n= 18$ anos; 3.3%, $n= 19$ anos e 3.3%, $n= 20$ anos). Relativamente ao nível sócio-económico, este grupo apresentou um nível sócio económico mais alto do que o GEP. Neste grupo, 3 participantes (10%) apresentavam um nível sócio-económico baixo; enquanto 8 (26.7%) apresentavam um nível sócio-económico médio; 1 apresentava um nível sócio económico alto (3.3%). 36.7% ($n= 11$) eram ainda estudantes e 23.3% ($n= 7$) encontravam-se desempregados no momento (tabela 14). Neste grupo as mulheres ($M= 16.08$; $DP= 4.285$) apresentavam um grau maior de escolaridade do que homens ($M= 13.11$; $DP= 5.000$) ($t(28)= -3.553$, $p<.0005$). A média da duração da doença para este grupo era inferior à dos esquizofrénicos paranóides, sendo $M= 7.20$, $DP= .978$. O grupo de ansiedade social contrariamente ao grupo de esquizofrenia paranóide não apresenta internamentos (tabela 15).

101

V.1.4.2. Diferenças entre esquizofrénicos paranóides e ansiosos sociais

Os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos clínicos em relação aos dados demográficos. Os esquizofrénicos paranóides são mais velhos ($M= 38.67$, $DP= 9.497$) e apresentam um grau menor de escolaridade ($M= 11.57$, $DP= 4.337$) que os ansiosos sociais ($M= 26.93$; $DP= 4.973$ para idade e $M= 14.30$, $DP= 2.890$ para o grau de escolaridade) ($t(59)= 5.917$, $p<.001$ para a idade e $t(59)= -2.914$, $p= .005$ para o grau de escolaridade, respectivamente). Isto, quer dizer que, os esquizofrénicos paranóides em média tinham o 11º ano de escolaridade enquanto os ansiosos sociais tinham em média o grau de licenciatura (tabela 14).

Análises “*chi square*” Pearson $\chi^2(4)= 128.754$, $p<.001$ para o estado civil e Pearson $\chi^2(5)= 14.426$, $p= .014$ para o nível sócio-económico sugerem que os esquizofrénicos paranóides diferem significativamente dos ansiosos sociais quanto ao estado civil e ao nível sócio-económico, de facto, os esquizofrénicos apresentaram mais estados civis de “casados” que os ansiosos sociais e um nível sócio-económico mais baixo. Por fim, uma análise “*chi square*” Pearson $\chi^2(1)= 5.918$, $p= .015$ sugere que há diferenças entre a proporção dos sexos na amostra total, visto que esta é composta por mais homens do que mulheres. Em relação às diferenças entre grupos, o teste não-paramétrico Kolmogorov-Smirnov demonstrou que não existem diferenças entre grupos relativamente ao número de homens e mulheres ($z= .428$, $p= .993$). Observou-se assim, em ambos os grupos, uma predominância de indivíduos do sexo masculino.

Tabela 14. Características gerais dos Grupos de Esquizofrenia Paranóide e Ansiedade Social

Grupo Esquizofrenia Paranóide (N= 31)		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Idade		22	71	9	29	31	100
17-30		2	9	3	33.3	5	16
31-37		8	36.1	2	22.2	10	32.2
38-45		7	31.7	2	22.2	9	29.1
46-50		3	13.5	2	22.2	5	16.1
51-61		1	4.5	0	0	1	3.2
61-70		1	4.5	0	0	1	3.2
Ano de Escolaridade							
≤4		2	9	1	11.1	3	9.7
≤9		7	31.8	2	22.2	9	29.1
≤12		7	31.8	0	0	7	22.6
13		1	4.5	1	11.1	2	6.5
15		1	4.5	0	0	1	3.2
16-19		4	18.1	5	55.5	9	29
Estado Civil							
Solteiro		13	59.1	7	77.8	20	64.5
Casado		2	22.7	2	22.2	7	22.6
Divorciado		2	9.1	0	0	2	6.5
Viúvo		1	4.5	0	0	1	3.2
União de Facto		1	4.5	0	0	1	3.2
		M	DP	M	DP	T	p
Idade		40.13	9.468	35.11	10.752	1.222	0.243
Anos de Escolaridade		10.86	3.919	13.11	5.418	-1.295	0.289
		Masculino		Feminino		N	%
Profissão							
Estudante		1	4.5	1	11.1	2	6.5
Reformado		3	13.6	0	0	3	9.7
Desempregado		3	13.6	1	11.1	4	12.9
Nível sócio-económico							
Nível baixo		9	40.9	3	33.3	12	38.7
Nível médio		5	22.7	2	22.2	7	22.6
Nível alto		1	4.5	2	22.2	3	9.7
Grupo Ansiedade Social (N= 30)		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Idade		18	60	12	40	30	100
18-23		6	33.5	1	8.3	7	23.2
24-28		7	39	7	58.3	14	46.7
29-34		4	22.3	3	25	7	23.3
35-40		1	5.6	1	8.3	2	6.6
Ano de Escolaridade							
≤9		2	11.1	0	0	2	6.7
10-Dec		8	44.5	1	8.3	9	29.9
13-14		4	22.2	0	0	4	13.4
15-16		1	5.6	8	66.7	9	30
17-20		3	16.8	3	25	6	19.9
Estado Civil							
Solteiro		17	94.4	10	83.3	27	90
Casado		1	5.6	2	16.7	3	10
		M	DP	M	DP	T	p
Idade		26.22	5	28	4.285	-1.04	0.38
Anos de Escolaridade		13.11	2.987	16.08	1.564	-3.553	0.001
Profissão							
Estudante		10	55.6	1	8.3	11	36.7
Desempregado		3	16.7	4	33.3	7	23.3
Reformado		0	0	0	0	0	0
Nível Sócio-Económico							
Nível baixo		2	11.1	1	8.3	3	10
Nível médio		2	11.1	6	50	8	26.7
Nível alto		1	5.6	0	0	1	3.3

Tabela 15. Médias e respectivos desvios padrões dos índices de duração da doença, internamento e sintomas da BPRS para os grupos de esquizofrenia paranóide e ansiedade social

	Esquizofrenia Paranóide		Ansiedade Social		t	p
	M	DP	M	DP		
Duração da Doença	13.81	1.235	7.20	.978	1.120	.450
Internamentos	28.21	2.111	0	0	-----	-----
BPRS_total	80.74	29.524	56.53	16.761	3.954	.000
BPRS_distúrbio do pensamento	15.03	6.123	6.90	2.951	6.640	.000
BPRS_ansiedade	12.87	5.116	15.40	4.709	-2.010	.049
BPRS_energia/avolição	18.25	8.869	9.96	4.460	.463	.000
BPRS_desorganização	20.83	9.165	13.70	4.434	3.891	.000
BPRS_hostilidade	10.93	4.690	7.96	2.976	2.962	.005
Dose de medicação	660.4	(383.7) (OZP)	644.5	(473.0) (BZ)		

BPRS: versão Portuguesa da “Brief Psychiatric Rating Scale”; OZP Doses equivalentes a Olanzapina ; BZ Dose equivalente a Benzodiazepinas; a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

103

V.1.4.2.1. Diferenças entre os géneros

Tabela 16. Diferenças entre os sexos do total da amostra para as variáveis em estudo

	Masculino		Feminino		t	p
	M	DP	M	DP		
SCS_hierarquia	25.52	7.537	22.95	7.877	1.230	.226
SCS_ajustamento social	23.80	6.940	24.33	9.435	-.229	.821
PC_total	142.67	52.229	133.33	60.076	1.205	.227
PC_frequência	49.97	19.345	40.80	20.573	1.105	.370
PC_convicção	53.02	17.202	51.52	19.732	.978	.345
PC_transtorno	39.67	19.314	38.00	22.638	.965	.324
FNE	111.62	19.667	117.04	18.296	-1.072	.290
EAESDIS_ansiedade	120.72	24.391	127.19	31.619	-.818	.491
EAESDIS_evitamento	108.30	25.005	107.38	35.935	.105	.917
EVA_ansiedade	3.37	.897	3.35	.967	.087	.931
EVA_conforto com a proximidade	2.30	.709	2.92	.726	-3.177	.003
EVA_confiança nos outros	2.72	.554	2.80	.690	-.439	.663
BDI_total	14.07	8.234	13.47	6.500	.311	.757
OAS_total	41.67	15.665	39.52	19.286	.441	.662
SBS_total	32.80	13.072	34.19	13.585	-.385	.702
ELES_Total	49.25	12.928	44.55	16.908	1.034	.310
ELES_ameaça	19.20	7.247	16.47	8.146	1.288	.206
ELES_submissão	19.12	5.029	16.95	6.111	1.399	.171
ELES_(des)valorização	9.95	3.366	9.04	3.639	.944	.351
AQ_total	79.80	20.428	73.71	25.599	.931	.358
AQ_agressão física	20.37	8.056	17.00	9.914	1.344	.188
AQ_agressão verbal	13.60	4.505	12.66	5.885	.636	.530
AQ_raiva	19.10	6.927	18.14	7.178	.501	.619
AQ_hostilidade	26.72	7.642	25.90	8.383	.374	.710
CECA.Q Antipatia (Mãe)	21.97	9.017	20.95	9.825	.397	.693
CECA.Q Antipatia (Pai)	27.30	5.996	19.50	8.344	3.721	.001**
CECA.Q Negligência (Mãe)	17.20	6.559	14.71	7.656	1.262	.215
CECA.Q Negligência (Pai)	23.41	5.523	15.95	6.202	4.535	.000**
CECA.Q Abuso físico (Mãe)	1.00	1.720	1.11	1.798	-.213	.832
CECA.Q Abuso físico pai (Pai)	1.69	1.960	1.27	1.872	.751	.557
CECA.Q Primeiro Abuso sexual	.46	1.330	.62	1.716	-.337	.738
CECA.Q Abuso sexual severo	.00	0.000	.33	1.527	-1.000	.329

SCS (versão Portuguesa da “Social Comparison Scale”); PC (versão Portuguesa da “Paranóia Checklist”); FNE (versão Portuguesa da “Fear of Negative Evaluations Scale”); EAESDIS (Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social); BDI (versão Portuguesa do “Beck’s Depression Inventory”); SBS (versão Portuguesa da “Submission Behaviour Scale”); OAS (versão Portuguesa da “Other as Shamer Scale”); EVA (Escala de Vinculação do Adulto); ELES (versão Portuguesa da “Early Life Experiences Scale”); AQ (versão Portuguesa do “Aggression Questionnaire”) e CECA. Q (versão portuguesa da “Childhood Experiences of Care and Abuse Questionnaire”); ** $p < .005$

Neste estudo, testou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos do sexo masculino ($n=40$) e os sujeitos do sexo feminino da amostra total ($n=21$). Os resultados indicam que, em comparação com as mulheres, os homens desta amostra apresentaram níveis mais elevados de experiências na infância da antipatia por parte do pai (dimensão “antipatia” da CECA.Q) ($M=27.30$, $DP=5.996$) do que as mulheres ($M=19.50$, $DP=8.344$) ($t(59)=3.721$, $p=.001$) e da negligência (dimensão “negligência” da CECA.Q) também por parte do pai ($M=23.41$, $DP=5.99$) *vs.* ($M=19.50$, $DP=8.344$) ($t(59)=4.535$, $p=.000$). As mulheres, por outro lado, apresentaram um estilo de vinculação adulto mais seguro (dimensão “Conforto com a Proximidade” da EVA) ($M=2.90$, $DP=.7250$) do que os homens ($M=2.30$, $DP=0.709$) ($t(59)=-3.177$, $p=.003$) (tabela 16).

Não existiram diferenças significativas entre os sexos nos outros tipos de vinculação da EVA, nas dimensões de abuso físico por parte da mãe e do pai e relativamente às experiências de abuso da CECA.Q. Não se registaram também diferenças entre os sexos relativamente às dimensões da ideação paranóide sub-clínica; ao “medo das avaliações negativas”(FNE); às dimensões de comparação social (SCS); à “vergonha externa” (OAS); aos “comportamentos de submissão” (SBS); aos índices de sintomas de depressão clínica (BDI) às dimensões da agressividade temperamental (AQ) e, por último, às dimensões de recordações de infância de ameaça percebida no ambiente familiar (ELES).

V.1.4.2.2. Dados descritivos da PEPS na amostra clínica

Do total da amostra de 61 indivíduos, 31 diagnosticados de esquizofrenia paranóide e 30 diagnosticados de fobia social, 17 (27.86%) relataram não terem experiências paranóides (NP) enquanto 30 (49.18%) descreveram a ideação paranóide da malevolência dos outros contra eles(as) (GP) e 14 (22.95%) relataram uma experiência que era percebida como sendo paranóide, mas que não continha a crença que os outros tinham a intenção de os prejudicar, humilhar e magoar de propósito (GA). Deve-se referir que os 30 indivíduos que foram classificados como grupo paranóide (GP) tinham o diagnóstico de esquizofrenia paranóide enquanto os 14 indivíduos que foram classificados como grupo ambíguo (GA) tinham o diagnóstico de fobia social, logo descreviam situações em que se sentiam humilhados, rejeitados e criticados pelos outros mas não achavam que eles(as) tencionavam magoá-los de propósito. Logo, os participantes que demonstravam experiências pessoais de paranóia sofriam de esquizofrenia paranóide.

Dados da amostra clínica sugerem que a PEPS mede, efectivamente, a ideação paranóide, apresentando resultados que reforçam a validade das medidas da paranóia elaboradas para populações não-clínicas como a PEPS e a PC. Procedeu-se, assim, à análise das médias e desvios padrão dos três grupos da PEPS nesta amostra clínica relativamente às pontuações nas dimensões da PC (frequência, convicção e transtorno). Tal como se pode constatar (tabela 17), o NP apresentou os seguintes valores: para a pontuação total da PC ($M=77.411$; $DP=29.874$; $n=17$; variância 36-155) e para as suas dimensões: *frequência* ($M=27.29$; $DP=9.026$; $n=17$; valor mínimo: 18 *versus* máximo: 90; variância 18-52); *convicção* ($M=32.11$; $DP=9.9176$; $n=17$; valor mínimo: 18 *versus* máximo: 90; variância 18-57) e *transtorno*, i.e. *distress* ($M=12.00$; $DP=14.287$; $n=17$; valor mínimo: 0 *versus* máximo: 72; variância 0-46). O GP apresentou para a pontuação total da PC ($M=160.63$; $DP=53.814$; $n=30$; variância 53-246) e para as suas dimensões: *frequência* ($M=57.06$; $DP=19.939$; $n=30$; variância 19-89); *convicção* ($M=59.70$; $DP=17.234$; $n=30$; variância 27-89) e *transtorno*, i.e. *distress* ($M=43.86$; $DP=19.857$;

n= 30; variância 0-79). Por fim, o GA apresentou para a pontuação total da PC (M= 122,92; DP= 45,526; n= 14; variância 59-189) e para as suas dimensões: *frequência* (M= 41.07; DP= 15.384; n= 14; variância 23-79); *convicção* (M= 45.35; DP= 14.757; n= 14; variância 23-64) e *transtorno*, i.e. *distress* (M= 36.50; DP= 20.323; n= 14; variância: 6-59). Os resultados sugerem que os grupos do PEPS diferem entre si relativamente à frequência, convicção e *distress* emocional dos pensamentos paranóides da PC e que as médias destes grupos são mais elevadas do que na amostra da população de estudantes, o que seria de esperar já que esta amostra sendo clínica irá demonstrar indícios de mais ideação paranóide sintomatológica e *distress* emocional associado.

Tabela 17. Médias, Desvios Padrões com variações dos três grupos da PEPS (versão Portuguesa) nas dimensões da PC (versão Portuguesa)

	NP*			GP*			GA*		
	M	DP	Variância	M	DP	Variância	M	DP	Variância
PC_Total	77.41	(29.874)	(36-155)	160.63	(53.814)	(53-246)	37.00	(45.526)	(59-189)
PC_frequência	27.29	(9.026)	(18-52)	57.06	(19.939)	(19-89)	41.07	(15.384)	(23-79)
PC_convicção	32.11	(9.918)	(18-57)	59.70	(17.234)	(27-89)	45.35	(14.757)	(23-54)
PC_transtorno	12.00	(14.287)	(0-46)	43.86	(19.857)	(0-79)	36.50	(20.323)	(6-59)

NP (Grupo Não Paranóide), GP (Grupo paranóide), GA (Grupo ambíguo)

V.1.4.2.3. Perfis cognitivos, comportamentais e afetivos da PEPS

Dos 30 indivíduos, que apresentaram a crença da malevolência intencional dos outros contra eles(as), 3 (7%) relatam situações onde havia a rejeição por uma pessoa (Rej<1) enquanto 10 (23.3%) relatam situações de rejeição por várias pessoas (Rej>1) e 16 (37.2%) relatam situações de conspiração por parte de um indivíduo (Consp<1) de modo a prejudicá-los (participante nº 3: “o dono da galeria de arte não expôs o meu trabalho porque não queria que fosse bem sucedido”) enquanto 14 (32.6%) relatam situações de uma conspiração por parte de um grupo de indivíduos (Consp >1) (participante nº2: “a minha mulher e os meus colegas queriam matar-me”); 7 (16.3%) não sabiam a razão por detrás da percepção da malevolência dos outros contra eles(as); 9 (20.9%) acreditavam serem vítimas da rejeição por parte de uma pessoa; 10 (23.3%) acreditavam serem vítimas da rejeição por várias pessoas (participante nº 5: “talvez pelas pessoas acharem que sou diferente e especial e não gostarem de mim”); 6 (14%) acreditavam serem vítimas de uma conspiração por parte de um indivíduo e 11 (25.6%) acreditavam serem vítimas de conspiração por parte de um grupo de indivíduos. A maioria dos participantes acreditava também que as suas explicações para as injúrias cometidas pelos outros eram definitivamente verdadeiras (n= 26, 60.5%), não apresentando portanto mudanças na crença da malevolência intencional dos outros (n= 32; 19.4% *versus* n= 11; 6.7%, que mudaram de crença).

Dos 30 participantes da amostra clínica que apresentam crenças da malevolências dos outros no PEPS, 16 (37.2%) não sabem de outras situações da injúria dos outros enquanto 1 (2.3%) fala de situações de injustiça, 6 apresentam (14.0%) situações de avaliação e outros 6, situações de *stress* (14.0%); 3 (7%) apresentam situações de ressentimento; 4 (9.3%) apresentam situações de exclusão e 7 (16.3%) apresentam nenhuma outra situação.

Em relação aos comportamentos, 22 (51.2%) não agiram perante a ameaça percebida da malevolência dos outros contra eles(as) enquanto 21 (48.8%) agiram perante a ameaça. Relativamente à intenção de agir, 3 (7%) não sabem se irão agir; 12 (27.9%) pretendem não fazer nada acerca da situação; 23 (53.5%) pretendem confrontar o (s) agente(s) da ameaça percebida contra eles(as); 3 (7%) pretendem racionalizar a situação e 2 (4.7%) pretendem fa-

zer uma catarse (*e.g.* chorar). Consequentemente, dos 43 indivíduos 18 (41.9%) confrontaram efectivamente o(s) agente(s) mal intencionados enquanto 22 (51.2%) não fizeram nada.

Dos 30 indivíduos, 2 (4.7%) indicaram que as crenças paranóides não os preocupavam; 3 (7%) indicaram que as crenças paranóides preocupavam-nos muito pouco; 6 (14%) indicaram que as crenças preocupavam-nos um pouco e 8 (18.6%) indicavam que as crenças preocupavam-nos bastante e ainda 24 (55.8%) indicavam que as crenças preocupavam-nos muitíssimo. A maioria dos participantes afirmava também ter tido este tipo de crenças no mês passado ($n=30$; 69.8% *versus* $n=13$; 30.2%). Só 3 (7%) afirmaram que as crenças paranóides tiveram um impacto afectivo muito moderado, enquanto 11 (25.6%) afirmaram que as crenças paranóides tiveram um impacto afectivo moderado, 7 (16.3%) afirmaram que o impacto era bastante forte e 22 (51.2%) afirmaram que o impacto afectivo era severo. A maioria dos participantes relatava que as crenças paranóides eram associadas à presença de um humor depressivo e ansioso ($n=39$; 90.7% *versus* $n=4$; 9.3%).

Por fim, a maioria dos participantes acreditava que a malevolência dos outros contra eles(as) era totalmente não-merceda ($n=38$; 88.4%), ($n=2$; 4.7% achavam que era mais ou menos não-merceda e outros 2; 4.7% achavam que era mais ou menos merceda).

Os resultados sugerem, assim, em primeiro lugar, que os indivíduos da amostra de estudantes que apresentam crenças da malevolência intencional dos outros contra eles(as) apresentam um perfil cognitivo, comportamental e afectivo semelhante aos indivíduos que sofriam de esquizofrenia paranóide. Tanto os estudantes como os esquizofrénicos apresentam um estilo de paranóia “poor me” (Trower e Chadwick, 1995), ao acreditarem que não merecem o tratamento injusto e as injúrias dos outros. Para além disso, tanto os indivíduos de uma população normal como os participantes de uma amostra clínica relatam na sua maioria situações de conspiração de indivíduos contra eles (as) que estão por detrás da ideação paranóide, sendo também a causa principal da injúria percebida. Ambos apresentam também, tendencialmente comportamentos de fuga e evitamento em vez de confrontarem os agentes da malevolência percebida.

V.1.4.2.4. Comparações entre o grupo de esquizofrénicos paranóides e fóbicos sociais

V.1.4.2.4.1. Comparações entre os grupos em relação às variáveis de ranking

(comparação social, vergonha externa, submissão) e tipo de vinculação adulta

Fizeram-se análises estatísticas com o uso de *t-tests* controlando as diferenças de grau de escolaridade, de idade e de nível sócio-económico entre os dois grupos clínicos. As análises demonstraram que os esquizofrénicos paranóides apresentaram níveis ligeiramente mais elevados de vergonha externa (“*Other as Shamer Scale*”) ($M=45.02$, $DP=19.433$) do que os fóbicos sociais ($M=36.66$, $DP=12.688$) e que esta diferença é significativa ao nível limítrofe de significância ($t(59)=2.005$, $p=.050$) (tabela 18).

Os esquizofrénicos paranóides percepcionavam-se mais favoravelmente em termos da posição social (estatuto) em comparação com os outros (*Escala de Comparação Social* - dimensão “*hierarquia*”) ($M=16.83$, $DP=8.722$) do que os fóbicos sociais ($M=22.36$, $DP=5.756$) e esta diferença entre os grupos era estatisticamente significativa ($t(59)=2.371$, $p=.021$). Os esquizofrénicos paranóides (GEP) apresentaram a tendência para se percepcionarem como mais bem ajustados socialmente em comparação com os outros (*Escala de Comparação Social* - dimensão “*ajustamento Social*”) ($M=25.67$, $DP=8.203$) do que os fóbicos sociais ($M=22.23$, $DP=7.103$), embora esta diferença não fosse suficientemente forte para ser esta-

tisticamente significativa ($t(59) = 1.750, p = .085$). Para além disso, os esquizofrénicos paranóides demonstraram significativamente mais vivências de “ameaça” (“*Early Life Experiences Schedule*” ELES- dimensão “*ameaça*”) ($M = 22.06, DP = 7.243$) de “submissão” (“*Early Life Experiences Schedule*” ELES- dimensão “*submissão*”) ($M = 10.16, DP = 6.356$) e uma tendência para experienciar mais sentimentos de “desvalorização” (“*Early Life Experiences Schedule*” ELES - dimensão “*(des) valorização*”) ($M = 10.38, DP = 4.216$) no seio da família durante a infância do que os fóbicos sociais ($M = 14.33, DP = 5.850$ “ELES - ameaça” e $M = 16.50, DP = 3.645$ de “ELES - submissão” e ELES - “(des)valorização” $M = 8.86, DP = 2.270$, respectivamente). As diferenças entre os grupos eram estatisticamente significativas para ambas as experiências de “ameaça” (ELES) ($t(59) = 4.593, p = .000$) e de “submissão” (ELES) ($t(59) = 2.745, p = .008$) na infância (tabela 18).

V.1.4.2.4.2. Comparações entre os grupos relativas à ansiedade social, ideação paranóide e depressão

Os esquizofrénicos paranóides apresentaram uma frequência maior de ideação paranóide (“*Paranóia Checklist*” PC - dimensão “*frequência*”) ($M = 55.87, DP = 20.703$), uma convicção mais forte nos pensamentos paranóides (“*Paranóia Checklist*” - dimensão “*convicção*”) ($M = 58.58, DP = 18.055$) e um transtorno/*distress* emocional (“*Paranóia Checklist*” - dimensão “*transtorno*”/“*distress*”) ($M = 42.64, DP = 20.674$) mais intenso em relação a esses mesmos pensamentos do que os fóbicos sociais (“PC - frequência”: $M = 33.96, DP = 13.956$; “PC- convicção”: $M = 38.53, DP = 13.863$; “PC-transtorno”: $M = 27.03, DP = 19.329$). As diferenças entre estes dois grupos eram estatisticamente significativas em todas as dimensões dos pensamentos paranóides: “frequência” (PC) ($t(59) = 4.859, p = .000$); “convicção” (PC) ($t(59) = 4.873, p = .000$) e “transtorno” (PC) ($t(59) = 3.048, p = .003$). É de realçar que as médias relativas à ideação paranóide foram mais elevadas na nossa amostra do que na amostra de Freeman e colegas (2005 a) (11.9 para a “frequência”, 16.7 para a “convicção” e 14.6 para o “transtorno”). Este resultado terá a ver com o facto da nossa amostra ser clínica, enquanto que a amostra de Freeman e colegas era composta por elementos de uma população não-clínica.

Como seria de esperar, os esquizofrénicos paranóides também apresentaram de uma forma consistente e significativa, mais sintomatologia de cariz psicótico e delirante avaliada pelas as dimensões da versão Portuguesa da “*Expanded Brief Psychiatric Rating Scale-BPRS*”: *distúrbio de pensamento* ($M = 15.03, DP = 6.123$); *anergia/avolição* ($M = 12.87, DP = 8.869$); *desorganização* ($M = 20.83, DP = 9.165$) e *hostilidade/suspeição* ($M = 10.93, DP = 4.690$) do que os fóbicos sociais: “distúrbio de pensamento” (BPRS) ($M = 6.90, DP = 2.951$); “anergia/avolição” (BPRS) ($M = 9.96, DP = 4.460$); “desorganização” (BPRS) ($M = 13.70, DP = 4.434$) e “hostilidade/suspeição” (BPRS) ($M = 7.96, DP = 2.976$). As diferenças entre os esquizofrénicos paranóides e os fóbicos sociais eram estatisticamente significativas em todas as dimensões de sintomas positivos *vs.* negativos da esquizofrenia medidas pela BPRS - “distúrbio do pensamento”: ($t(59) = 6.640, p = .000$); “anergia/avolição” ($t(59) = 4.634, p = .000$); “desorganização” ($t(59) = 3.891, p = .000$) e “hostilidade/suspeição” ($t(59) = 2.962, p = .005$), respectivamente (tabela 18).

Os fóbicos sociais, por sua vez e como seria de esperar, apresentaram, significativamente, mais sintomatologia de ansiedade geral (exe: tremores, sudação, etc.) (“dimensão *ansiedade*- BPRS”) ($M = 15.40, DP = 4.709$) que os esquizofrénicos paranóides ($M = 12.87, DP = 5.116$). A diferença entre os grupos era estatisticamente significativa ($t(59) = -2.010, p = .049$).

Para além disto, os fóbicos sociais apresentaram não só mais ansiedade geral, como também níveis significativamente mais elevados de ansiedade perante situações sociais (*“Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situação de Desempenho e Interação Social”* - EAESDIS: *“ansiedade”*) (M= 132.86, DP= 21.994) e ainda índices muito mais elevados de ansiedade de desempenho e do medo de avaliação negativa (FNE) (M= 122.93, DP= 11.163) do que os esquizofrénicos paranóides (EAESDIS- Ansiedade em situações sociais: M= 113.35, DP= 289.248; FNE – *“Medo de avaliação negativa”*: M= 104.35, DP= 21.062). As diferenças entre os fóbicos sociais e os esquizofrénicos paranóides, nestas duas dimensões de ansiedade social, eram estatisticamente significativas: “EAESDIS: *“ansiedade”* em situações sociais” (t (59)= -3.016, p= .004) e “FNE: Medo de Avaliação negativa” (t (59)= -4.324, p= .000).

Deve referir-se que os níveis de *ansiedade* em situações sociais e de *evitamento* (EAESDIS) e do *medo de avaliação negativa* (FNE) dos fóbicos sociais são semelhantes aos níveis obtidos em outros estudos com amostras clínicas fóbicas sociais (Pinto- Gouveia, J. e colegas, 2003). Os fóbicos sociais demonstraram também uma tendência, que quase atingiu significância estatística (t (59)= -1.874, p= .066), para apresentar mais sintomatologia de depressão clínica (*“Beck’s Depression Inventory – BDI 2”*) (M= 15.70, DP= 6.446) do que os esquizofrénicos paranóides (M= 12.09, DP= 6.446) (tabela 18).

Em ambos os grupos clínicos, os níveis de depressão clínica, medida pelo BDI, e de comportamentos de submissão, medidos pela *“Submission Behaviour Scale”* (SBS), apesar de serem mais elevados do que os índices observados em populações não clínicas (Freeman *et al.*, 2005 *a*) não foram indicadores de sintomatologia depressiva grave como foi observado em outros estudos com amostras clínicas como, por exemplo, o estudo de Gilbert, Boxall, Cheung and Irons (2005). Tal situação poder-se-á dever ao facto de no estudo Gilbert e colegas (2005) se ter utilizado uma amostra clínica heterogénea não-psicótica, com diagnósticos diversos desde “Depressão Major”, Ansiedade Geral e Distúrbios de Personalidade, enquanto o nosso estudo apresenta dois grupos clínicos com um quadro sintomatológico claramente definido.

V.1.4.2.4.3. Comparações entre os grupos clínicos relativamente às experiências de abuso físico e negligência parental na infância

Os esquizofrénicos paranóides relataram vivências de um maior número de experiências traumáticas na infância na *“Child Experience of Care and Abuse Questionnaire”* (CECA. Q) do que os fóbicos sociais. Nomeadamente, podemos referir que os esquizofrénicos paranóides recordaram significativamente mais experiências de abuso físico por parte da mãe (CECA. Q: dimensão “abuso físico da mãe”) (M= 2.46, DP= 2.025) e por parte do pai (CECA.Q: dimensão “abuso físico do pai”) (M= 3.19, DP= 1.600) do que os fóbicos sociais (CECA. Q “abuso físico por parte da mãe”: M= .43, DP= 1.165; CECA. Q “abuso físico por parte do pai”: M= .40, DP= 1.132). Os esquizofrénicos paranóides também relembrou muito mais experiências de hostilidade, antipatia e frieza por parte do pai (CECA. Q: “dimensão antipatia/ frieza do pai”) (M= 27.82, DP= 8.268) do que os fóbicos sociais (M= 21.60, DP= 5.899). As diferenças entre estes dois grupos eram estatisticamente significativas para CECA. Q “abuso físico da mãe” (t (41)= 3.376, p= .004); CECA. Q “abuso físico do pai” (t (49)= 6.875, p= .000) e CECA. Q “antipatia/frieza do pai” (t (57)= 3.321, p= .002) (tabela 18).

V.1.4.2.4.4. Comparações entre os grupos relativamente aos temperamentos, comportamentos e atitudes agressivas

Tabela 18. Médias, desvios-padrão e respectivos testes *t-student* para as diferenças entre grupos clínicos nas variáveis em estudo

Variáveis	Esquizofrenia Paranóide		Ansiedade Social		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	38.67	9.497	26.93	4.733	5.917	.000
Anos de escolaridade	11.51	4.337	14.30	2.890	-2.914	.005
SCS_hierarquia	26.83	8.722	22.36	7.576	2.371	.021
SCS_ajustamento social	25.67	8.203	22.23	7.103	1.750	.085
PC_total	157.10	56.455	99.53	43.490	4.470	.000
PC_frequência	55.87	20.703	33.96	13.956	4.859	.000
PC_convicção	58.58	18.055	38.53	13.863	4.873	.000
PC_transtorno	42.64	20.674	27.03	19.329	3.048	.003
FNE	104.35	21.062	122.93	11.163	2.371	.021
EAESDIS_ansiedade	113.35	28.248	132.86	21.994	-4.324	.000
EAESDIS_evitamento	103.61	29.031	112.50	28.608	-3.016	.004
EVA_ansiedade	3.38	1.058	3.36	0.753	0.088	.930
EVA_conforto com a proximidade	2.58	0.854	2.44	0.674	0.720	.475
EVA_confiança nos outros	2.77	0.673	2.72	0.524	0.301	.764
BDI_total	12.09	6.446	15.70	6.446	-1.874	.066
OAS_total	32.09	19.433	36.66	12.688	2.005	.050
SBS_total	45.06	14.204	34.50	12.093	-0.712	.479
ELES_Total	52.61	14.936	39.73	9.839	3.989	.000
ELES_ameaça	22.06	7.243	14.33	5.850	4.593	.000
ELES_submissão	20.16	6.356	16.53	3.645	2.745	.008
ELES_(des)valorização	10.38	4.216	8.86	2.270	1.761	.085
AQ_total	85.16	26.873	70.00	14.802	2.741	.009
AQ_agressão física	21.70	9.070	16.63	7.863	2.338	.023
AQ_agressão verbal	14.45	5.926	12.06	3.503	1.921	.061
AQ_raiva	20.41	8.077	17.06	5.205	1.933	.059
AQ_hostilidade	28.58	9.032	24.23	5.745	2.250	.029
CECA.Q Antipatia (Mãe)	22.54	10.075	20.66	8.339	.796	.429
CECA.Q Antipatia (Pai)	17.74	8.233	14.90	5.248	1.613	.113
CECA.Q Negligência (Mãe)	27.82	8.268	21.60	5.899	3.321	.002
CECA.Q Negligência (Pai)	21.51	7.199	20.26	6.389	.709	.481
CECA.Q Abuso físico (Mãe)	2.46	2.025	.43	1.165	3.376	.004
CECA.Q Abuso físico pai (Pai)	3.19	1.600	.40	1.132	6.875	.000
CECA.Q Primeiro Abuso sexual	.61	1.706	.43	1.135	.485	.629
CECA.Q Abuso sexual severo	.23	1.257	.00	.000	.1000	.325

SCS (versão Portuguesa da “Social Comparison Scale”); PC (versão Portuguesa da “Paranóia Checklist”); FNE (versão Portuguesa da “Fear of Negative Evaluations Scale”); EAESDIS (Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e de Interação Social); BDI (versão Portuguesa do “Beck’s Depression Inventory”); SBS (versão Portuguesa da “Submission Behaviour Scale”); OAS (versão Portuguesa da “Other as Shamer Scale”); EVA (Escala de Vinculação do Adulto); ELES (versão Portuguesa da “Early Life Experiences Scale”); AQ (versão Portuguesa do “Aggression Questionnaire”) e CECA. Q (versão portuguesa da “Childhood Experiences of Care and Abuse Questionnaire”); **a negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

Os esquizofrénicos paranóides, no geral, apresentaram mais temperamentos agressivos e hostilidade no “*Aggression Questionnaire*” (AQ). Nomeadamente, este grupo apresentou significativamente mais comportamentos de agressividade física (AQ: dimensão “*agressão física*”) ($M = 21.70$, $DP = 9.070$) que os fóbicos sociais ($M = 16.63$, $DP = 7.863$) ($t(59) = 2.338$, $p = .023$) e de uma maior hostilidade, i.e., ressentimento (AQ: dimensão “*hostilidade*”) ($M = 28.58$, $DP = 9.032$) que este último grupo ($M = 24.23$, $DP = 5.745$) ($t(59) = 2.250$, $p = .029$). Relativamente à “*agressão verbal*” e à “*raiva*” (AQ) temperamental, os esquizofrénicos paranóides demonstraram uma tendência para serem mais agressivos que os fóbicos sociais; no entanto, as diferenças entre os dois grupos não foram suficientemente fortes para chegarem a ser estatisticamente significativas ao nível de $p < .05$: “*agressão verbal*” (AQ) ($t(59) = 1.921$, $p = .061$) e “*irritação*” (AQ) ($t(59) = 1.933$, $p = .059$) (tabela 18). Deve referir-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os esquizofrénicos paranóides e os fóbicos so-

ciais relativamente aos três tipos de vinculação adulta, medidos pela “Escala de Vinculação do Adulto” (EVA). Tanto os esquizofrénicos paranóides como os fóbicos sociais apresentaram uma média superior a 3 para a dimensão de “ansiedade” (EVA) e valores de 2 para as dimensões de “conforto com a proximidade” (EVA) e de “confiança nos outros” (EVA), já que para os esquizofrénicos paranóides $M= 3.38$ “ansiedade”; $M= 2.58$ “conforto com a proximidade”; $M= 2.77$ “confiança nos outros” e para os fóbicos sociais $M= 3.36$ “ansiedade”; $M= 2.44$ “conforto com a proximidade”; $M= 2.77$ “confiança nos outros”, evidenciando que tanto os indivíduos paranóides como os ansiosos sociais demonstraram ter um tipo de vinculação adulta do tipo “evitante-medroso” (Canavarro, Dias e Lima, 2006).

110

V.1.4.2.4.5. Efeitos das recordações traumáticas de infância de “ameaça” e do abuso dos pais nos comportamentos de ansiedade social e na ideação paranóide

Fizeram-se MANOVAS (“one-way”), com o objectivo de compreender melhor de que modo é que as experiências traumáticas de infância e a presença de um temperamento hostil e de comportamentos agressivos, na esquizofrenia paranóide *vs.* ansiedade social interagem entre si para explicarem a ideação paranóide e os sentimentos de ansiedade social. Dadas as diferenças entre os esquizofrénicos e os ansiosos sociais inseriu-se o “grupo clínico” como variável independente. Sendo assim, o “grupo clínico” as dimensões da ELES (ameaça, submissão, (des)valorização); as dimensões da CECA.Q (antipatia da mãe e do pai; negligência da mãe e do pai; e abuso físico da mãe e do pai) e as dimensões de agressividade temperamental (agressão física, agressão verbal, raiva, hostilidade) serviam como variáveis independentes enquanto a “frequência”, “convicção” e “transtorno” dos pensamentos paranóides (PC); a “ansiedade” e “evitamento” das situações sociais (EAESDIS) e os sintomas clínicos de “hostilidade” (BPRS) serviam de variáveis dependentes. Os resultados sugeriram em primeiro lugar, que por um lado, o grupo de esquizofrenia paranóide, tal como foi observado anteriormente, apresentou mais sintomas de “hostilidade” da BPRS e mais ideação paranóide, por outro lado, o grupo de ansiedade social apresentou mais comportamentos de ansiedade em situações sociais. Os resultados demonstraram assim, uma interacção estatisticamente significativa entre “Grupo Clínico” x “ameaça” (ELES) ($F(2, 50) = 4.061, p= .025$) para os sintomas clínicos de “hostilidade” (BPRS). Isto, quer dizer que, as recordações de infância da “ameaça” no seio familiar (ELES) estão associadas significativamente em ambos os grupos, à presença de sintomas clínicos de “hostilidade” (BPRS) ($r= .315, p= .013$). No caso da ideação paranóide “não-delirante” os resultados sugerem as seguintes interacções de dois e três factores: “Grupo Clínico” x “negligência da mãe” (CECA.Q.) ($F(2, 50) = 7.063, p= .016$); “Grupo Clínico” x “antipatia do pai” (CECA.Q.) x “hostilidade” (AQ) ($F(2, 50) = 8.232, p= .014$) para a “frequência” dos pensamentos paranóides (PC); “Grupo Clínico” x “negligência da mãe” (CECA.Q.) ($F(2, 50) = 5.349, p= .033$) e “Grupo Clínico” x “(des)valorização” (ELES) x “hostilidade” (AQ) ($F(2, 50) = 15.979, p= .0002$) para a “convicção” (PC) dos pensamentos paranóides; “Grupo Clínico” x “negligência da mãe” (CECA.Q.) ($F(2, 50) = 16.741, p= .001$) e a interacção de três factores entre a “negligência da mãe” (CECA.Q.) x “agressão física” (AQ) x “hostilidade” (AQ) ($F(2, 50) = 10.952, p= .006$) para o “transtorno” (PC) dos pensamentos paranóides. Estes resultados indicaram assim haver uma interacção estatisticamente significativa entre o grupo clínico, as dimensões de recordações traumáticas na infância de “antipatia da mãe” e de “negligência da mãe” (CECA.Q.) e um temperamento hostil (“hostilidade” do AQ) para a “frequência” dos pensamentos paranóides (PC). Deste modo, quanto mais recordações da negligência da mãe e da antipatia do pai, assim como quanto mais hostilidade tempera-

mental, mais frequentes são os pensamentos paranóides nos grupos clínicos ($r = .465, p < .001$; $r = .562, p < .001$; $r = .548, p < .001$). Mais, as recordações de infância da antipatia do pai associam-se a uma atitude hostil (AQ) ($r = .285, p = .029$) para os níveis mais elevados da frequência de pensamentos paranóides (PC).

Os resultados apresentaram ainda uma interação significativa entre o grupo clínico e recordações de “(des)valorização” da ELES e a dimensão de “hostilidade” do AQ para a “convicção” de pensamentos paranóides da PC. Sendo assim, as recordações de infância da negligência da mãe, de “(des)valorização” no seio familiar e um temperamento hostil apresentaram nos grupos clínicos, associações significativas com a convicção dos pensamentos paranóides ($r = .481, p < .001$; $r = .335, p = .008$; $r = .525, p < .001$). Os resultados sugerem assim, que quanto mais experiências da negligência materna, mais sentimentos de “desvalorização” na família (ELES) e ainda mais atitudes de hostilidade (AQ), maior a convicção nos pensamentos paranóides.

Finalmente, a interação entre recordações da “negligência da mãe” (CECA.Q) e dos comportamentos de “agressão física” e de temperamento “hostil” (AQ) era estatisticamente significativa para a dimensão de “transtorno” dos pensamentos paranóides da PC. Deste modo, as percepções da negligência por parte da mãe na infância (CECA.Q) associaram-se a índices de agressividade física e de hostilidade temperamentais (AQ) para o *distress* emocional provocado por pensamentos paranóides (PC) ($r = .466, p < .001$; $r = .464, p < .001$; $r = .463, p < .001$). Os resultados sugerem que quanto mais recordações da negligência da mãe na infância, mais hostilidade e agressão física temperamental e conseqüentemente, maior é o transtorno dos pensamentos paranóides.

Por outro lado, em termos de comportamentos de ansiedade social, a interação “Grupo Clínico” x “negligência da mãe” (CECA Q.) era estatisticamente significativa ($F(2, 50) = 5.134, p = .036$) para a dimensão de “ansiedade/transtorno” (EAESDIS). Para além disso, as interações Grupo “Clínico” x “antipatia da mãe” (CECA Q.); “Grupo Clínico” x “submissão” (ELES) e “Grupo Clínico” x “(des)valorização” (ELES) eram todas significativas para a “ansiedade/transtorno” em situações sociais (EAESDIS) ($F(2, 50) = 5.148, p = .036$; $F(2, 50) = 4.743, p = .043$; $F(2, 50) = 8.000, p = .011$, respectivamente). Os resultados revelaram no entanto, que as interações de três factores entre a “ameaça” (ELES) x “agressão física” (AQ) x “hostilidade” (AQ) ($F(2, 50) = 18.962, p = .001$) e entre “Grupo Clínico” x “ameaça” (ELES) x “agressão física” (AQ) ($F(2, 50) = 19.125, p = .001$) eram as mais significativas estatisticamente de todas as interações para a dimensão do “evitamento” (EAESDIS).

Isto, quer dizer que, em primeiro lugar, há uma associação significativa em ambos os grupos clínicos entre recordações da “negligência” da mãe e ainda entre as recordações da “submissão” e da “(des)valorização” no seio familiar e os comportamentos de “ansiedade” em situações sociais ($r = .239, p = .063$; $r = 2.40, p = .062$; $r = .171, p = 0.12$). Deste modo, quanto mais recordações da “negligência” da mãe, da “submissão” perante os pais e da “desvalorização” no seio familiar, mais comportamentos de ansiedade em situações sociais. Em segundo lugar, ambos grupos clínicos apresentaram associações significativas entre as recordações da “ameaça” no seio familiar e um temperamento agressivo (mais “hostilidade” e menos “agressão física”) com a presença do evitamento das situações sociais ($r = .144, p = .269$; $r = .346, p = .006$; $r = -.022, p = .682$). Para além disso, as recordações de “ameaça” no seio familiar associam-se significativamente a níveis mais elevados de “hostilidade” e de “agressão física” ($r = .299, p = .019$, $r = .369, p = .003$ respectivamente). Por conseqüente, quanto mais recordações de “ame-

ação” no seio familiar, mais hostilidade e menos agressão física, maior o evitamento das situações sociais.

Todos estes resultados sugeriram que a interação entre grupo clínico e as recordações de infância de “negligência da mãe” da CECA.Q têm um efeito estatisticamente significativo nos níveis de “ansiedade/transtorno” em situações sociais (EAESDIS), enquanto que a interação entre recordações de experiências de “ameaça” na infância (ELES) e características de “agressão física” e de “hostilidade” (AQ) tem um efeito estatisticamente significativo no “evitamento” de situações sociais (EAESDIS).

112

V.1.4.2.4.6. Efeitos das variáveis de *ranking* e de sintomas de depressão clínica nos comportamentos de ansiedade social e de ideação paranóide

As variáveis de *ranking* como a submissão, a comparação social e a depressão foram analisadas de forma a explorar o efeito que têm sobre ansiedade social e evitamento de situações sociais e na ideação paranóide. Fizeram-se assim MANOVAS (one-ways) com os comportamentos de submissão (SBS); as dimensões de comparação social (hierarquia e ajustamento social da SCS); a vergonha externa (OAS) e os índices de sintomas de depressão clínica (BDI) como variáveis independentes. Os resultados demonstraram interações de três factores significativas entre “Grupo Clínico” x “BDI” (sintomas de depressão clínica) x “SBS” (comportamentos de submissão) para a “ansiedade” (EAESDIS) ($F(2,50) = 3.559, p = .037$) e para o “evitamento” (EAESDIS) ($F(2,50) = 9.705, p < 0.001$). Os resultados sugerem então associações estatisticamente significativas em ambos os grupos clínicos entre sintomas de depressão clínica e comportamentos de submissão com níveis elevados de ansiedade ($r = .278, p = .030$; $r = .544, p < .001$) e do evitamento ($r = .213, p = .100$; $r = .629, p < .001$) das situações sociais. Mais, os sintomas de depressão clínica associam-se significativamente a comportamentos de submissão ($r = .301, p = .019$) para explicarem os comportamentos de ansiedade e do evitamento das situações sociais. Logo, os sintomas de depressão estão associados a mais comportamentos de submissão e consequentemente, a mais ansiedade e evitamento de situações sociais. Os resultados mostraram também a interação estatisticamente significativa entre “Grupo Clínico” x “OAS” (vergonha externa) para o “evitamento” (EAESDIS) ($F(2,50) = 4.809, p = 0.013$). Por conseguinte, a “vergonha externa” em ambos os grupos clínicos está associada à presença de comportamentos de evitamento das situações sociais ($r = .396, p = .002$). Quanto mais vergonha do que os outros pensam sobre nós, mais se evitam as situações sociais.

No caso da ideação paranóide, tal como foi observado anteriormente, constatou-se que a interação: “Grupo Clínico” x “OAS” (vergonha externa) era estatisticamente significativa para a “frequência” dos pensamentos paranóides ($F(2,50) = 5.229, p = .009$); para a “convicção” ($F(2,50) = 8.921, p = .0001$) e para o “transtorno”(PC) ($F(2,50) = 3.588, p = .035$). Deste modo, a vergonha externa em ambos grupos clínicos, está associada à frequência, convicção e transtorno dos pensamentos paranóides ($r = .633, p < .001$; $r = .597, p < .001$ e $r = .600, p < .001$). Por conseguinte, quanto maior a vergonha do que os outros pensam sobre nós, maior a frequência, convicção e transtorno dos pensamentos paranóides. Salienta-se também que a interação entre o “Grupo Clínico” x “FNE” (medo da avaliação negativa) teve um efeito estatisticamente significativo na “frequência” (PC) dos pensamentos paranóides ($F(2,50) = 4.279, p = .019$). Neste caso, índices mais baixos do medo da avaliação negativa (FNE) parecem estar associados a níveis mais elevados da frequência dos pensamentos paranóides ($r = -.471, p = .71$).

Por outras palavras, quanto menor for o medo da avaliação negativa, maior a frequência dos pensamentos paranóides.

Concluindo, a ideação paranóide no nosso estudo, tal como seria de esperar, está associada a índices de vergonha externa, a um temperamento hostil e a recordações de experiências traumáticas na infância (nomeadamente a recordações de sentimentos de (des)valorização e de antipatia e de negligência da mãe). Por outro lado, os sintomas de ansiedade social (ansiedade e evitamento das situações sociais) estão associados por um lado à presença de recordações de experiências traumáticas (como por exemplo a “ameaça” no seio familiar e a negligência da mãe) e por outro, a um temperamento hostil para o caso do “evitamento”. Deve-se notar que, embora tanto a ideação paranóide como os comportamentos de ansiedade social nos nossos grupos clínicos, estão significativamente associados a experiências traumáticas na infância e à presença de um temperamento hostil, os comportamentos de ansiedade social nestes grupos estão também associados a comportamentos de submissão e a sintomas de depressão clínica, o que não acontece com a ideação paranóide. Sendo assim, a ideação paranóide no nosso estudo, está associada à vergonha externa enquanto que os comportamentos de ansiedade social estão associados a comportamentos de submissão e a sintomas de depressão clínica.

113

V.2. Estudo do *bullying*

V.2.1. Objectivos

O segundo estudo, tendo por base o argumento da teoria das mentalidades sociais que o *bullying* poderá activar esquemas paranóides do mundo e comportamentos de defesa associados (confrontação *versus* fuga), tem como objectivo principal, analisar as diferenças entre indivíduos da nossa amostra clínica que apresentassem recordações de vitimação por *bullying* na infância e na adolescência e aqueles que não apresentavam memórias de vitimação relativamente a índices de vergonha externa, agressividade-temperamental; recordações de ameaças percebidas na infância e experiências de antipatia e de negligência e abuso físico por parte dos pais e sintomas de depressão clínica.

As hipóteses são as seguintes:

As vítimas de “*bullying* na escola” diferem significativamente das não-vítimas ao apresentarem níveis significativamente mais elevados de ideação paranóide, comportamentos e atitudes agressivas, experiências de abuso físico pelo pai e experiências de antipatia/hostilidade e rejeição por ambos os pais e ainda níveis mais elevados de recordações da ameaça percebida na família e de experiências de subordinação perante os pais e familiares.

As vítimas de “*bullying* na escola” deverão apresentar significativamente índices menos elevados de ansiedade social (como, por exemplo, níveis menos elevados de medo da avaliação negativa) enquanto deverão apresentar índices mais elevados de vergonha externa, visto que as experiências de vitimação por *bullying* deverão estar mais associadas à esquizofrenia paranóide e a sintomatologia psicótica (como os sintomas positivos, exemplo: distúrbio de pensamento).

V.2.2. Análise preliminar do *bullying* no local de trabalho

Os dados revelam que de uma amostra de 61 indivíduos só n= 16 (26.22%) relataram terem sido vítimas de *bullying* no local de trabalho, (ver estatística descritiva nos anexos) logo, apresentam-se somente os resultados do *bullying* na escola.

V.2.2.1. Análise preliminar do *bullying* na escola

De uma amostra clínica de 61 indivíduos, 42 (68.85%) reconheceram ter sido vítimas de *bullying* na infância; deste total, 25 (59.52%) apresentavam o diagnóstico de esquizofre-

nia paranóide enquanto 17 (40.47%) apresentavam o diagnóstico de ansiedade social. Deste modo, tal como seria de esperar, os participantes da nossa amostra, que sofriam de esquizofrenia paranóide, relembrou significativamente mais recordações de terem sido vítimas de *bullying* por colegas na escola do que os participantes que sofriam de ansiedade social $\chi^2(1, 61) = 4.087, p < .50$. De acordo com o procedimento de Campbell e Morrison (2007) numa amostra não-clínica e o procedimento utilizado antes com uma amostra de estudantes Portugueses, testaram-se as diferenças entre os participantes que reconheciam ter sido vítimas de *bullying* (GVB) $n = 42$ na infância *versus* os participantes que relatavam não terem sido vítimas de *bullying* (GNVB) $n = 19$. O grupo “vítimas de *bullying*” (GVB) apresentou uma média de anos de escolaridade ($M = 12$ anos de escolaridade) significativamente mais baixa do que o grupo de “não-vítimas de *bullying*” (GNVB) ($M = 14.84$ anos de escolaridade), já que a diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa ($t(59) = 2.800, p < 0.010$). O GVB demonstrou uma distribuição semelhante à do GNVB para o rácio de mulheres: homens $\chi^2(1, 61) = 6.733, p < 0.010$. Os dados sugerem que mais homens $n = 32$ do que mulheres $n = 10$ relataram terem sido “vítimas de *bullying*” na escola. Não se registaram, contudo, diferenças significativas entre os sexos para a idade, estatuto civil e sócio-económico.

V.2.2.1.2. Contrastes Planeados entre o Grupo de vítimas de *Bullying* versus o Grupo de não-vítimas de *Bullying* para as variáveis em estudo

De acordo com o procedimento de Campbell e Morrison (2007) procedeu-se à categorização dos grupos em “vítimas de *bullying*” *versus* “não-vítimas de *bullying*” através da análise das respostas dos participantes a uma pergunta de resposta fechada do BVQ “alguma vez foi vítima de *bullying* desde a infância até ao preciso momento?” (note-se que as experiências de *bullying* eram claramente definidas previamente). Os participantes que respondiam “sim” eram classificados como GVB enquanto os participantes que respondiam “não” eram classificados como GNVB. Após os grupos serem definidos, decidiu-se fazer contrastes planeados através de testes t de amostras independentes, com o intuito de analisar as diferenças entre os dois grupos relativamente às variáveis de agressividade-traço, ideação paranóide, recordação de experiências de ameaça e subordinação percebida no ambiente familiar, experiências de abuso físico, negligência e antipatia por parte dos pais e vergonha externa. Os dados demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre o GVB e o GNVB (tabela 19).

Tal como era esperado, o GVB apresentou níveis significativamente mais elevados da “frequência” da ideação paranóide medida pela PC ($M = 51.00, DP = 20.6250$). Estes pensamentos variam desde as sensibilidades interpessoais e ideias de referência (tais como “as outras pessoas estão a falar mal de mim nas minhas costas”) até pensamentos sobre uma conspiração (i.e. “estão todos contra mim”); aliada a uma “convicção” ($M = 54.28, DP = 18.501$) e a um “transtorno”/“distress” ($M = 41.61, DP = 19.410$) dos pensamentos paranóides significativamente mais elevados do que o GNVB (frequência: $M = 32.05, DP = 14.2262$; convicção: $M = 36.42, DP = 13.4796$; “transtorno”/“distress”: $M = 20.26, DP = 18.1959$). As diferenças entre o GVB e o GNVB para as três dimensões da ideação paranóide da PC eram estatisticamente significativas: “frequência” $t(59) = -4.154, p < .001$; “convicção” $t(59) = -4.245, p < .001$; “transtorno” $t(59) = -4.157, p < .001$, respectivamente. Sendo assim, já que o GVB apresentou níveis significativamente mais elevados de ideação paranóide na PC que o GNVB, esperava-se que o GVB demonstrasse também significativamente mais sintomas positivos da esquizofrenia do tipo de “distúrbio do pensamento” (BPRS), como por exemplo, delírios paranóides

do que o GNVB. Os dados sugerem que o GVB demonstrou significativamente mais sintomas de “distúrbio do pensamento” ($M = 12.35$, $DP = 6.8882$) na versão Portuguesa da “Brief Psychiatric Rating Scale” (BPRS) do que o GNVB ($M = 8.10$, $DP = 3.36476$). A diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa ($t(59) = -3.237$, $p < .005$). Mais, observou-se que o GVB demonstrou significativamente mais sintomas de “desorganização” ($M = 18.69$, $DP = 8.7526$) (outro tipo de sintoma positivo) na BPRS do que o GNVB ($M = 14.31$, $DP = 5.14298$), visto que a diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa ($t(59) = -2.439$, $p < .050$). Logo, os dados são consistentes com a hipótese que os indivíduos que apresentam delírios paranóides deverão apresentar experiências de *bullying* na infância. Para além disso, observou-se que havia uma tendência para o GVB demonstrar níveis mais elevados de sintomas de “hostilidade/suspeição” (BPRS) ($M = 9.833$, $DP = 4.3379$) e de “ansiedade” ($M = 14.21$, $DP = 5.2985$) do que o GNVB ($M = 8.684$, $DP = 3.17263$ para a “hostilidade/suspeição” BPRS e $M = 13.89$, $DP = 4.5569$ para a “ansiedade” BPRS), mas as diferenças entre os dois grupos não eram suficientemente fortes para atingirem significância estatística.

Por outro lado, o GVB demonstrou níveis mais baixos de ansiedade social (SIPAAS/*ansiedade*) ($M = 120.19$, $DP = 26.408$) associados a níveis significativamente mais baixos de “medo de avaliação negativa” (versão Portuguesa da FNE) ($M = 110.40$, $DP = 19.690$) do que o GNVB ($M = 129.05$, $DP = 28.0386$ para “SIPAAS /*ansiedade*” e $M = 120.31$, $DP = 16.6375$ para o “medo de avaliação negativa” (FNE). A diferença entre os dois grupos para os índices de ansiedade social como o medo de avaliações negativas (versão Portuguesa da FNE) era estatisticamente significativa ($t(59) = 2.029$, $p < .050$). Para além disso, o GVB apresentou uma tendência para demonstrar menos comportamentos de submissão (SBS) ($M = 31.35$, $DP = 13.578$) do que GNVB ($M = 37.52$, $DP = 11.369$). A diferença entre os dois grupos não era estatisticamente significativa ($t(59) = 1.844$, $p = .072$) (tabela 19). Os dados sugerem também diferenças estatisticamente significativas entre o GVB e o GNVB para as dimensões da “agressividade-temperamental” (versão Portuguesa do AQ). O GVB apresentou níveis significativamente mais elevados de comportamentos de “agressão física” (AQ) ($M = 21.23$, $DP = 8.953$) associada a uma tendência para demonstrar níveis mais elevados de “agressão verbal” ($M = 14.02$, $DP = 4.826$) do que GNVB ($M = 14.73$, $DP = 6.7151$ para a “agressão física”; $M = 11.63$, $DP = 5.0904$ para a “agressão verbal”, respectivamente). As diferenças entre os dois grupos, por um lado, eram estatisticamente significativas para a dimensão de “agressão física” do AQ ($t(59) = -3.141$, $p < 0.005$), por outro, não eram suficientemente fortes para atingir significância estatística ($t(59) = -1.727$, $p = .093$) para a dimensão de “agressão verbal” (AQ). O GVB também apresentou níveis significativamente mais elevados de “raiva” no AQ ($M = 19.95$, $DP = 7.098$) do que o GNVB ($M = 16.15$, $DP = 6.0557$). A diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa ($t(59) = -2.114$, $p < .050$). Logo, os resultados sugerem que o grupo vítimas de *bullying* (GVB) apresentou níveis mais elevados de agressividade temperamental, nomeadamente de “agressão física” e de “raiva” do que o grupo de “não-vítimas de *bullying*” (GNVB) (tabela 19).

Apresentou-se uma hipótese que o GVB iria apresentar níveis significativamente mais elevados de experiências na infância de abuso, antipatia/hostilidade e negligência por parte de ambos os pais (versão Portuguesa da CECA.Q) e de memórias de experiências de “ameaça” e de “submissão” perante os pais e familiares (versão Portuguesa da ELES) do que GNVB. Os resultados parecem conceder suporte à hipótese, já que o GVB, tal como era esperado, apresentou níveis significativamente mais elevados de memórias de experiências da ameaça percep-

cionada dos pais contra o indivíduo (ELES - dimensão “ameaça”: $M= 20.42$, $DP= 7.2688$); experiências de submissão perante os pais e membros da família (ELES- dimensão “submissão”) ($M= 19.42$, $DP= 5.513$) e de sentimentos de “desvalorização” (ELES- dimensão de “(des)valorização”) ($M= 10.21$, $DP= 3.4182$) do que o GNVB ($M= 13.47$, $DP= 6.1405$ para a dimensão da “ameaça” da ELES; $M= 16.05$, $DP= 4.7313$ para a dimensão da “submissão” da ELES e $M= 8.36$, $DP= 3.2865$ para a dimensão da “(des)valorização” da ELES). As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas para as duas dimensões das recordações da ameaça percebida na infância da ELES: “ameaça” $t(59)= -3.862$, $p<0.001$; “submissão” $t(59)= -2.448$, $p<0.030$. Anote-se que se registou uma diferença quase estatisticamente significativa para a dimensão da “(des)valorização” ($t(59)= -2.006$, $p= .052$) (tabela 19).

Tabela . Diferenças entre o Grupo de Vítimas de Bullying e o Grupo de não-Vítimas de Bullying para as variáveis em estudo

Variáveis	Grupo de Vítimas de Bullying (GVB)			Grupo de Não-vítimas de Bullying (GNVB)			t	p
	M	DP	nº	M	DP	nº		
BDI Total	13.73	8.1332	42	14.15	6.585	19	.214	.832
SBS Total	31.35	13.578	42	37.52	11.364	19	1.844	.072
OAS Total	42.35	17.496	42	37.78	15.364	19	-1.029	.310
SCS_Ajustamento Social	24.40	7.9512	42	23.05	7.627	19	-.633	.531
SCS_Hierarquia	25.11	7.6356	42	23.57	7.911	19	-.712	.482
FNE Total	110.40	19.690	42	120.31	16.674	19	2.029	.049
EAESDIS_ansiedade	120.19	26.408	42	129.05	28.039	19	1.164	.253
EAESDIS_evitamento	109.00	27.450	42	105.73	32.653	19	-.379	.707
PC Total	146.90	54.710	42	88.73	43.462	19	-4.452	.000
PC_frequência	51.00	20.650	42	32.05	14.226	19	-4.154	.000
PC_convicção	54.28	18.501	42	36.42	13.480	19	-4.245	.000
PC_transtorno	41.61	19.410	42	20.26	18.196	19	-4.157	.000
EVA_ansiedade	3.30	.93311	42	3.50	0.877	19	.805	.426
EVA_conforto com a proximidade	2.49	.73574	42	2.56	0.854	19	.289	.775
EVA_confiança nos outros	2.73	.571	42	2.79	0.673	19	.383	.704
ELES Total	50.07	13.906	42	37.89	10.959	19	-3.684	.001
ELES_ameaça	20.42	7.2688	42	13.47	6.141	19	-3.862	.000
ELES_submissão	19.42	5.5133	42	16.05	4.731	19	-2.448	.019
ELES_(des)valorização	10.21	3.4182	42	8.36	3.287	19	-2.006	.052
CECA.Q Antipatia (Mãe)	23.45	9.2951	42	17.57	7.897	19	-2.542	.015
CECA.Q Antipatia (Pai)	27.32	7.141	40	19.05	5.892	19	-4.697	.000
CECA.Q Negligência (Mãe)	17.54	7.188	42	13.68	5.973	19	-2.192	.034
CECA.Q Negligência (Pai)	21.77	6.5378	40	19.00	6.912	19	-1.466	.152
CECA.Q Abuso Físico (Mãe)	1.22	1.8045	27	.75	1.612	16	-.888	.381
CECA.Q Abuso Físico (Pai)	2.083	1.9621	36	.27	1.033	15	-4.305	.000
CECA.Q 1ª experiência sexual	.62	1.6222	42	.32	0.946	19	-.915	.364
CECA.Q Abuso sexual	.17	1.0801	42	.00	0.000	19	-1.000	.323

Variáveis	Grupo de Vítimas de Bullying (GVB)			Grupo de Não-vítimas de Bullying (GNVB)			t	p
	M	DP	nº	M	DP	nº		
AQ Total	81.5	23.983	42	69.31	18.254	19	-2.180	.035
AQ_agressão física	21.23	8.957	42	14.73	6.715	19	-3.141	.003
AQ_agressão verbal	14.02	4.826	42	11.63	5.090	19	-1.727	.093
AQ_raiva	19.95	7.098	42	16.15	6.058	19	-2.144	.038
AQ_hostilidade	26.28	8.486	42	26.78	6.399	19	.256	.799
BPRS Total	73.23	29.056	42	59.10	18.266	19	-2.303	.025
BPRS Distúrbio do Pensamento	12.35	6.889	42	8.10	3.365	19	-3.237	.002
BPRS Desorganização	18.69	8.753	42	14.31	5.143	19	-2.439	.018
BPRS Hostilidade	9.83	4.378	42	8.684	3.713	19	-1.057	.297
BPRS Ansiedade	14.21	5.299	42	13.89	4.557	19	-.241	.881
BPRS Anergia/Avolição (sintomas negativos)	15.40	8.857	42	11.47	5.611	19	-2.094	.041

a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p<.05$

Para além disso, tal como era esperado, o GVB apresentou níveis significativamente mais elevados de experiências de “antipatia/hostilidade/rejeição” ($M = 23.45$, $DP = 9.295$) e de “negligência” ($M = 17.54$, $DP = 7.188$) (CECA.Q) por parte das suas mães e de “antipatia/hostilidade/rejeição” ($M = 27.32$, $DP = 7.1412$) e de “abuso físico” por parte dos seus pais ($M = 2.083$, $DP = 1.9621$) na infância e adolescência (CECA.Q) do que o GNVB (dimensão da “antipatia da mãe” da CECA.Q: $M = 17.57$, $DP = 7.897$; dimensão da “negligência da mãe” da CECA.Q: $M = 13.68$, $DP = 5.972$; dimensão da “antipatia do pai” da CECA.Q: $M = 19.05$, $DP = 5.892$ e ainda dimensão do “abuso físico do pai” da CECA.Q: $M = .2667$, $DP = 1.0328$). As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas para todas as dimensões de abuso físico, antipatia e negligência de ambos os pais da CECA.Q: “dimensão antipatia da mãe” (CECA.Q) ($t(59) = -2.542$, $p < .020$); “negligência da mãe” (CECA.Q) ($t(59) = -2.192$, $p < .035$); “antipatia do pai” (CECA.Q) ($t(57) = -4.697$, $p < .001$) e “abuso físico do pai” (CECA.Q) ($t(49) = -4.305$, $p < .001$). Os resultados apresentaram também tendências para o GNVB relembrar mais experiências de negligência por parte do pai e de abuso físico por parte da mãe (CECA.Q) do que o GNVB, embora não fossem suficientemente fortes para atingir significância estatística (tabela 19). Por fim, as experiências de “abuso sexual” são um tema difícil de abordar devido ao estigma social associado a essas experiências e à vergonha que as pessoas demonstram fazendo com que não reconheçam terem sido vítimas de “abuso sexual” e de assédio sexual quer pelos colegas na escola (medido pela versão Portuguesa do BVQ) quer por membros da família ou amigos(as) conhecidos(as) da família (medido pela versão Portuguesa da CECA.Q e pelo último item da ELES).

De acordo com este tópico, observou-se que o GVB apresentou uma tendência para demonstrar níveis mais elevados de “vergonha externa” (vergonha do que os outros pensam sobre nós medida pela versão Portuguesa da OAS) do que o GNVB, embora esta diferença não fosse suficientemente forte para atingir significância estatística.

V.2.3. Discussão

O primeiro estudo pretendia em primeiro lugar analisar as experiências subjectivas da paranóia numa amostra clínica, com o intuito de conceder suporte ao argumento de um contínuo entre as experiências da paranóia e os delírios paranóides (Freeman, 2007). Os resultados dos dados da versão Portuguesa da PEPS (Ellet, Lopes e Chadwick, 2003) revelaram que do total da amostra de 61 indivíduos, 31 diagnosticados de esquizofrenia paranóide e 30 diagnosticados de fobia social, 17 (27.86%) relataram não terem experiências paranóides (NP) na versão Portuguesa do PEPS enquanto 30 (49.18%) descreveram ideação paranóide da *malevolência* dos outros contra eles(as) (GP) e 14 (22.95%) relataram uma experiência que era percebida como sendo paranóide, mas que não continha a crença que os outros tinham a intenção de os prejudicar, humilhar e magoar de propósito (GA). Como seria de se esperar, os 30 indivíduos que descreveram ideação paranóide na PEPS sofriam de esquizofrenia paranóide.

Mais, os resultados sugerem que o perfil cognitivo, comportamental e afectivo dos indivíduos esquizofrénicos é semelhante ao dos indivíduos da amostra de estudantes da população geral. Ambos apresentam crenças paranóides com base em situações de conspiração dos outros e comportamentos tendencialmente de fuga e do evitamento. Para além disso, tanto os indivíduos de uma amostra de estudantes como os indivíduos desta amostra clínica acreditam que não merecem terem sido vítimas da malevolência dos outros contra eles(as), apresentando,

assim, um estilo de paranóia “poor me” (“coitado de mim”) (Trower e Chadwick, 1996). Pois, a nossa amostra clínica apresenta médias para sintomas de depressão clínica relativamente baixas (12.09 no grupo de esquizofrenia paranóide e 15.07 para o grupo de ansiedade social), o que significa que apresentam índices de depressão clínica “leve”. Este resultado está de acordo com o argumento de Trower e Chadwick (1996) que afirma que o estilo de paranóia “coitado de mim” está associado a níveis baixos de depressão. Os resultados concedem, assim, suporte à noção de um contínuo entre a experiência paranóide sub-clínica a a experiência de delírios paranóides (Freeman, 2007).

O segundo objectivo principal do nosso estudo era o de explorar diferenças, em diversos aspectos, entre a paranóia e a ansiedade social. Por conseguinte, um dos aspectos que queríamos estudar, era se a ideação paranóide estaria relacionada com uma tendência para o indivíduo paranóide se ver como superior aos outros, tal como foi observado no estudo de Gilbert e colegas (2005). Os resultados de testes *t* de *amostras independentes* revelam que os indivíduos que apresentam delírios paranóides e um grau de frequência e de convicção de ideias paranóides (compõem o grupo clínico de esquizofrenia) se percepcionavam, significativamente, como sendo superiores aos outros (em termos de hierarquia social), comparativamente aos indivíduos que apresentam um quadro clínico de ansiedade social. Deste modo, a paranóia parece estar associada a um sentimento de superioridade só no caso de indivíduos que não apresentem sintomatologia depressiva. Este resultado está de acordo com o que foi encontrado por Gilbert e colegas (2005) quando argumentaram que a ideação paranóide, medida pela *General Paranóia Scale* de Fenigstein e Vanable (1992), era explicada por sentimentos de superioridade (caso a depressão fosse controlada).

Os resultados revelam também que o grupo de esquizofrenia paranóide apresenta níveis significativamente mais elevados de vergonha externa do que o grupo de ansiedade social, que por sua vez parece demonstrar tendências para ser mais submisso e mais deprimido clinicamente que o grupo de esquizofrenia paranóide (embora não sejam estatisticamente significativas).

De facto, ao explorar a influência dos comportamentos de submissão e de sintomatologia depressiva nos comportamentos de ansiedade social *versus* na ideação paranóide, verificaram-se através de uma MANOVA “one way”, interacções estatisticamente significativas entre as variáveis independentes do grupo clínico x comportamentos de submissão (SBS) x sintomas de depressão clínica (BDI para os sentimentos de ansiedade e comportamentos de evitamento de situações sociais (variáveis dependentes). Sendo assim, os comportamentos de ansiedade e de evitamento das situações sociais estão associados a sintomas de depressão clínica e a comportamentos de submissão em ambos os grupos clínicos. Portanto, os participantes que demonstram mais sintomas de depressão clínica e comportamentos de submissão associados, apresentam também e por consequência, mais ansiedade e evitamento das situações sociais. Deve-se referir, no entanto, que no nosso estudo, os níveis de sintomatologia depressiva (BDI-2) mantiveram-se abaixo do que é habitual em grupos clínicos, sugerindo índices de depressão sub-clínica.

Por outro lado, segundo a nossa hipótese de trabalho, a paranóia deve estar relacionada com vergonha externa e não tanto com depressão, pois a atenção está “enviesada” não para o *self* “defeituoso” e para as características negativas da pessoa, mas sim para o que os outros pensam e irão fazer em relação a ela própria. Os resultados suportam esta hipótese. Os resultados da MANOVA “one way” revelaram então, que as interacções entre o grupo clínico e a ver-

gonha externa como variáveis independentes eram estatisticamente significativas para todas as dimensões da ideação paranóide (frequência, convicção, transtorno) e para o evitamento de situações sociais (variáveis dependentes) que, sendo uma característica da ansiedade social, também faz parte de um quadro clínico paranóide (Freeman e colegas, 2008; Startup, Freeman, & Garety, 2007). Nesta linha de pensamento, a paranóia parece estar relacionada com sentimentos de vergonha externa (OAS), ou seja, com uma preocupação interpessoal em relação ao que os outros pensam e irão fazer em relação à própria pessoa. Logo, os indivíduos que apresentaram ideação paranóide (PC), apresentaram níveis elevados de vergonha externa (OAS) e, por sua vez, demonstraram também mais comportamentos de “evitamento” das situações sociais (EAESDIS). Na sequência da linha de investigação da paranóia, podemos verificar que os nossos resultados estão de acordo com a teoria de Freeman e Garety (2004) para os delírios persecutórios, a qual argumenta que a paranóia está relacionada com sentimentos de ansiedade e *stress* e não tanto com níveis elevados de depressão, visto que esta, embora sendo característica da paranóia e de delírios persecutórios, é muito mais típica de quadros de ansiedade social (ver Allen, Freeman, McGuire, Garety, Kuipers, Fowler, Bebbington, Green, Dunn & Ray, 2005 - descobriram que a depressão não prevê a predisposição para experiências e delírios persecutórios numa população não-clínica).

O nosso estudo pretendia também verificar se a paranóia numa amostra clínica está relacionada com comportamentos agressivos e com temperamento hostil, tal como foi observado numa amostra de estudantes, como tal propôs-se a hipótese que os esquizofrénicos paranóides deveriam apresentar mais agressividade temperamental que os ansiosos sociais. Para testar a hipótese, procedeu-se a um teste *t* de *amostras independentes*, que revelou que os esquizofrénicos paranóides apresentam níveis significativamente mais elevados de agressividade física e de hostilidade do que o grupo de ansiedade social. Deste modo, os resultados sugerem de acordo com a hipótese do estudo que os esquizofrénicos paranóides apresentam traços agressivos, caracterizados por comportamentos agressivos e atitudes hostis. Para além disso, os resultados de MANOVA “one way”, cujo o intuito era o de explorar a influência da agressividade temperamental nas dimensões da ideação paranóide (frequência, convicção e transtorno), revelam interações estatisticamente significativas entre “grupo clínico” x “hostilidade” para a “convicção” e o “transtorno” dos pensamentos paranóides. Deste modo, quanto maiores os níveis de hostilidade temperamental, maior a frequência, convicção e o transtorno da ideação paranóide.

Neste sentido, os nossos resultados estão de acordo com estudos de Ellet, Lopes e Chadwick (2003) que demonstraram que numa população não clínica, a paranóia se encontra relacionada com sentimentos de agressividade e também nos resultados de Campbell e Morrison (2007), num estudo qualitativo onde doentes que sofrem de delírios persecutórios (diagnóstico dentro do espectro da esquizofrenia), relataram experiências de paranóia, em entrevista, apresentando muita agressividade temperamental e uma necessidade de expressar fisicamente as tendências agressivas. Os nossos dados estão também de acordo com o estudo de Combs, Penn, Christopher, Michael, Basso, Rachel Wiedeman, Siebenmorgan, Joshua Tiegreen e Chapman (2009) que revelou que um grupo clínico, que apresentava delírios persecutórios, demonstrava mais agressividade e hostilidade que um grupo não-clínico, assim como um grupo clínico, mas sem delírios e em que a hostilidade era um forte preditor e explicava, por si, a variância da paranóia ao perceber situações ambíguas. No entanto, deve-se referir que embora o temperamento hostil possa estar relacionado com a ideação paranóide, há

que ter cautela e explorar o facto de um diagnóstico de esquizofrenia paranóide poder constituir um factor importante para a presença da agressividade e hostilidade e não o contrário. Os indivíduos da nossa amostra poderiam ter, antes do aparecimento de sintomatologia delirante, características agressivas ou, então, tê-las desenvolvido pelo facto de serem diagnosticados com esta doença. Há aqui uma questão importante de causa-efeito que se tem de ter em conta. Apesar disto, há estudos como o de Ellet, Lopes e Chadwick (2003) que sugeriram que indivíduos de uma população não-clínica não diferiam dos indivíduos esquizofrénicos no que concerne a percepções de hostilidade e comportamentos agressivos. Esta questão, só poderá ser devidamente tratada e analisada por um estudo longitudinal que acompanhasse o indivíduo “a priori” e “a posteriori” do aparecimento de sintomas e diagnóstico efectivo de doença.

Por último, foi nosso propósito estudar as diferenças entre a esquizofrenia paranóide e a ansiedade social relativamente à recordação de experiências de “ameaça” percebida na infância (ELES) e ainda a experiências de antipatia, negligência e abuso físico por parte dos pais. A nossa hipótese argumentava que os indivíduos que apresentavam delírios persecutórios, e daí serem diagnosticados com esquizofrenia paranóide, deveriam perceber significativamente mais experiências de antipatia/frieza por parte do pai, de abuso físico por parte da mãe e do pai (CECA.Q), recordarem-se de um ambiente familiar mais “ameaçador” e apresentarem, em consequência, mais comportamentos de “submissão” e sentimentos de “desvalorização” na família (ELES) do que os ansiosos sociais.

Os resultados concederam suporte à nossa hipótese, ao revelarem que os esquizofrénicos paranóides diferiam significativamente dos ansiosos sociais, apresentando mais experiências de antipatia por parte do pai e do abuso físico pelos pais na CECA.Q, recordando, também significativamente mais experiências de infância em ambientes familiares “ameaçadores” e ainda mais comportamentos de “submissão” perante os familiares na ELES. Para além disso, dados de uma MANOVA “one way”, cujo intuito era o de avaliar o impacto de experiências de abuso e de negligência na infância, na paranóia e ansiedade social, revelam por um lado, que as interações entre grupo clínico x “negligência da mãe” e “antipatia do pai” e entre grupo clínico x “(des)valorização” (ELES) eram estatisticamente significativas para a frequência, convicção e transtorno da ideação paranóide. Por outro lado, a MANOVA demonstrou interações significativas entre o grupo clínico x negligência da mãe e entre grupo clínico x “ameaça” para os comportamentos de “ansiedade” e do “evitamento das situações sociais (EAESDIS) respectivamente. Por conseguinte, tanto a ideação paranóide como os comportamentos de ansiedade social estão significativamente associados a experiências traumáticas na infância, tais como, as recordações de experiências de “negligência da mãe” e de “antipatia do pai” e de sentimentos de “(des)valorização e de “ameaça” percebida no meio familiar. Estes resultados estão de acordo com a literatura que relaciona a ideação paranóide com traumas familiares (Campbell e Morrison, 2007; Freeman, 2007). Por outro lado, Bentall; Rowse; Shryane; Kinderman; Howard; Blackwood; Moore e Corcoran (2009) apresentaram dados, sugerindo que, embora a paranóia estivesse associada com um historial de vitimação, esse facto não era suficiente para explicar a presença de delírios persecutórios na amostra clínica.

De facto, uma das limitações deste estudo tem a ver com a medida de vitimação. Os nossos participantes recordaram experiências de abuso e de negligência na infância e, como tal, puderam apresentar memórias que não são reais e, mais ainda, o diagnóstico de esquizofrenia paranóide indica que o indivíduo pode apresentar, já por si mesmo, ideias delirantes de perseguição, sendo portanto possível que o conteúdo das memórias da infância fosse particu-

larmente negativo e persecutório. A nossa proposta é que, para estudar com clareza o impacto de experiências de trauma na infância, se faça futuramente um estudo longitudinal em que se acompanhe os participantes e se registem comportamentos familiares de modo a não haver a influência de memórias inexatas.

Apesar das limitações que podem ser apontadas a este estudo (que se relacionam com o facto das amostras serem pequenas e de haver diferenças entre as amostras em relação à idade e escolaridade que podem ter influenciado os resultados) e embora se tentasse controlar os seus efeitos a nível estatístico – como foi observado no caso da recordação de experiências traumáticas – podemos aventar que houve uma tentativa de equiparar o melhor possível os dois grupos clínicos, tendo existido o cuidado de cumprir os critérios clínicos para um diagnóstico válido. Logo, um dos pontos fortes do nosso estudo é o de ter separado criteriosa e claramente dois grupos clínicos diferentes, em vez de ter uma amostra heterogénea com diversos diagnósticos que poderia influenciar os resultados e as conclusões que daí advierem, torneando uma das críticas mais prementes feitas aos estudos sobre os delírios paranóides (Freeman & Garety, 2000).

Até este preciso momento, na literatura, há falta de estudos que separem grupos clínicos de ansiosos sociais dos indivíduos que apresentam delírios paranóides, tendo nós, com este estudo, apresentado uma tentativa exploratória. Para além disso, há que ter em conta que o diagnóstico de esquizofrenia paranóide é feito normalmente nas idades entre os 20-40, o que está de acordo com a média de idades na nossa amostra, enquanto a ansiedade social é diagnosticada mais cedo (Dalery e d' Amato, 1999). Por outro lado, a esquizofrenia paranóide também está associada a um grau de escolaridade baixo, o que significa que a nossa amostra é representativa deste tipo de população (Simões, 1992).

Sendo assim, apesar de haver limitações óbvias neste estudo relacionadas com as características das amostras e com o facto de não serem totalmente equiparadas em termos de idade, estatuto social, duração de diagnóstico etc., deve notar-se que é o primeiro estudo a comparar, efectivamente, esquizofrenia paranóide com ansiedade social e em que os participantes se mostravam compensados no momento da sua realização, sendo, portanto, capazes de responder claramente ao que foi perguntado, minimizando a possibilidade de haver problemas metodológicos relacionados com a capacidade cognitiva dos participantes.

Para além disso, o nosso estudo apoia e substancia a teoria evolucionária de Gilbert e colegas (2005), demonstrando que a paranóia está caracterizada pelo medo do que os outros vão fazer e, por isso mesmo, o indivíduo paranóide tem tendência para ser agressivo e hostil, enquanto a ansiedade social está mais relacionada com comportamentos de submissão, baixa auto-estima e baixa comparação social. Indo ainda mais longe, apesar de haver estudos que argumentam que a submissão é característica da paranóia (Freeman e colegas, 2005 *a b*), no nosso estudo sobressai que a submissão é mais característica da fobia social estando associada a experiências de subordinação na família e consequentes sentimentos de inferioridade, inadequação e ansiedade em situações sociais. De facto, a paranóia parece estar associada a um estilo “desafiador”, pouco submisso, a sentimentos de superioridade, o que se pode relacionar com o facto dos nossos indivíduos paranóides não apresentarem sintomatologia de depressão, de lidarem com ambientes familiares de abuso físico e de frieza pelo pai com sentimentos de ressentimento e raiva, perpetuando, assim, talvez, as ruminações paranóides. Por conseguinte, estes indivíduos não apresentaram um estilo de “bad me” da paranóia mas de “poor me” da paranóia que é caracterizado por uma auto-estima inflacionada e pela ideia de que a perseguição pe-

los outros não é merecida (Trower e Chadwick, 1996). Segundo Fornells- Ambrojo e Garety (2008), este tipo de paranóia é mais comum nas populações clínicas com um diagnóstico recente, estando compensadas no momento, mas que apresentaram recentemente delírios persecutórios, caracterizando-se por um temperamento irritável, que está relacionado com um estilo atribucional enviesado ao culpar os outros pelas situações negativas, o que está de acordo não só com as características de diagnóstico da nossa população esquizofrénica que acreditam não merecerem terem sido vítimas da malevolência dos outros na versão Portuguesa do PEPS (Trower e Chadwick: classificação do estilo de paranóia “coitado de mim”), mas também com os resultados sobre a agressividade e hostilidade desta população em concreto.

122 O segundo estudo tinha como objectivo principal o de explorar as diferenças entre os indivíduos de uma amostra clínica mista que reconheceram terem sido vítimas de *bullying* na infância e adolescência *versus* os indivíduos que não reconheceram terem sido vítimas de *bullying*. Desta forma, o nosso estudo analisou o impacto das experiências de vitimação por *bullying* em diversos aspectos psicológicos de indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide ou de ansiedade social. Em primeiro lugar observou-se que uma grande proporção de indivíduos da nossa amostra clínica relataram terem sido vítimas de “*bullying*” na infância (n= 42 de 61). Por outro lado, muito poucos indivíduos reconheceram terem sido vítimas de “*bullying*” no local de trabalho (n= 16). Logo, sugerimos que este tipo de vitimação seja estudado de forma mais aprofundada e através de entrevistas em vez de medidas de auto-resposta.

De acordo com a teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 1989) e os dados de estudos sobre a associação entre a ideação paranóide e a experiência de vitimação por *bullying* em populações “normais” (Campbell e Morrison, 2007), apresentou-se a hipótese, embora o *bullying* fosse uma experiência que tanto indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide e de ansiedade social tenham sofrido, que os indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide apresentassem mais experiências de “vitimação” por *bullying*, pois assume-se que é uma experiência traumática que concerne o abuso recorrente e consequentes danos psicológicos, físicos e emocionais causados por colegas.

Os dados de um teste não paramétrico Kolmogorov-Smirnov concedem suporte para a nossa hipótese, sugerindo que os esquizofrénicos paranóides apresentam significativamente mais experiências traumáticas de *bullying* do que os ansiosos sociais.

Para além disso, de acordo com os dados de Campbell e Morrison (2007) numa população “normal”, o nosso estudo apresenta resultados que mostram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos que fazem parte do grupo que reconhece ter sido vítima de *bullying* na infância (GVB) *versus* os indivíduos que fazem parte do grupo que não reconhece ter sido vítima de *bullying* (GNVB) para os índices de sintomas “positivos” da esquizofrenia (como por exemplo: distúrbio de pensamento) da versão Portuguesa da BPRS e para os índices de ideação paranóide multidimensional (frequência, convicção e transtorno da ideação paranóide). Este resultado sugere, de acordo com dados de estudos em populações clínicas e não-clínicas (Campbell e Morrison, 2007; Gracie *et al.* 2007) e contrariamente aos critérios correntes do DSM-IV para os eventos traumáticos, que o *bullying* pode efectivamente ser uma experiência traumática para o indivíduo, estando relacionada com a psicose. No entanto, tem que se ter em conta que este resultado pode ser explicado, por um lado, pelo facto do *bullying* ser uma experiência traumática para o indivíduo, logo podendo levar simplesmente ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas psicóticos ou, por outro lado, pode ser o resultado de “enviesamentos” de memória apresentados pelos indivíduos que sofrem de esquizofrenia pa-

ranóide, já que apresentam crenças da malevolência intencional dos outros contra ele(as). Isto, quer dizer que, o facto dos indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide apresentarem delírios cujo tema foca a injúria propositada dos outros contra eles(as), pode levar a que apresentem recordações erróneas ao reconstruírem as memórias da sua infância segundo os temas dos delírios paranóides.

Apesar disso, os indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide podem também contruir as suas biografias e memórias de infância baseadas em experiências do comportamento de abusos psicológicos e físicos, da crítica e ameaça por parte dos outros (pais ou colegas), ou seja, os diferentes tipos de comportamentos de *bullying* podem ajudar a manter os delírios paranóides. De facto, os resultados sugerem também que o grupo de vítimas de *bullying* não só apresenta índices significativamente mais elevados de experiências de negligência, antipatia, hostilidade e de abuso físico por parte de ambos os pais, como também recorda significativamente mais experiências de ameaça percebida no ambiente familiar e de subordinação perante os pais e familiares do que o grupo de não vítimas de *bullying*. Estes dados parecem, então, conceder suporte à teoria das mentalidades sociais (Gilbert e colegas, 2005) estando de acordo com os resultados do estudo de Read, Agar, Argyle e Aderhold (2003) que revelou uma associação significativa entre a experiência de trauma na infância e os sintomas psicóticos na idade adulta. Deste modo, os nossos resultados parecem sugerir, uma associação entre as experiências de abuso no seio familiar e a vitimação por *bullying* na escola, pois parece-nos que as crianças que são vítimas do abuso físico, negligência, hostilidade dos pais são alvos fáceis para os colegas *bullies*. Para além disso, as crianças que vêm de ambientes familiares ameaçadores e de negligência aprendem a defender-se através da adopção de comportamentos de fuga, submissão ou de agressão (Gilbert, 1989). Logo, estas crianças irão adoptar determinados comportamentos e esquemas cognitivos que lhes permitam sobreviver, na idade adulta, no mundo social (Gilbert e colegas, 2005). Muitos dos comportamentos de defesa estão associados à expressão da raiva, estando associados também a sentimentos de vergonha externa (vergonha do que os outros pensam sobre nós) e a cognições da suspeita em relação aos outros que são percebidos como uma potencial ameaça para o *self* (Gilbert *et al.*, 2005; Ellet, Lopes & Chadwick, 2003). De facto, os resultados do nosso estudo sugerem que o grupo de vítimas de *bullying* apresenta uma tendência para demonstrar mais agressividade temperamental, ao expressar índices significativamente mais elevados de agressão física e de raiva do que o grupo de não-vítimas de *bullying*, visto que apresenta também índices significativamente mais elevados do medo da avaliação negativa dos outros e uma tendência para demonstrar mais comportamentos de submissão que o grupo de não vítimas de *bullying*. A tendência para a agressão funciona possivelmente como mecanismo de *coping* com as experiências negativas e os consequentes comportamentos de submissão que são mecanismos usados para proteger a auto-estima, tentando assim manter um *self* positivo e evitando as avaliações negativas e as críticas dos outros (Bentall, Kinderman & Kaney, 1994).

CAPÍTULO VI

Paranóia vs. ansiedade social: vulnerabilidades psicológicas e reacções paranóides, emocionais negativas vs. positivas e diferentes atribuições

Estudo das diferenças entre o grupo paranóide e o grupo de ansiedade social relativamente ao seu perfil psicológico e às reacções emocionais e à presença de ideação paranóide (estado *versus* traço) e de ansiedade após o desempenho em condições de sucesso *versus* insucesso pessoal

Objectivos
Método
Resultados

Estudo das diferenças entre os grupos paranóide *versus* de ansiedade social *versus* de controlo na atribuição das causas do desempenho pessoal e consequentes estilos de ruminação (QRDP)

Objectivos
Resultados
Discussão

Capítulo VI

Paranóia vs. ansiedade social: vulnerabilidades psicológicas e reacções paranóides, emocionais negativas vs. positivas e diferentes atribuições ao sucesso vs. insucesso pessoal num jogo de computador

*“Tis better to be vile than vile esteemed,
When not to be receives reproach of being;
And the just pleasure lost, whis is so deemed
Not by our feeling, but by others’ seeing:
For why should others’ false adulterate eyes
Give salutation to my sportive blood?
Or on my frailties why are frailer spies,
Which in their wills count bad what I think good?”*
William Shakespeare “Sonnets”

Este capítulo é dividido em duas partes do estudo *quasi* experimental. A primeira parte tem como objectivo principal explorar as diferenças do perfil psicológico dos indivíduos paranóides *versus* ansiosos sociais em termos de temperamento agressivo, traços de raiva, pensamentos e sentimentos de paranóia e reacções emocionais negativas *vs.* positivas após o desempenho numa situação de *stress* social composta por um jogo de computador com duas condições experimentais diferentes: sucesso (*feedback* positivo) *versus* insucesso (*feedback* negativo). A segunda parte tem como objectivo principal, avaliar as diferenças entre os indivíduos paranóides *versus* ansiosos sociais e o grupo de controlo em termos de atribuição das causas do desempenho pessoal (*locus* interno *versus* externo) e estilos de ruminação “derrotistas” *versus* “ressentimento” *versus* “medo das percepções negativas dos outros”.

VI.1. Estudo das diferenças entre o grupo paranóide e o grupo de ansiedade social relativamente ao seu perfil psicológico e às reacções emocionais e à presença de ideação paranóide (estado *versus* traço) e de ansiedade após o desempenho em condições de sucesso *versus* insucesso pessoal

VI.1.1. Objectivos

Este estudo tem como objectivo principal analisar o impacto de uma situação de *stress* social composta pela avaliação de desempenho num jogo (situação experimental) com *feedback* estandardizado de insucesso do desempenho pessoal *versus feedback* estandardizado de su-

cesso do desempenho pessoal nas reacções emocionais, ideação paranóide, comportamentos de ansiedade e agressividade de indivíduos que apresentam ideação paranóide em comparação com indivíduos que apresentam ansiedade social e indivíduos de um grupo de controlo. Procedeu-se, assim, à adaptação do *design* experimental de Lincoln, Schäfer & Moritz (2008) ao criar-se para este estudo uma condição de avaliação indutora de *stress* e composta por dois tipos de *feedback* (*feedback* de insucesso que supostamente aumenta os níveis de *stress versus feedback* de sucesso que deve supostamente diminuir os níveis de *stress* ao “proteger” a auto-estima do indivíduo contra o falhanço pessoal), que é baseada nos dados e conclusões da teoria das mentalidades sociais (Gilbert, Boxall, Cheung e Irons, 2005). Deste modo, a condição de avaliação e respectivo *feedback* foi construída segundo os postulados da teoria das mentalidades sociais sobre as experiências do *dia-a-dia* dos estudantes e as consequências negativas da avaliação por indivíduos de um estatuto social superior (influência do *ranking*) no indivíduo, do insucesso e do medo da humilhação e da crítica e a associação destes com a presença de perturbações de foro afectivo (Gilbert e Miles, 2000). Deve-se notar que o propósito do nosso estudo centra-se na avaliação das diferenças entre os indivíduos paranóides *versus* ansiosos sociais, logo as análises centram-se nestes dois grupos de indivíduos, enquanto o grupo de controlo serve maioritariamente como termo de comparação e para conceder validade e fiabilidade aos resultados e ao método experimental.

O estudo apresenta as seguintes hipóteses:

a) O GP deve apresentar um perfil psicológico marcadamente paranóide e agressivo temperamentalmente, demonstrando assim, níveis significativamente mais elevados de ideação paranóide sub-clínica, de “paranóia social-estado” (mais ideias de perseguição acerca das pessoas presentes no contexto laboratorial); de “raiva-estado” e “raiva-traço” (i.e. reagem mais agressivamente à crítica pessoal) e de expressão da raiva. O GP deve apresentar ainda mais “agressão física e verbal” e atitudes agressivas como a “hostilidade” (AQ) e vergonha externa (OAS), comparando-se mais favoravelmente aos outros em termos do seu estatuto na hierarquia social, do que o grupo ansioso social (GAS). Por outro lado, o GAS deve apresentar mais comportamentos de submissão (SBS); níveis significativamente mais baixos de “paranóia social-estado” (ou seja, apresenta uma visão mais positiva das intenções e comportamentos das outras pessoas no contexto laboratorial em relação a si próprios) do que o GP e expectativas significativamente mais baixas de sucesso relativas ao desempenho pessoal.

b) A condição experimental de insucesso deve induzir em ambos grupos paranóide (GP) e de ansiedade social (GAS), aumentos estatisticamente significativos da “raiva-traço (total)”; das reacções agressivas perante a crítica (raiva-traço: reacções à crítica) (STAXI) e do controlo da expressão da raiva (raiva-expressão: controlo) entre os tempos 1 e 2. A condição experimental de insucesso, por um lado, deve no entanto induzir somente no grupo paranóide, aumentos significativos de ideação paranóide sub-clínica (frequência e convicção de pensamentos paranóides) de sentimentos paranóides, de *stress* (DASS42) entre os tempos 1 e 2. Por outro lado, a condição experimental de insucesso deve induzir somente no grupo de ansiedade social, aumentos significativos da “ansiedade-estado”, dos sentimentos subjectivos de ansiedade (vinhetas visuais analógicas) e de “vergonha externa” entre os tempos 1 e 2.

c) A condição experimental de sucesso, deve proteger ambos os grupos paranóide e de ansiedade social de reacções emocionais negativas ao desempenho pessoal, ao induzir um aumento significativo das reacções emocionais positivas em ambos os grupos, levando também a reduções estatisticamente significativas da “raiva-estado” para o grupo paranóide e de “rai-

va-traço: temperamental” para o grupo de ansiedade social entre os tempos 1 e 2. No entanto, espera-se que a condição experimental de sucesso, devido à dificuldade do jogo, não proteja nem o grupo paranóide nem o grupo de ansiedade social de ideação paranóide sub-clínica, levando a um aumento significativo neste grupo da “convicção” e “transtorno” dos pensamentos paranóides sub-clínicos e a uma tendência para mais ideação persecutória no contexto experimental (paranóia social-estado) no tempo 2.

d) Esperam-se interações estatisticamente significativas entre “grupo” x “condição experimental” para os sentimentos e ideação paranóide nas vinhetas visuais analógicas e para as reacções emocionais positivas *versus* negativas ao desempenho pessoal, mas não para a ideação paranóide sub-clínica após a experiência.

e) A hostilidade, como componente da agressividade temperamental (AQ), deve agir como um factor de vulnerabilidade para o aumento significativo de índices da frequência de ideação paranóide, enquanto a ansiedade-estado e os sintomas de ansiedade devem agir como um factores de vulnerabilidade para o aumento do transtorno da ideação paranóide sub-clínica.

VI.1.2. Método

VI.1.2.1. Constituição dos grupos do estudo

VI.1.2.1.1. Procedimento

Recrutaram-se 223 estudantes universitários da Universidade de Coimbra para preencherem uma bateria de questionários de auto-resposta que mediam ideação paranóide sub-clínica, ansiedade social, índices de sintomas de depressão, ansiedade e *stress* e “mindfulness”. Os investigadores explicavam verbalmente aos participantes que os questionários faziam parte de uma primeira fase de um estudo experimental e serviam o propósito de recrutamento e de selecção de estudantes para um estudo experimental que consistia em jogar um jogo de computador que testava as capacidades geo-espaciais dos indivíduos. Era dito aos participantes que o processo de selecção tinha por base uma norma estatística aplicada às pontuações individuais nos questionários. A participação no estudo era voluntária e a confidencialidade dos dados era assegurada. Os estudantes que quisessem participar no estudo experimental davam o seu consentimento por escrito e era-lhes solicitado que dessem os seus contactos (e-mail ou número de telefone) de modo a que os investigadores os pudessem contactar caso fossem seleccionados para participarem na fase seguinte do estudo.

VI.1.2.3. Instrumentos para o recrutamento e constituição dos grupos experimentais

As versões Portuguesas da “General Paranóia Scale” (GPS) (Fenigstein & Vanable, 1992); e da “Personal Experience of Paranóia Scale” (PEPS) (Ellet, Lopes e Chadwick, 2003) foram utilizadas para medir a ideação paranóide não-clínica (ver Combs, Penn, Chadwick, Trower, Michael e Basso, 2007). Deve-se notar que só se utilizaram os dados das primeiras três perguntas da PEPS que medem se os indivíduos apresentam, ou não, paranóia caracterizada pela crença da intenção propositada da malevolência dos outros contra eles(as). A GPS apresentou para este estudo um alpha de Cronbach de .93. Por outro lado, utilizaram-se a “Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social” (EAESDIS) (Pinto-Gouveia e colegas, 2003) e a versão Portuguesa do “Fear of Negative Evaluations” (FNE) (Watson e Friend, 1969; adaptada por Pinto-Gouveia e colegas, 1986) pa-

ra medir comportamentos de ansiedade social. Ambas escalas apresentam alphas de Cronbach elevados para este estudo, visto que a sub-escala de “ansiedade/transtorno” apresenta um alpha de Cronbach de .96 e a sub-escala de “evitamento” de .89 (EAESDIS) e a FNE apresenta um alpha de Cronbach de .91. Por fim, a versão Portuguesa da “Depression and Anxiety Stress Scales” (DASS-42, Lovibond e Lovibond, 1995; adaptada e traduzida por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) foi utilizada com o intuito de por um lado medir a presença de sintomatologia depressiva, de ansiedade geral e de *stress* e, por outro, para controlar a presença e respectiva influência do humor negativo e depressogénico (alphas de Cronbach neste estudo para cada uma das dimensões da DASS estão de acordo com o que foi observado pelos autores da adaptação da escala ao contexto Português, sendo os seguintes: “depressão” .91; “ansiedade” .89 e “*stress*” .93).

VI.1.2.4. Características demográficas dos participantes

A amostra total de 223 participantes recrutados para o estudo experimental conforme as suas pontuações nos questionários mencionados anteriormente apresenta uma predominância de indivíduos do género feminino (n= 196, 87.9%) relativamente ao género masculino (n= 27, 12.1%). A maioria dos participantes era solteira (n= 218, 97.8%). Só 4 participantes eram casados(as) (1.8%). Mais, 49.9% dos participantes tinham 12 anos de escolaridade (equivalente ao 12º ano do ensino secundário); 76 (34.1%) tinham 13 anos de escolaridade (primeiro ano do ensino universitário); 14 (6.3%) tinham 14 anos de escolaridade; 11(4.9%) tinham 15 anos de escolaridade; 2 tinham 18 anos de escolaridade (0.9%) e 1 (0.4%) tinha 20 anos de escolaridade e um outro participante (0.4%) apresentava 21 anos de escolaridade (grau de doutorado(a)). Os dados demográficos sugerem, assim, que a maioria dos participantes era do sexo feminino, solteiro(a) e tinha o 12º ano ou frequentava os primeiros anos do Ensino Superior.

VI.1.2.5. Análise preliminar dos dados

A amostra total de 223 participantes apresentava os seguintes dados de estatística descritiva: GPS (M= 43.91; DP= 10.963; mínimo= 21, máximo= 80; “Skewness” .352, “Kurtosis” 1.63); PC “Frequência” (M= 19.30, DP= 15.590 ; mínimo= 18, máximo= 68; “Skewness” 1.393, “Kurtosis” 2.457); PC “Convicção” (M= 36.00; DP= 15.108; mínimo= 18, máximo= 87; “Skewness” 1.549, “Kurtosis” 2.689); PC “Transtorno”/“*Distress*” (M= 23.02; DP= 15.762; mínimo= 0, máximo= 59; “Skewness” .319, “Kurtosis” -.887); EAESDIS “Ansiedade/Transtorno” (M= 94.02; DP= 20.567; mínimo= 44, máximo= 160; “Skewness” .380, “Kurtosis” -.097); EAESDIS “Evitamento” (M= 82.38; DP= 18.902; mínimo= 44, máximo= 156; “Skewness” .711, “Kurtosis” .559); FNE (M= 95.65; DP= 15.590; mínimo= 50, máximo= 145; “Skewness” .465, “Kurtosis” 1.118) e finalmente para o afecto e humor negativo das dimensões do DASS-42, a DASS-42 “Depressão” apresenta (M= 6.44, DP= 7.493, mínimo= 0, máximo= 34; “Skewness” 1.718, “Kurtosis” 2.821); DASS-42 “Ansiedade” (M= 5.34; DP= 5.786, mínimo= 0, máximo= 36; “Skewness” 1.584, “Kurtosis” 2.469) e DASS-42 “Stress” (M= 11.47; DP= 7.587; mínimo= 0, máximo= 36; “Skewness” .672, “Kurtosis” .083) (tabela 20).

A análise preliminar dos dados da amostra sugere que as pontuações nos questionários de recrutamento estavam distribuídas de forma uniforme. Mais, as médias apresentadas pelos

participantes no nosso estudo para os questionários que medem ideação paranóide sub-clínica estavam de acordo com o que foi observado por Fenigstein e Venable (1992) em amostras Norte-Americanas e por Freeman e colegas (2005 *a*) numa amostra Inglesa. As pontuações neste estudo nas escalas que medem ansiedade social também estão de acordo com o que foi observado por Pinto-Gouveia e colegas (2003) ao estudar a ansiedade social em outras amostras de estudantes Portugueses (M= 91.36 para a sub-escala de “ansiedade” e M= 84.23 para a sub-escala de “evitamento” da EAESDIS e M= 92.13 para a pontuação total na FNE respectivamente). Os dados sugerem ainda que a nossa amostra não apresenta índices elevados de depressão, ansiedade e *stress*, não sendo, portanto, uma amostra clinicamente deprimida e ansiosa, apresentando pontuações que são semelhantes às que foram observadas pelos autores da adaptação da DASS-42 numa amostra de estudantes Portugueses (DASS-42 “depressão” M= 6.00; “ansiedade” M= 5.74 e “*stress*”= 12.34, Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Tabela 20. Médias e desvios-padrões das pontuações da amostra geral nas medidas de paranóia, ansiedade social e psicopatologia

Variáveis	M	DP
GPS_total	43.91	10.963
PC_frequência	19.30	15.590
PC_convicção	36.00	15.108
PC_transtorno	23.02	15.762
EAESDIS_ansiedade/transtorno	94.02	20.567
EAESDIS_evitamento	82.38	18.902
FNE_total	95.65	15.590
DASS42_depressão	6.44	7.493
DASS42_ansiedade	5.34	5.786
DASS42_stress	11.47	7.587

GPS (versão Portuguesa da General Paranóia Scale); PC (versão Portuguesa da Paranóia Checklist); EAESDIS (Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações de Desempenho e Interação Social); FNE (versão Portuguesa da Fear of Negative Evaluations Scale); DASS42 (versão Portuguesa das Depression Anxiety Stress Scales)

Dos dados obtidos nos questionários elaboraram-se dois grupos experimentais diferentes e um grupo de controlo recorrendo ao *corte das médias*.

Grupo Paranóide (GP)

Da amostra total de 223 participantes, seleccionamos 52 (23.3%) participantes que apresentavam as pontuações mais elevadas na “GPS” versão Portuguesa ($GPS \geq 53$; $1+ DP$), sendo esta uma medida usada de forma consistente na literatura para medir ideação paranóide sub-clínica (Fenigstein & Venable, 1992). As pontuações normativas e a média da “General Paranóia Scale” foram utilizadas com o intuito de determinar o corte das pontuações para a classificação deste grupo (ver Combs, Penn, & Fenigstein, 2002; Fenigstein & Venable, 1992). Utilizou-se, assim, o procedimento de Combs e colegas (2007) ao usarmos o método estatístico de corte da média mais um desvio padrão da GPS, para que todos os participantes que apresentam uma pontuação igual ou acima de 53 na GPS não só constituam o grupo paranóide deste estudo comodevam demonstrar crenças e *enviesamentos* cognitivos, sociais e comportamentais semelhantes as que são observadas em indivíduos que sofrem de delírios persecutórios (Combs & Penn, 2004; Combs *et al.*, 2006; Fenigstein, 1997). À luz dos dos argumentos de Green, Freeman, Kuipers, Bebington, Fowler, Dunn & Garety (2007) que afirmam que a GPS contém itens que não medem claramente a ideação persecutória, avaliando pelo contrário

temas de cariz depressivo em vez da paranóia, utilizou-se o PEPS (versão Portuguesa) (Ellet, Lopes e Chadwick, 2003) com o intuito de confirmar que os indivíduos que pontuam alto na GPS eram de facto indivíduos paranóides, ou seja, apresentavam a crença que os outros queriam-lhes fazer mal *intencionalmente* (exemplo: a ideia de que os outros criticam, rejeitam, perseguem e impedem o sucesso intencionalmente). Esta crença paranóide da *intencionalidade* da malevolência dos outros contra nós é essencial para a definição de ideação paranóide em populações não-clínicas (Freeman & Garety, 2000). Os dados da PEPS conferem, assim, validade ao nosso grupo paranóide, visto que todos os indivíduos deste grupo apresentavam a crença da *intenção* da malevolência dos outros contra eles(as).

132 O humor depressivo era controlado pelas pontuações da DASS-42. Este questionário mede sintomas correntes de depressão, ansiedade e *stress* e é usado na literatura como uma medida de *stress* emocional e afecto negativo em populações não-clínicas (ver Allen e colegas, 2005).

Dos 52 participantes seleccionados, só 28 consentiram fazer parte do estudo experimental. O grupo paranóide (n= 28) apresentava as seguintes médias para as dimensões da DASS-42: "Depressão" (M= 9.00, DP= 8.520); "Ansiedade" (M= 6.57, DP= 4.228) e "Stress" (M= 15.03; SD= 6.161). Embora estes valores sejam ligeiramente mais elevados do que aqueles obtidos numa amostra grande de estudantes por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), não são suficientemente elevados para serem indicadores da presença de sintomatologia clínica de depressão e ansiedade, para além disso todos os indivíduos deste grupo pontuavam abaixo dos 14 pontos em cada nas dimensões de "depressão" e de "ansiedade" da DASS-42 (ver Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Do nosso grupo paranóide de 28 participantes, 22 eram do sexo feminino (78.6%) enquanto 6 eram do sexo masculino (21.4%). A média de idades para este grupo era de M= 20.32, DP= 4.869 e a média de anos de escolaridade era de M= 13.21, DP= 1.792, o que significa que a maior parte dos indivíduos deste grupo tinham o 12º ano de escolaridade ou frequentavam o primeiro ano do Ensino Superior (tabela 21). Não existiam diferenças estatisticamente significativas entre os sexos relativamente à idade, anos de escolaridade, estado civil e pontuações na GPS. No entanto, e de acordo com o que foi observado por Freeman e colegas (2005a), as mulheres apresentaram índices mais elevados de "transtorno"/ "*distress*" dos pensamentos paranóides na PC do que os homens, embora a diferença entre os sexos não fosse suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(26) = -1.429, p = .051$). Por outro lado, as mulheres apresentaram níveis significativamente mais elevados de "ansiedade" da DASS-42 do que os homens, sendo a diferença entre os dois sexos estatisticamente significativa ($t(26) = -2.725, p = .018$).

Grupo de Ansiedade Social (GAS)

Da amostra total de 223 estudantes, identificamos 65 (29.14%) participantes que apresentavam pontuações elevadas tanto na dimensão de "ansiedade/transtorno" da EAESDIS (EAESDIS "ansiedade/transtorno" >115) como na dimensão de "evitamento" (EAESDIS "evitamento" >105) e ainda na versão Portuguesa da FNE (pontuação total na FNE > 110). A EAESDIS é uma medida usada de forma consistente para avaliar a ansiedade social e os cortes das pontuações para cada uma das dimensões foram retiradas do estudo de Pinto-Gouveia e colegas (2003), que demonstrou a validade deste método de corte de médias para distinguir os ansiosos sociais de outros indivíduos numa população "normal" (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2003).

Deste modo, os participantes que pontuam acima dessas pontuações de corte, demonstram padrões cognitivos, emocionais e comportamentais similares aos que são apresentados por indivíduos que sofrem de fobia social a nível clínico (Pinto-Gouveia *et al.* 2003). Dado a paranóia ser comórbida com a ansiedade social, todos os indivíduos do grupo de ansiedade social teriam que pontuar abaixo de 43 na versão Portuguesa da GPS (<43). Utilizou-se, assim, a média na GPS da amostra geral, com o intuito de diferenciar de forma válida entre indivíduos paranóides e ansiosos sociais. Sendo assim, dos 65 indivíduos que foram seleccionados, 30 apresentavam pontuações abaixo dos 43 na GPS, visto que só 28 (43.07%) consentiram fazer parte do estudo experimental, constituindo, assim, o grupo de ansiedade social. O nosso grupo de ansiedade social composto por 28 participantes apresentava uma predominância de indivíduos do sexo feminino $n=22$ (78.57%) comparativamente aos do sexo masculino (só 6 homens, 21.42%). As médias de idades para este grupo era de $M=18.54$; $DP=.658$ e de anos de escolaridade $M=12.29$, $DP=.464$, visto que a maioria dos participantes tinha o 12º ano de escolaridade.

As mulheres eram mais velhas ($M=18.59$, $DP=.6661$) e apresentaram um nível de escolaridade superior ($M=12.31$, $DP=.4767$) aos homens ($M=18$, $DP=0$ e $M=12$, $DP=0$ respectivamente) ($t(26)=-4.161$, $p<0.001$ para a idade e $t(26)=-3.161$, $p=.005$ para os anos de escolaridade, respectivamente). Não se verificaram diferenças significativas entre os sexos relativamente às pontuações nas medidas de ansiedade social (EAESDIS “ansiedade” e “evitamento” e FNE) e de psicopatologia do foro afectivo (DASS-42) e na “General Paranóia Scale”. No entanto, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os sexos, para as dimensões de “frequência” e “convicção” da PC, visto que as mulheres apresentaram índices significativamente mais elevados da “frequência” e da “convicção” de pensamentos persecutórios da PC do que os homens ($t(26)=-4.787$, $p<.001$ para a “frequência” e $t(26)=-5.216$, $p<0.001$ para a “convicção” respectivamente) (tabela 21).

O humor depressivo e ansioso era controlado pelas pontuações da DASS-42. Este grupo apresentava as seguintes médias para as dimensões da DASS-42: “depressão” ($M=7.25$, $DP=5.023$); “ansiedade” ($M=6.54$; $DP=4.615$) e “stress” ($M=11.91$; $DP=5.741$). Estas pontuações eram semelhantes às obtidas por Pais-Ribeiro e colegas (2004) e, tal como seria de esperar, dadas as características fóbicas sociais deste grupo, a pontuação da “ansiedade” era ligeiramente mais alta do que foi observado na amostra de Pais-Ribeiro e colegas (2004). Apesar disso, todos os indivíduos deste grupo apresentavam pontuações abaixo dos 14 para cada uma das dimensões da DASS-42, não demonstrando, assim, sintomatologia clínica de depressão (ver Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Grupo de Controlo (GC)

Do total de 223 estudantes, seleccionamos 117 (52.46%) participantes que apresentavam as pontuações mais baixas na versão Portuguesa da GPS; na EAESDIS e nas suas sub-escalas (“ansiedade” e “evitamento”); no FNE e na DASS-42 e respectivas sub-escalas de “depressão, ansiedade e stress”. Do grupo recrutado de 117 participantes, conseguimos que 28 (23.93%) consentissem fazer parte do estudo experimental. A média de idades para este grupo era de $M=19.75$ $DP=3.732$ e a média de anos de escolaridade era de $M=12.37$, $DP=.8242$. Logo, o grupo de controlo apresentava idades superiores aos outros dois grupos, sendo ligeiramente mais velho, mas tal como acontecia nos outros dois grupos, apresentava na sua maioria participantes que tinham o 12º ano de escolaridade.

As pontuações do grupo de controlo para as medidas de paranóia e ansiedade social eram baixas, sendo a média na GPS ($M= 23.2$, $DP= .834$); médias nas dimensões da EAESDIS: “ansiedade” ($M= 55.1$, $DP= 5.463$) e “evitamento” ($M= 55.5$, $DP= 5.784$) e a média no FNE ($M= 75.1$, $DP= 7.654$). Utilizou-se a regra normativa de uma média inferior a 10 para todas dimensões da DASS-42, com o intuito de eliminar do grupo de controlo, indivíduos que apresentassem sintomatologia depressiva. Logo, as médias na DASS-42 são: “depressão” <10 ($M= 1.95$, $DP= 1.835$); “ansiedade” <10 ($M= 2.83$, $DP= 3.447$) e “stress” <10 ($M= 6.33$, $DP= 5.539$). Todos os participantes do grupo de controlo apresentavam pontuações mais baixas que 28 na GPS, que 60 nas dimensões da EAESIDS, que 80 na FNE e que 10 nas dimensões da DASS-42, sendo, portanto, um grupo que apresentava os índices mais baixos nestes questionários. Para além disso, este grupo não relatava ter ideação paranóide na versão Portuguesa do PEPS.

Tabela 21. Características gerais dos Grupos Paranóide e Ansioso Social

Grupo Paranóide (N= 28)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	6	21.4	22	78.6	28	100
Idade						
18-19	2	33.4	15	68.2	17	61.41
20-21	3	50.0	5	22.7	8	28.5
22-28	0	0	2	9	2	7.2
43-44	1	16.7	0	0	1	3.6
Anos de Escolaridade						
≤13	4	66.7	16	72.8	20	71.4
14	1	16.7	4	18.2	5	17.9
15	1	16.7	1	4.5	2	7.1
21	0	0	1	4.5	1	3.6
Estado Civil						
Solteiro	5	99.0%	22	100%	27	99.0%
Casado	1	1.0%	0	0	1	1.0%
	M	DP	M	DP	t	p
Idade	23.50	9.607	19.45	2.197	1.024	.351
Anos de Escolaridade	13.33	1.032	13.18	1.967	.255	.802
Grupo Ansioso Social (N= 28)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	6	21.4	22	78.6	28	100
Idade						
18	6	100	11	50.0	17	60.7
19	0	0	9	40.9	9	32.1
20	0	0	2	9.1	2	7.1
Anos de Escolaridade						
12	6	100	15	68.2	21	75
13	0	0	7	31.8	7	25
Estado Civil						
Solteiro	6	100	22	100	28	100
	M	DP	M	DP	t	p
Idade	18.00	.000	18.59	.6661	-4.161	.000
Anos de Escolaridade	12.00	.000	12.31	.4767	-3.130	.005

Tabela 21. Características gerais do Grupo de Controlo

Grupo Controlo (N= 28)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
	5	17.9	23	82.1	28	100
Idade						
18-19	4	80.0	18	78.2	22	78.6
20-27	1	20.0	4	17.3	5	17.9
35	0	0	1	4.3	1	3.6
Anos de Escolaridade						
≤13	5	100	20	87.0	25	89.3
14	0	0	2	8.7	2	7.1
15	0	0	1	4.3	1	3.6
Estado Civil						
Solteiro	5	100%	22	99.0%	27	99%
Casado	0	0	1	1.0%	1	1%
	M	DP	M	DP	t	p
Idade	18.60	.894	19.78	3.801	-1.332	.i95
Anos de Escolaridade	12.00	.000	12.47	.846	-2.712	.013

Este grupo, tal como os dois grupos anteriores, era composto por mais mulheres $n= 23$ (82.1%) do que homens $n= 5$ (17.9%). Não se registaram diferenças significativas entre os sexos nas pontuações dos questionários, havendo só uma diferença estatisticamente significativa relativa aos anos de escolaridade, em que as mulheres apresentaram significativamente mais anos de escolaridade ($M= 12.47$, $DP= .8458$) do que os homens ($M= 12.0$, $DP= 0$) ($t(26)= -2.712$, $p= .013$) (tabela 21).

Deve-se referir que nenhum dos participantes dos três grupos estava a ter consultas por um terapeuta e a tomar medicação para distúrbios psicológicos no presente momento, afirmando também, nunca terem sofrido de qualquer tipo de doença mental.

VI.1.2.6. Diferenças entre os Grupos Experimentais

O teste de ANOVA “one-way” demonstrou não haverem diferenças significativas entre os três grupos relativamente às idades ($F(2,83)= 1.578$, $p= .213$) e no rácio de mulheres : homens ($\chi^2(1, 84) = .421$, $p= .810$), visto que todos os três grupos apresentaram mais mulheres que homens em proporções semelhantes. Por outro lado, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos relativamente aos anos de escolaridade ($F(2,83)= 4.619$, $p<.015$). O teste Post-Hoc Scheffe revelou que o Grupo paranóide difere significativamente do Grupo de ansiedade social ($t= .9226$, $p<.030$), visto que o grupo paranóide apresentou significativamente mais anos de escolaridade do que o grupo de ansiedade social.

VI.1.2.7. Instrumentos dos tempos 1 e 2

Os participantes que foram previamente seleccionados foram contactados durante o período de duas semanas por email e telefone para estarem presentes numa sessão de esclarecimento sobre o estudo experimental. Na sessão de esclarecimento, explicou-se verbalmente aos participantes que o estudo experimental consistia em jogar um jogo de computador que media as capacidades geo-espaciais, concentração, memória e atenção. O desempenho individual no jogo é avaliado por um investigador que observa o comportamento dos participantes e as suas pontuações no jogo dando-lhes no final *feedback* sobre o seu desempenho e o uso das suas capacidades. Os participantes recebiam um formulário de consentimento que tinham que

assinar e a confidencialidade dos dados era assegurada. Após os participantes consentirem participar na experiência, era-lhes solicitado que preenchessem uma bateria de questionários pré-sessões experimentais. Deve-se referir que esta bateria de questionários pré-experiência foi preenchida exactamente uma semana antes das sessões experimentais começarem.

Os questionários do Tempo 1 (pré-experiência - uma semana antes da experiência) eram os seguintes:

A versão Portuguesa da Paranóia Checklist (PC) de Freeman e colegas (2005 a) (traduzida e adaptada por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*) que mede ideação paranóide não-clínica num formato multidimensional e que apresentou neste estudo bons índices de consistência interna para as suas dimensões (alphas de Cronbach: 0.89 para “frequência”; 0.95 para a “convicção” e 0.95 para o “transtorno”). A “Escala de Comparação Social” (SCS de Allen e Gilbert, 1995; adaptada e traduzida por Gato, J. e Pinto-Gouveia, 2003) que também apresentou neste estudo bons índices de consistência interna para as suas dimensões (alphas de Cronbach de .87 para a “hierarquia” e de .84 para o “ajustamento social”). A versão Portuguesa do “Other as Shamer Scale” (Allan, Gilbert e Goss, 1994; traduzido e adaptado por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*), um questionário que mede índices de *vergonha externa* (a vergonha do que os outros pensam sobre nós) que apresentou neste estudo um alpha de Cronbach de .94 estando de acordo com o que foi observado nos estudos anteriores com amostras Portuguesas. A versão Portuguesa da “Submissive Behaviour Scale”, um questionário que mede a presença de comportamentos de submissão (SBS de Gilbert *et al.*, 2004; adaptada e traduzida por Castilho, P. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*) e que apresentou um alpha de Cronbach elevado de .96, revelando uma boa consistência interna. A versão Portuguesa do “Aggression Questionnaire” (AQ) (Buss e Perry, 1992; traduzido e adaptado por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*), um questionário que mede as componentes comportamentais da raiva, atitudes e tendências agressivas, apresentando bons índices de consistência interna para as suas sub-escalas: alphas de Cronbach de .84 “agressão física”; .69 “agressão verbal”; .80 “raiva” e .81 “hostilidade”. Para além destes quatro questionários os participantes também tinham que preencher:

State-Trait Anxiety Inventory (STAI: Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jacobs, 1983; “Inventário de Ansiedade-Estado/Traço” Tradução e adaptação de Ponciano, E.)

A versão Portuguesa da STAI é usada de forma consistente na literatura (ver Ponciano, E.). Esta escala, tal como a versão original, mede níveis de ansiedade-estado *versus* ansiedade-traço. A ansiedade-estado é composta por 20 itens que medem os níveis de ansiedade no presente momento (*e.g.* “Sinto-me nervoso”). Os participantes têm que responder numa escala tipo Likert os níveis de ansiedade que sentem no preciso momento (1= não a 4= muito). As pontuações variam entre 20 a 80, considerando que as pontuações mais elevadas referem-se a níveis elevados de ansiedade no momento. Por outro lado, a ansiedade-traço também é composta por 20 itens que medem a tendência individual para sentir ansiedade no geral, ou seja, a presença de um temperamento ansioso. Os participantes têm que responder numa escala tipo Likert (1= quase nunca a 5= quase sempre) a frequência de itens que se referem a comportamentos e sentimentos ansiosos e a uma tendência de nervosismo e irritação geral que são habitualmente demonstrados no *dia-a-dia* (*e.g.* “Inquieto-me com coisas que na realidade não têm importância”). Da mesma forma que a ansiedade-estado, as pontuações podem variar entre 20 a 80, sendo as pontuações mais elevadas indício de níveis mais elevados de um temperamento

ansioso. A STAI é usada em estudos experimentais para controlar os níveis de ansiedade que podem ser provocados pela condição experimental e para avaliar a tendência individual para ser ansioso(a) (Freeman *et al.*, 2008). O nosso estudo apresenta bons índices de consistência interna para as dimensões da STAI: “ansiedade-estado” apresenta um alpha de Cronbach .90 e “ansiedade-traço” apresenta um alpha de Cronbach .86.

The State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI, Spielberger, 1988; “Inventário de Raiva - Estado/Traço” Tradução e adaptação de Ponciano, E.)

O STAXI (Spielberger, 1988) é um inventário composto por 44 itens que medem a experiência e o expressar da raiva numa escala de resposta tipo Likert de 4 pontos (1= não a 4= muito) para os itens de 1 a 10 e numa escala de resposta de Likert de 4 pontos (1= quase nunca a 4= quase sempre) para os itens de 11 a 44. As pontuações variam entre 44 a 176, considerando que as pontuações mais altas correspondem a níveis elevados de raiva. O STAXI é composto por 3 dimensões: “raiva-estado” (*state_anger*) (SA); “raiva-traço” (*trait_anger*) (TA) e “raiva-expressão” (*anger_expression*) (AX). A “raiva-estado” refere-se a sentimentos subjectivos de raiva no presente momento, que podem variar desde irritação moderada a uma raiva intensa. A “raiva-estado” é medida pelos primeiros 10 itens do inventário. A pontuação máxima nesta dimensão é 40. A “raiva-traço” crónica por sua vez mede a predisposição, ou tendência do indivíduo para percepcionar as situações como sendo desagradáveis e irritantes. Esta dimensão é composta por 10 itens e tal como a “raiva-estado”, a pontuação máxima é de 44. A “raiva-traço” (TA) é dividida em duas sub-escalas que contêm cada uma 4 itens: “raiva-temperamento” (*trait_anger_temperament*) e “raiva-reacções à crítica” (*trait_anger_react to criticism*). A sub-escala “raiva-temperamento” mede a raiva que resulta do temperamento individual sem necessitar de provocação. Os itens que compõem esta sub-escala não estão contextualizados numa situação social em específico, centrando-se em vez disso na tendência do indivíduo para ser agressivo impulsivamente. Por outro lado, a sub-escala “raiva-reacções à crítica” mede a disposição individual para demonstrar raiva quando se é criticado(o) ou tratado(a) injustamente. Os itens desta sub-escala referem-se à experiência e ao sentir (mas não à expressão) de raiva quando avaliado de forma negativa pelos outros. A “raiva-expressão” (*anger_expression*) é a dimensão deste inventário que mede os comportamentos dos indivíduos quando estão furioso(a)s ou irritado(a)s. A “raiva-expressão” é, por sua vez, composta por três sub-escalas que contêm cada uma 8 itens: “raiva-internamente” (*anger_in*); “raiva-externamente” (*anger_out*); “raiva-controlo” (*anger_control*). A sub-escala “raiva-internamente” mede a frequência do suprimir da raiva (8 itens; *e.g.* “amuo”), a sub-escala “raiva-externamente” mede a frequência da expressão “aberta” da raiva (8 itens; *e.g.* “digo coisas que magoam”) e a “raiva-controlo” mede a frequência das tentativas individuais para controlar os sentimentos de raiva (8 itens; *e.g.* “controlo o meu comportamento”). Pode obter outra medida ainda da “raiva-expressão”, o “total de raiva expressa” (*Total Anger Expressed*) através das pontuações dos outros itens da “raiva-expressão”, sendo esta uma pontuação que se centra na frequência da expressão da raiva individual independentemente da direcção da raiva (para dentro ou para fora). Spielberger (1988) revelou dados que revelam que o inventário apresenta boas qualidades psicométricas, visto que as sub-escalas apresentam boa consistência interna: alphas de Cronbach de .93 para a “raiva-estado”; .86 para a “raiva-traço” e .73 para a sub-escala de “raiva-internamente” e -.84 para a sub-escala “raiva-externamente”. Estes valores estão de acordo com o que foi obtido pelo autor da versão Portuguesa da STAXI (Ponciano, E.). No nosso estudo nós obtivemos também

bons índices de consistência interna para todas as sub-escalas da STAXI: alphas Cronbach de .94 para “raiva-estado”; .90 para “raiva-traço”; .85 para “raiva-expressão”; .64 para “raiva-internamente”; -.85 para “raiva-externamente” e .70 para “raiva-controlo”, respectivamente. No geral, este inventário apresenta fidelidade e validade de construto já que há estudos que sugerem que a “raiva-estado” está correlacionada com o neuroticismo” (Spielberger e colegas, 1983).

Positive Negative Affect Schedule (PANAS) (Watson, Clark & Tellegen, 1988) “Escala de Afecto Positivo e Negativo” traduzida e adaptada para Português por Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J. (2005)

138 O PANAS é uma escala de 20 itens que derivou de estudos feitos na área de investigação do humor subjectivo por auto-resposta. O PANAS mede dois factores do humor que representam duas dimensões do estado afectivo: *afecto positivo versus negativo*. O afecto positivo (AP) reflecte a quantidade de entusiasmo, de interesse, de actividade e vigilância que o indivíduo demonstra, considerando que, por um lado, níveis elevados de afecto positivo significam índices de energia, boa concentração, interesse prazenteiro na tarefa, por outro, níveis baixos de afecto positivo (AP) indicam a presença de tristeza e de letargia por parte do indivíduo. Contrariamente ao afecto positivo, o afecto negativo (AN) é uma dimensão geral subjectiva do transtorno emocional (*distress*) e de desinteresse, um certo amorfismo que inclui estados negativos de raiva, medo, desprezo, nojo e nervosismo. Em contrapartida, baixos níveis de afecto negativo indicam estados subjectivos de calma e serenidade. A escala é composta por duas sub-escalas: AP (10 itens) e AN (10 itens). Os indivíduos têm que responder o quanto é que sentiram durante as últimas semanas cada uma das emoções apresentadas na escala ao usarem uma escala de resposta tipo Likert de 5 pontos desde 1= nada ou ligeiramente a 5= extremamente, sendo a pontuação mínima de 20 e a máxima de 100. As pontuações mais elevadas indicam níveis elevados de afecto positivo e negativo. A versão Portuguesa do PANAS demonstra boas qualidades psicométricas, já que as análises factoriais feitas com uma amostra de estudantes Portuguesa, apresentaram resultados semelhantes aos obtidos pela versão original com estudantes Norte-Americanos, sugerindo, assim, a presença de dois factores ortogonais e antagonistas (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). De facto, no nosso estudo (n= 76) a sub-escala do afecto positivo correlacionava-se negativa, estatística e significativamente com a sub-escala do afecto negativo (r= -.266, p= .020), sugerindo, assim, que ambas escalas medem conceitos diferentes e ortogonais. Para além disso, o PANAS apresentou índices de boa consistência interna para ambas as sub-escalas, demonstrando um $\alpha = 0.88$ para o afecto positivo (0.86 no estudo de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) e um $\alpha = 0.85$ para o afecto negativo (0.89 no estudo de Galinha e Pais-Ribeiro, 2005). Para além disso, as duas dimensões bipolares do PANAS têm sido associadas a dimensões afectivas temperamentais correspondentes do âmbito do afecto positivo *versus* negativo (diferenças individuais na reacção emocional positiva *versus* negativa). O afecto positivo e negativo como traços da personalidade correspondem a factores da personalidade dominantes relacionados com a extroversão e a ansiedade/neuroticismo, respectivamente (Tellegen, 1985; Watson & Clark, 1984). Os níveis baixos de afecto positivo associados a níveis elevados de afecto negativo são características que distinguem os sintomas da depressão e da ansiedade (Tellegen, 1985).

Os questionários do Tempo 2 (pós-experiência) eram os seguintes:

Os questionários do tempo 2 eram os seguintes: as versões portuguesas da PC (frequência, convicção e transtorno de ideação paranóide); da STAI; da STAXI; da OAS, da DASS-42 (sintomas de depressão, ansiedade e *stress*). Os participantes tinham que preencher também a

versão Portuguesa da SSPS (Freeman, D.; Pugh, K.; Green, D.; Valmaggia, L.; Dunn, G. & Garety, P. A., 2007; traduzida e adaptada por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J., *em preparação*). A SSPS é um questionário de auto-resposta elaborado para medir a ocorrência dos pensamentos paranóides sobre personagens que faziam parte de um contexto de realidade virtual. Para o propósito do nosso estudo, a SSPS foi utilizada como medida da “*paranóia social-estado*” para avaliar a ocorrência de pensamentos paranóides sobre o investigador e os outros estudantes presentes nas sessões experimentais. A SSPS apresenta três sub-escalas: “*perseguição*” (*persecution*) que contém 10 itens que medem ideias de referência persecutórias sobre as intenções dos outros em relação ao indivíduo (*e.g.* “alguém tem algo contra mim”, “alguém olhou fixamente para mim de modo a que ficasse perturbado(a)”) e que preenchem os critérios para a ideação paranóide sub-clínica (Freeman and Garety, 2000). As outras duas sub-escalas são: “*neutral*” (*neutral*), que contém cinco itens que medem ideias neutras acerca das pessoas e respectivos comportamentos e intenções para com o indivíduo (*e.g.* “ninguém reparou em mim”) e “*positiva*” (*positive*), que por sua vez inclui cinco itens que medem a ideação positiva do indivíduo acerca do comportamento de pessoas presentes nas sessões experimentais para com ele(a) (*e.g.* “alguém foi amigável para comigo”). As respostas são dadas numa escala tipo Likert de cinco pontos (de 1= discordo totalmente, a 5= concordo totalmente). As pontuações variam entre 20 e 100. Assinale-se que as pontuações mais elevadas significam uma concordância maior com os itens. A versão Portuguesa da SSPS apresentou no nosso estudo, um alpha de Cronbach que sugere uma consistência interna satisfatória da escala ($\alpha = 0.66$).

Neste estudo, para além destes questionários, desenvolveu-se um instrumento com o objectivo de medir as ruminações após o desempenho pessoal:

Questionário de Ruminações sobre o Desempenho Pessoal (QPRD) por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J. (*em preparação*)

Este questionário foi elaborado com o intuito de medir o tipo de ruminações que os indivíduos apresentam após desempenharem uma tarefa. O conteúdo dos itens do questionário foi derivado do “*Ruminative Responses Scale*” (RRS) (Nolen-Hoeksema e Morrow, 1991). O RRS é uma medida de ruminação que é bastante usada na literatura e que contém duas sub-escalas: “*brooding*” (i.e. a tendência para responder com afecto negativo às situações ao demonstrar, por um lado, pensamento auto-crítico que se centra nas percepções negativas do *self* ou, por outro lado, pensamentos de ressentimento que se centram em sentimentos de injustiça e no comportamentos negativos e mal-intencionados dos outros, *e.g.* fazer barulho que são percebidos como causas do insucesso desempenho pessoal) e “*reflective pondering*” que é um estilo de ruminação com afecto positivo (i.e. a tendência subjectiva para distanciar-se da situação e reflectir analisando os estados afectivos negativos). O questionário é, assim, composto por 17 itens que avaliam pensamentos intrusivos auto-críticos, derrotistas e o medo das percepções negativas dos outros em relação a si (10 itens) *versus* pensamentos de ressentimento e de culpabilização dos outros pelo insucesso do desempenho pessoal (7 itens). Os participantes têm que indicar numa escala de Likert de “0 = nunca a 4 = quase sempre” a frequência com que os pensamentos presentes no questionário lhes passam pela mente após o desempenho pessoal e o respectivo *feedback*. Deve-se referir que o questionário foi feito com um número baixo de itens para conceder mais consistência interna à escala e ainda num pequeno estudo piloto informal observou-se que as pessoas compreendem o que lhes é solicitado.

Estrutura Factorial do QRDP

Procedeu-se, então, e com o intuito de avaliar a estrutura dimensional do QRDP, a uma análise em componentes principais seguida de uma rotação varimax com a extracção prévia de três factores para os 17 itens que compõem o questionário. Uma análise à consistência interna

do questionário revela um alpha de Cronbach de .83 com 17 itens, pois o questionário apresenta índices de fiabilidade. A medida Kaiser-Meyer-Olkin apresentou um valor de .669, revelando uma boa adequação da amostragem a uma análise em componentes principais, assim como também foi significativo o teste de esfericidade de Bartlett [$\chi^2(130) = 576.991, p < .001$]. A solução permitiu extrair três factores com valores próprios superiores a 1 e responsáveis por 53.605% da variância total. O primeiro factor é composto por 7 itens (1,2,3,4,11,12, e 5) que avaliam a dimensão “interna” das respostas com afecto negativo ao desempenho pessoal (i.e. “brooding”) caracterizado por pensamentos que se centram nas características negativas do *self* (e.g. “Interroguei-me acerca das minhas capacidades para realizar este tipo de jogos”), ao qual chamamos de “derrotista”. Este factor explica 30.023% da variância total. O segundo factor é composto por 6 itens (5,6,9,13,14 (invertido) e 16) que avaliam a dimensão “externa” das respostas com afecto negativo ao desempenho pessoal, caracterizado por pensamentos que se centram nas características e comportamentos negativos e mal-intencionados das outras pessoas e num sentimento geral de hostilidade, e.g. “Pensei que os resultados não interessam nada e que eles(as) só me estão a utilizar como cobaia”, ao qual chamamos de “ressentimento”. Este factor explica 15.186% da variância total. Por último, um terceiro factor emergiu na análise explicando 8.396% da variância total. Este factor é composto por 3 itens (7,8, e 10) e parece estar a avaliar uma dimensão do afecto negativo relacionado com pensamentos intrusivos sobre a preocupação com o que os outros pensam sobre si, e.g. “Pensei no que os outros vão pensar dos meus resultados.”, ao qual chamamos de “medo de percepções negativas dos outros”. O item 17, que se satura neste factor, foi retirado do questionário pois avalia pensamentos intrusivos com afecto positivo (“Pensei que gosto e fico entusiasmado(a) a realizar este tipo de tarefas”) e apresenta índices de saturação baixos -.092, .35 e .40 nos factores 1,2, e 3, respectivamente. Para além disso, este item apresenta uma correlação item-total inferior a .30; logo, a sua eliminação aumenta a consistência interna da escala ao apresentar um alpha de Cronbach de .84 sem o respectivo item (tabela 22).

Tabela 22. QRDP- Itens correspondentes a factores e respectivas saturações

Itens	Factores		
	1	2	3
QRDP_1 “Interroguei-me acerca das minhas capacidades para realizar este tipo de jogos.”	.737	.058	.125
QRDP_2 “Pensei porque é que fico sempre tão preocupado com o meu desempenho.”	.809	-.093	.001
QRDP_3 “Pensei porque é que eu não consigo os mesmos resultados dos outros.”	.762	.111	.060
QRDP_4 “Pensei porque é que nunca fico completamente satisfeito com o meu desempenho mesmo quando foi razoável ou bom.”	.631	-.157	.118
QRDP_5 “Pensei que o meu desempenho neste tipo de tarefas não tem nada a ver com as capacidades reais das pessoas.”	-.092	.759	.238
QRDP_6 “Pensei que estes jogos ou estas tarefas estão feitas de maneira a que as pessoas falhem e se sintam desvalorizadas.”	-.011	.667	.227
QRDP_7 “Pensei no que os outros vão pensar acerca dos meus resultados.”	.278	-.105	.678
QRDP_8 “Pensei que mesmo tendo tido um bom resultado, os outros não me vão dar o devido valor.”	.055	.247	.639
QRDP_9 “Pensei que os resultados não interessam nada, e que eles(as) só me estão a utilizar como cobaia.”	.034	.685	-.092
QRDP_10 “Pensei porque é que eu tenho problemas que as outras pessoas não têm.”	.341	-.043	.779
QRDP_11 “Pensei acerca do que fiz e auto-critiquei-me pelas dificuldades que senti a realizar a tarefa.”	.580	.208	.352
QRDP_12 “Pensei que quando alguém me avalia tenho a tendência a esperar o pior.”	.568	.305	.302
QRDP_13 “Pensei que quando estou a ser posto a prova e não sou tão bem sucedido como pensava, não é por minha culpa, mas sim devido a circunstâncias.”	.141	.535	.247
QRDP_14 “Pensei que não me iria deixar afectar pelos resultados.” (invertido)	.026	.712	-.304
QRDP_15 “Pensei que fico sempre frustrado com o meu desempenho.”	.589	.304	.294
QRDP_16 “Pensei que fico sempre entediado com este tipo de tarefas.”	.378	.553	.274
QRDP_17 “Pensei que gosto e fico entusiasmado(a) a realizar este tipo de tarefas.” (invertido)	-.093	.352	.435

Características das distribuição das pontuações do QRDP

As pontuações totais para as sub-escalas seguem uma distribuição normal (testes de Kolmogorov-Smirnov com $p > .05$). As distribuições para as sub-escalas “derrotista” e “ressentimento” são simétricas e mesocúrticas enquanto a distribuição para a sub-escala “medo de percepções negativas dos outros”, é ligeiramente enviesada à esquerda e um pouco mais achatada que a distribuição normal.

Estudo dos itens do QRDP

Na sub-escala de “derrotista” os 7 itens que a compõem possuem correlações item-total iguais ou superiores a .30 (tabela 23). O mesmo acontece nas sub-escalas de “ressentimento” e de “medo das percepções negativas dos outros”, à exceção do item 17 que apresenta uma correlação de .216, sendo, como já foi referido anteriormente, retirado do questionário pois aumentava significativamente a consistência interna da sub-escala que apresenta, assim, um α de Cronbach sem o respectivo item de .696.

141

Tabela 23. Correlações item-total e α de Cronbach sem o item para os itens do QDP e as respectivas sub-escalas

Itens	Sub-escalas do QRDP	r item-total	Alpha de Cronbach (sem o item)
QRDP_1	Derrotista	.611	.820
QRDP_2		.571	.825
QRDP_3		.630	.817
QRDP_4		.465	.841
QRDP_11		.640	.815
QRDP_12		.640	.815
QRDP_15		.639	.815
QRDP_5	Ressentimento	.569	.669
QRDP_6		.579	.678
QRDP_9		.480	.698
QRDP_13		.367	.728
QRDP_14		.421	.719
QRDP_16		.467	.701
QRDP_7	Medo das percepções negativas dos outros	.399	.536
QRDP_8		.486	.491
QRDP_10		.538	.431
QRDP_17		.216	.696

Consistência interna

A consistência interna do QRDP foi examinada através do cálculo do *alpha de Cronbach*, revelando valores elevados para as duas sub-escalas principais, sendo .843 (7 itens) e .736 (6 itens) para as sub-escalas “derrotista” e de “ressentimento”, respectivamente, e um valor aceitável de .696 (3 itens) para a sub-escala de “medo das percepções negativas dos outros”.

Validade

A validade convergente, discriminante, de construto e preditiva do QRDP foi estudada através das correlações entre as sub-escalas do QRDP: “derrotista”, “ressentimento” e “medo das percepções negativas dos outros” e o seu valor total; auto-percepções positivas *versus* auto-percepções negativas (SPERQ; Dutton e Brown, 1997); reacções emocionais positivas *versus* reacções emocionais negativas ao desempenho pessoal (SPERQ; Dutton e Brown, 1997); as dimensões do afecto negativo *versus* positivo do PANAS; as dimensões da “hierarquia” e do “ajustamento social” da “Social Comparison Scale” (SCS) e as dimensões do humor depressogénico (depressão, ansiedade e *stress* da DASS-42). As correlações entre as dimensões do QRDP e o seu total são positivas e significativamente elevadas, corroborando uma convergência dos aspectos avaliados. Deste modo, as correlações são as seguintes: entre

as dimensões “derrotista” e do “ressentimento” ($r = .292, p = .011$) e a dimensão do “medo das percepções negativas dos outros” ($r = .478, p < .001$) e o QRDP_total ($r = .858, p < .001$); entre as dimensões do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros” ($r = .291, p = .011$) e o QRDP_total ($r = .680, p < .001$) e ainda entre a dimensão do “medo das percepções negativas dos outros” e o QRDP_total ($r = .695, p < .001$) (tabela 24).

As correlações fracas entre as dimensões “derrotista” e “ressentimento” e entre esta e o “medo das percepções negativas” indicam uma possível divergência entre os constructos. Tal como seria de esperar, e de acordo com a nossa ideia de que as dimensões do QRDP medem diferentes tipos de rumações de afecto negativo, as correlações entre dimensões do QRDP e o seu total com a dimensão das “auto-percepções positivas” do SPERQ de Dutton e Brown (1997) são negativas e significativamente elevadas à excepção da dimensão do “ressentimento”, que apresenta uma correlação negativa, embora não seja suficientemente forte para atingir significância estatística. Logo, os resultados sugerem que quanto menos auto-percepções positivas, mais rumações “derrotistas” e do “medo das percepções negativas dos outros” ($r = -.318, p = .001$ com “derrotista”; $r = -.175, p = .175$ “ressentimento”; $r = -.326, p = .004$ “medo das percepções negativas dos outros” e $r = -.358, p = .003$ com QRDP_total, respectivamente). Por outro lado, as correlações entre as dimensões do QRDP e o seu total com a dimensão de “auto-percepções negativas” no SPERQ de Dutton e Brown (1997) são moderadas e positivas, embora estatisticamente significativas ($r = .261, p = .023$ com “derrotista”; $r = .248, p = .031$ “ressentimento”; $r = .276, p = .016$ “medo das percepções negativas dos outros” e $r = .268, p = .019$ com QRDP_total, respectivamente). Estes resultados sugerem, assim, uma convergência entre as dimensões do QRDP e a presença de níveis moderados de “auto-percepções negativas” no SPERQ de Dutton e Brown (1997), ou seja quanto mais auto-percepções negativas mais rumações negativas acerca do desempenho pessoal.

Da mesma forma, observou-se, por um lado, que as correlações entre as dimensões do QRDP e o seu total com a dimensão de “reações positivas após o desempenho pessoal” do SPERQ de Dutton e Brown (1997) são negativas e significativamente elevadas ($r = -.301, p = .008$; $r = -.369, p = .001$; $r = -.385, p = .001$ e $r = -.446, p < .001$), por outro, as correlações entre as dimensões do QRDP e o seu total com a dimensão de “reações negativas após o desempenho pessoal” do SPERQ de Dutton e Brown (1997) são positivas e significativamente elevadas ($r = .435, p < .001$; $r = .434, p < .001$; $r = .566, p < .001$, $r = .606, p < .001$). Sendo assim, estes resultados sugerem que as dimensões do QRDP apresentam validade de construto, já que se encontram associadas à presença de índices elevados de reações emocionais negativas (*e.g.* descontentamento, sentimentos de incompetência e inadequação) ao desempenho pessoal.

Quanto às dimensões do afecto do PANAS, os resultados sugerem que todas as dimensões do QRDP apresentam correlações negativas com a dimensão do afecto positivo do PANAS, sendo que a única correlação suficientemente forte para atingir significância estatística é a da dimensão “medo das percepções negativas dos outros” com o afecto positivo ($r = -.226, p = .049$). Por outro lado, todas as dimensões do QRDP apresentam correlações positivas com a dimensão do “afecto negativo” do PANAS e mais uma vez a única correlação estatisticamente significativa é entre a dimensão do “medo das percepções negativas dos outros” com o “afecto negativo” ($r = .253, p = .028$). Os resultados sugerem, assim, que os estilos de pensamentos ruminantes do QRDP estão associados a um afecto negativo. Relativamente aos índices de comparação social, as dimensões do QRDP apresentam correlações negativas com ambas as dimensões de “hierarquia” e de “ajustamento” social da escala de comparação

social (SCS), visto que a dimensão “derrotista” e o total do QRDP apresentam correlações negativas moderadas, mas estatisticamente significativas com a dimensão da “hierarquia” do SCS ($r = -.233, p = .042$ e $r = -.272, p = .017$), enquanto a dimensão “medo das percepções negativas dos outros” apresenta uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa com a dimensão de “ajustamento social” do SCS ($r = -.239, p = .039$). Os resultados sugerem, assim, que as ruminações do QRDP estão associadas a comparações sociais mais desfavoráveis em termos do estatuto social e do ajustamento e adaptação à sociedade.

Por fim, as dimensões “derrotista” e do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP e o seu total apresentam correlações positivas e significativamente elevadas com sintomas de “depressão” (DASS-42) ($r = .323, p = .004$; $r = .536, p < .001$ e $r = .404, p < .001$ respectivamente) (tabela 24). Mais, embora todas as dimensões do QRDP apresentem correlações positivas com os sintomas de “ansiedade” e do “*stress*” (DASS-42), só a dimensão do “medo das percepções negativas dos outros” e o total do QRDP apresentam correlações estatisticamente significativas tanto com os sintomas de “ansiedade” ($r = .492, p < .001$ e $r = .287, p = .012$ respectivamente) como do “*stress*” ($r = .321, p = .005$ e $r = .254, p = .027$ respectivamente). Os resultados sugerem que, embora todas as dimensões do QRDP pareçam estar associadas a sintomas de um distúrbio afectivo, a dimensão de “medo das percepções negativas dos outros” é a que apresenta correlações de magnitude elevada com os sintomas de depressão, ansiedade e *stress*, sugerindo que quanto mais pensamentos intrusivos após o desempenho sobre o “medo das percepções negativas dos outros”, mais sintomas de depressão, ansiedade e *stress* (tabela 24).

Tabela 24. Correlações entre os estilos de ruminação do QRDP e as dimensões do afecto positivo e negativo da PANAS e as dimensões de psicopatologia da DASS42 e de auto-percepções e reacções emocionais (SPERQ)

	QDP_ derrotista	QRDP_r essentimento	QRDP_ medo percep_neg	QRDP_ total
QRDP_derrotista		.292*	.478**	.858**
QRDP_ressentimento	.292*		.291*	.680**
QRDP_medo percep_neg	.478**	.291*		.695**
QRDP_total	.858**	.680**	.695**	
PANAS_afecto positivo	-.196	-.050	-.226*	-.203
PANAS_afecto negativo	.215	.050	.253*	.222
SCS_hierarquia	-.233*	-.184	-.192	-.272*
SCS_ajustamento social	-.100	-.170	-.239*	-.200
SPERQ_Auto-percepções positivas	-.318**	-.175	-.326**	-.358**
SPERQ_Auto-percepções negativas	.261**	.248*	.276*	.268*
SPERQ_reac_emoc_pos	-.301**	-.369**	-.385**	.446**
SPERQ_reac_emoc_neg	.435**	.434**	.566**	.606**
DASS42_depressão	.323**	.136	.536**	.404**
DASS42_ansiedade	.177	.095	.492**	.287*
DASS42_stress	.145	.180	.321**	.254*

QRDP: Questionário de Ruminações Sobre o Desempenho Pessoal - dimensões “derrotista”, “ressentimento” e “medo das percepções negativas dos outros”; PANAS: versão Portuguesa da “Positive and Negative Affect Scales” - dimensões do “afecto positivo” versus o “afecto negativo”; SCS: versão Portuguesa da “Social Comparison Scale” - dimensões “hierarquia” e “ajustamento social”; SPERQ: versão Portuguesa do “Questionnaire of Self-Perceptions and Emotional Reactions” - dimensões de “auto-percepções: positivas versus negativas” e de “reacções emocionais: positivas versus negativas”; DASS-42: versão Portuguesa da “Depression Anxiety Stress Scales”; ** $p < .005$, * $p < .05$

VI.1.2.8. *Design da experiência*

Após o preenchimento da bateria de questionários no tempo 1, os participantes eram distribuídos aleatoriamente em duas condições experimentais: *Sucesso* (*feedback* positivo) *vs.* *Insucesso* (*feedback* negativo). Deste modo, os participantes do Grupo Paranóide (GP) eram distribuídos aleatoriamente nas condições de sucesso (n= 14) *vs.* insucesso (n= 14). Utilizou-se o mesmo procedimento para os participantes do Grupo de Ansiedade Social (GAS): sucesso (n= 14) *vs.* insucesso (n= 14) e para os participantes do Grupo de Controlo (GC): sucesso (n= 14) *vs.* insucesso (n= 14).

Os participantes dos três grupos eram distribuídos em grupos de 6 participantes por cada sessão experimental, sendo dispersados pela sala da experiência e sentando-se em computadores que estavam longe uns dos outros de forma a que cada participante não pudesse ver o que o outro estava a fazer. Solicitou-se aos participantes que se sentassem nos lugares que lhes eram indicados e depois eram-lhes concedidos panfletos que descreviam as etapas da experiência e o tempo de duração da mesma que seria de aproximadamente uma hora. As sessões experimentais decorreram ao longo de uma semana.

144 Sendo assim, informou-se os participantes que iriam jogar um jogo de computador que testa as suas capacidades de raciocínio lógico, concentração, atenção, memória a curto-prazo e habilidades visuo-geo-espaciais. O jogo propriamente dito chama-se “SET GAME”: <http://www.setgame.com>. O “SET GAME” é um jogo de cartas que contém figuras geométricas que apresentam características diferentes. O objectivo do jogo é construir a maior quantidade de grupos de cartas possíveis em pouco tempo.

Este jogo foi testado antes numa amostra de 50 estudantes que afirmaram nunca jogarem jogos deste género e em 10 estudantes que conheciam o jogo e revelavam serem bastante bons no seu desempenho. Os investigadores observaram que o máximo de grupos que os estudantes universitários, que são bastante bons a jogar este tipo de jogos, eram capazes de obter num prazo de 15 minutos, era o de 10 grupos. Este procedimento tinha, então, o propósito de explorar o método para induzir insucesso no jogo, controlando as características individuais e outras variáveis parasitas que possam influenciar o desempenho, de forma a que os participantes que estejam na condição de insucesso sejam “pressionados” a obter uma pontuação de 14 grupos que era referida como sendo a norma para qualquer estudante universitário. Impôs-se então na condição de insucesso, uma fasquia muito alta para um desempenho médio, possibilitando, assim, a crítica relativa ao desempenho. Para além disso, com o intuito de controlar os efeitos da administração de questionários e do procedimento experimental, os investigadores seguiram um protocolo definido e estandardizado.

Deste modo, antes de começarem a jogar o jogo, era mostrado aos participantes uma vinheta com uma apresentação visual do jogo do computador (cartas com figuras geométricas) com o intuito de mostrar aos participantes o formato do jogo que iriam jogar (*e.g.* do género de jogos como o “Tetris”). A experiência apresentava duas condições experimentais diferentes: sucesso *vs.* insucesso. Logo, por um lado, era dito aos participantes na condição de *sucesso* que o objectivo do jogo era o de encontrar o maior número de grupos de cartas que conseguissem ao usarem determinadas regras para formar um grupo correcto de cartas. Por outro lado, era dito aos participantes da condição de *insucesso* que tinham obrigatoriamente que conseguirem formar 14 grupos de cartas, pois era esperado que assim fosse, já que era dada a informação falsa que a maior parte dos estudantes universitários conseguia obter 14 grupos (na verdade como foi dito anteriormente o máximo de grupos conseguido é de 10). Para além disso, em ambas as

condições, os participantes também eram avisados pelo investigador que iriam ser observados enquanto eles(as) jogavam e que este(a) iria tirar notas e avaliar as capacidades individuais de concentração na tarefa, atenção ao jogo, compreensão das regras de jogo e o desempenho pessoal. Estabeleceu-se assim, por um lado, que na condição de sucesso o investigador daria *feedback* positivo estandardizado, elogiando as capacidades e desempenho dos indivíduos enquanto na condição de insucesso o investigador daria *feedback* negativo estandardizado, criticando e comparando negativamente o desempenho dos indivíduos em relação aos colegas.

Antes de terem uma sessão de prática para se familiarizarem com o jogo e compreenderem as regras, e caso não houvessem dúvidas, era solicitado aos participantes para relatarem por escrito: a) se sofrem ou sofreram de uma condição médica; b) se sofrem ou sofreram de um distúrbio psicológico; c) se fazem ou fizeram terapia d) se tomam ou tomaram medicação para distúrbios psicológicos e ainda para preencherem vinhetas visuais analógicas que medem a intensidade no presente momento da ansiedade e de sentimentos paranóides: “o quanto é que se sente ansioso(a) neste preciso momento?”; “o quanto é que acha que os outros estão a tentar prejudicá-lo (a) neste preciso momento no seu desempenho no jogo, diminuí-lo(a) ou humilhá-lo(a)?” (escala de Likert de resposta: 1= nada a 7= muito). Os participantes também preenchem a primeira parte da versão Portuguesa do SPERQ (*Self Perceptions and Emotional Reactions Questionnaire*) (Dutton e Brown, 1997; traduzida e adaptada por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*), que mede auto-percepções positivas *vs.* negativas (5 adjectivos positivos *e.g.* “Sou uma pessoa inteligente” *versus* 5 adjectivos negativos “Sou uma pessoa incompetente”, numa escala Likert de resposta de concordância com a afirmação de 1= concordo totalmente a 7= discordo totalmente) (Dutton & Brown, 1997). Após o preenchimento do questionário, informou-se os participantes que poderiam desistir da experiência se quisessem, começando em seguida a sessão de treino do jogo durante 10 minutos.

O investigador explica oralmente na sessão de treino, como é que se joga o jogo e quais são as regras para formar um grupo de três cartas correcto. No início da sessão de treino, o investigador jogava por uns segundos com o propósito de ajudar os participantes a compreenderem melhor as regras e depois cada um dos participantes treinava sozinho. A sessão de treino permitiu, assim, que os participantes ficassem conhecedores do jogo e clarificou as questões e dúvidas que pudessem haver. Após a prática, e tendo-se confirmado que os participantes percebiam como jogar e como utilizar as regras para obter o grupo correcto, era solicitado aos participantes que respondessem numa escala de Likert de (1= muito pobre a 7= muito boa) : a) como é que esperam que seja o seu desempenho no jogo em comparação ao dos colegas; b) como consideram as suas capacidades em jogar jogos de computador; c) quantas vezes jogam jogos de computador onde utilizam capacidades visuais-geo-espaciais e de coordenação (resposta numa escala de Likert de 1= nunca a 7= sempre) e d) o quanto é importante para eles(as) terem um bom desempenho no jogo (resposta numa escala de Likert de 1= nada importante a 7= muitíssimo importante). Os participantes também também que descrever as suas expectativas relativas ao desempenho no jogo ao escolherem entre os 10% (topo, excelente), 50% (média) aos 90% (baixo, muito mau). Após responderem a estas questões, os participantes jogavam o jogo de computador por 15 minutos cronometrados pelo investigador.

VI.1.2.9. Manipulações Experimentais para criar condições de sucesso *versus* insucesso

A manipulação principal consistia em estabelecer na condição de insucesso a regra normativa da construção obrigatória de 14 grupos para um desempenho razoável. De facto, era dito aos participantes nesta condição, que os seus colegas universitários conseguiam obter 14

grupos e, como tal, esperava-se que eles(as) conseguissem obter o maior número de grupos possível já que a fasquia mínima era a de 14 grupos. Por outro lado, a condição de sucesso não apresenta uma regra normativa para o desempenho.

Estabeleceu-se ainda outra manipulação para induzir o sucesso *versus* o insucesso experimentalmente que consistia em dar *feedback* estandardizado positivo *versus* negativo aos participantes. Sendo assim, após jogarem o jogo, cada um dos participantes recebia *feedback* por escrito do investigador acerca das suas capacidades, facilidade de concentração, habilidade em usar os recursos de atenção (focar e desfocar a atenção), uso do tempo e capacidades visuais-espaciais e sobre o desempenho em geral. Na condição de *sucesso*, o investigador elogia o desempenho pessoal ao usar *feedback* estandardizado positivo *e.g.* “capacidade muito boa em focar e desfocar a atenção; o desempenho foi bastante bom e muito melhor que muitos dos colegas; parabéns, etc.”. Por outro lado, na condição de *insucesso*, o investigador critica o desempenho pessoal, comparando também desfavoravelmente o desempenho do participante aos dos colegas (*i.e.* *feedback* estandardizado negativo), *e.g.* “desempenho muito mau; dificuldades extremas em focar e desfocar a atenção; desempenho muitíssimo mau em comparação com colegas, etc.” Adoptaram-se também outras manipulações para induzir o insucesso *vs.* sucesso e conceder validade às duas condições. A descrição das manipulações pode ser lida nos anexos.

Após receberem *feedback* individualmente, cada um dos participantes teria que a) preencher as mesmas vinhetas visuais analógicas que foram apresentadas antes da sessão de prática e que medem os níveis no presente momento de ansiedade e a presença de sentimentos e ideação paranóide no contexto da experiência; b) descrever as suas percepções acerca do desempenho pessoal (como é que comparam o desempenho no jogo relativamente às suas expectativas e em relação ao desempenho dos outros colegas numa escala entre os 10% - topo /excelente aos 90% -muito mau) e apontar o número de grupos que conseguira fazer; c) descrever as suas reacções emocionais ao desempenho no jogo na segunda parte da versão Portuguesa do *Self-Perceptions and Emotional Reactions Questionnaire* (SPERQ) (Dutton & Brown, 1997; traduzido e adaptado por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J., *em preparação*) que mede as reacções emocionais ao desempenho pessoal, com 10 itens (6 descrevem reacções emocionais negativas e 4 descrevem reacções emocionais positivas) e de resposta numa escala de Likert de 7 pontos (1= concordo totalmente a 7 = discordo totalmente) (*e.g.* “o jogo fez-me sentir estúpido”); d) atribuir a causa por detrás do desempenho pessoal ao responder a duas perguntas (*locus* interno *versus locus* externo) numa escala de resposta Likert de 7 pontos (1= nada a 7 = muitíssimo), considerando que, enquanto na primeira pergunta as pontuações mais elevadas referem-se à atribuição a causas internas *e.g.* “Até que ponto é que achas que o teu desempenho neste jogo foi devido às tuas capacidades espaciais, de raciocínio e concentração?”, na segunda pergunta as pontuações mais elevadas referem-se à atribuição a causas externas (*e.g.* barulho) (*e.g.* “Até que ponto é que achas que o teu desempenho neste jogo foi devido à interferência de causas externas, como por exemplo: barulho, interferência por outras pessoas, etc. ?”) (Dutton & Brown, 1997). Por fim, era solicitado aos participantes que preenchessem a bateria de questionários do tempo 2, mencionada anteriormente. No final do estudo, esclareciam-se os objectivos, tendo em conta que os participantes percebiam que o *feedback* era falso, não ficando dúvidas acerca do desempenho pessoal. Por fim, agradeciasse a participação no estudo.

VI.1.3. Resultados

As médias e desvios padrões para cada grupo são apresentadas no quadro 1. Todas as medidas demonstram níveis aceitáveis de “Kurtosis” e “Skewness” (i.e valores entre +/-1).

VI.1.3.1. Diferenças entre os grupos experimentais: vulnerabilidades psicológicas

Como seria de esperar, o GP (grupo paranóide) apresentou níveis significativamente mais elevados da “frequência” (M= 33.071, DP= 8.7013), da “convicção” (M= 36.89, DP= 9.044) e do “transtorno” (M= 29.92, DP= 15.236) dos pensamentos paranóides (PC) no tempo 1 (pré-experiência) do que o GAS (grupo de ansiedade social) (M= 25.58, DP= 4.889 para a “frequência”; M= 27.16, DP= 6.084 para a “convicção” e M= 19.66, DP= 12.883 para o “transtorno” respectivamente), sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas para todas as dimensões da paranóia sub-clínica: “frequência” ($t(50) = 3.889$, $p < .001$ tempo 1); “convicção” ($t(50) = 4.604$, $p < .001$ tempo 1) e “transtorno” ($t(50) = 2.632$, $p = .011$ tempo 1). Para além disso, o GP também pontuou significativamente acima na sub-escala da “perseguição” na versão Portuguesa da “State Social Paranóia Scale” (SSPS) do que o GAS (M= 17.03, DP= 8.158 vs. M= 10.79, DP= 1.382 respectivamente), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t(50) = 3.984$, $p < .001$) (tabela 25). O GP demonstrou, assim, níveis mais elevados de “paranóia social-estado” que o GAS. Por outro lado, o GAS apresentou mais ideias de referência positivas na SSPS que o GP (M= 18.50, DP= 3.606 vs. M= 15.71, DP= 4.250 respectivamente), sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ($t(50) = 2.525$, $p = .028$) (tabela 26). Isto, quer dizer que, o GAS demonstrou significativamente mais ideação positiva acerca das outras pessoas no contexto experimental do que o GP, ou seja, percebem os outros como sendo amigáveis e simpáticos para com eles(as).

O GP demonstrou também índices mais elevados de agressividade temperamental (AQ) (M= 70.64, DP= 21.717) do que o GAS (M= 50.95, DP= 8.441) (AQ total: $t(50) = 4.420$, $p < .001$), apresentando níveis significativamente mais elevados de “agressão física” (M= 16.32, DP= 7.625); de “agressão verbal” (M= 14.78, DP= 4.040); de “raiva” (M= 17.60, DP= 6.361) e de “hostilidade” (M= 21.92, DP= 7.802) que o GAS (M= 11.50, DP= 1.978 para a “agressão física”; M= 12.79, DP= 2.812 para a “agressão verbal”; M= 11.79, DP= 3.271 para a “raiva” e M= 15.04, DP= 4.831 para a “hostilidade”). As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas para todas as dimensões da agressividade temperamental (AQ): “agressão física” ($t(50) = 3.194$, $p < .005$); “agressão verbal” ($t(50) = 2.348$, $p = .023$); “raiva” ($t(50) = 4.262$, $p < .001$) e “hostilidade” ($t(50) = 3.732$, $p < .001$). Tal como foi observado no caso da agressividade medida pelo AQ, o GP demonstrou índices mais elevados de “raiva-estado” (STAXI) (M= 12.35, DP= 3.571 versus M= 10.20, DP= .658) e de “raiva-traço (total)” (STAXI) no tempo 1 do que o GAS (M= 22.53, DP= 3.736 versus M= 18.16, DP= 4.526), sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas: “raiva-estado” (STAXI) tempo 1 ($t(50) = 3.112$, $p = .004$); “raiva-traço (total)” (STAXI) no tempo 1 ($t(50) = 3.639$, $p = .001$). Logo, o GP não só demonstrou significativamente mais “raiva-estado” antes das sessões experimentais mas também mais “raiva-traço”, o que significa que o grupo paranóide não só tem uma predisposição temperamental tanto para a agressividade como para a raiva, como apresenta mais sentimentos de raiva *in loco* que o grupo de ansiedade social. De facto, o GP demonstrou níveis significativamente mais elevados de “raiva-traço: reacções à crítica” (STAXI) no tempo 1 que o GAS (M= 11.64, DP= 2.247 versus M= 9.00, DP= 2.553), sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa (t

(50)= 4.118, $p < .001$). Estes resultados sugerem que o GP apresentou uma tendência para reagir mais à crítica que eles(as) percebem como sendo injusta e injustificada, do que o GAS. O GP também demonstrou níveis significativamente mais elevados de “raiva-expressão (total)” (STAXI) do que o GAS ($M = 31.96$, $DP = 6.179$ versus $M = 25.79$, $DP = 8.161$), pontuando significativamente acima do que o GAS na sub-escala de “raiva-expressão: internamente” (STAXI) no tempo 1 ($M = 19.60$, $DP = 4.878$ versus $M = 16.12$, $DP = 4.100$). As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas: “raiva-expressão (total)” no tempo 1 ($t(50) = 3.034$, $p = .004$); “raiva-expressão: internamente” no tempo 1 ($t(50) = 2.259$, $p = .028$, respectivamente (tabela 25).

148

Estes resultados sugerem que o grupo paranóide apresentou uma tendência para expressar significativamente mais raiva e agressividade independentemente da direcção (internamente ou externamente) do que o grupo de ansiedade social (GAS), apresentando também níveis mais elevados da supressão da raiva. O GP também apresentou uma tendência para demonstrar níveis mais elevados de exteriorização da raiva, pontuando acima na sub-escala de “raiva -expressão: externamente” da STAXI no tempo 1 que o GAS, mas que não era suficientemente forte para ser estatisticamente significativa ($t(50) = 1.686$, $p = .099$ no tempo 1) (tabela 25).

Quanto à “ansiedade-estado” e “ansiedade-traço” (STAI), embora o GAS apresentasse uma tendência para demonstrar mais “ansiedade-estado” que o GP e este mais “ansiedade-traço” que o GAS ($M = 36.00$ vs. $M = 36.25$ para a “ansiedade-estado” e $M = 47.50$ vs. $M = 43.58$ para a “ansiedade-traço” respectivamente), as diferenças entre os dois grupos não eram estatisticamente significativas ($t(50) = .093$, $p = .890$ e $t(50) = 1.682$, $p = .099$ respectivamente) (tabela 25). O GP apresentou, no entanto, expectativas significativamente menos negativas acerca do sucesso do seu desempenho no jogo do que o GAS ($M = 47.14$, $DP = 13.012$ versus $M = 55.41$, $DP = 13.180$), sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ($t(50) = -2.270$, $p < .028$) (tabela 26). Este resultado parece estar de acordo com o facto do GP apresentar tendências para apresentar mais percepções positivas acerca de si próprios (SPERQ “auto-percepções”, Dutton e Brown, 1997) que o GAS ($M = 21.85$, $DP = 4.436$ vs. $M = 20.60$, $DP = 4.411$), e para demonstrar comparações mais favoráveis na dimensão da “hierarquia” da SCS do que o GAS ($M = 29.50$, $DP = 6.197$ vs. $M = 27.37$, $DP = 7.382$), o que significa que os indivíduos paranóides parecem comparar-se mais favoravelmente aos outros em relação à sua posição na hierarquia social do que os ansiosos sociais (tabela 26). Por outro lado, o grupo de ansiedade social, demonstrou uma tendência para pontuar mais alto na dimensão de “ajustamento social” da versão Portuguesa da SCS do que o GP, visto que os indivíduos ansiosos sociais parecem comparar-se aos outros de forma mais favorável em termos da aceitação social do que os indivíduos paranóides ($M = 31.12$, $DP = 7.753$ vs. $M = 29.25$, $DP = 8.181$). No entanto, as diferenças entre os grupos não eram suficientemente fortes para atingir significância estatística ($t(50) = 1.113$, $p = .071$ para a dimensão da “hierarquia” e $t(50) = .847$, $p = .234$ para a dimensão do “ajustamento social” respectivamente).

Por fim, o GP demonstrou níveis mais elevados de “vergonha externa” medida pela OAS no tempo 1 que o GAS, ($M = 31.21$, $DP = 14.397$ versus $M = 22.54$, $DP = 8.657$), sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa: ($t(50) = 2.630$, $p = .010$) no tempo 1 (tabela 25). Pelo contrário, o grupo de ansiedade social (GAS) apresentou níveis mais elevados de comportamentos de submissão (SBS) que o GP ($M = 36.91$, $DP = 15.531$ vs. $M = 23.07$, $DP = 12.113$), já que a diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa

($t(50) = 3.541, p = .001$). Logo, os resultados sugerem que o grupo paranóide apresenta mais vergonha externa que o grupo de ansiedade social, que por sua vez, é mais submisso.

Mais, quanto as dimensões do afecto (PANAS), o GP parece demonstrar uma tendência para níveis ligeiramente mais elevados de tanto afecto positivo ($M = 29.92, DP = 7.433$) como negativo ($M = 20.67, DP = 7.751$) que o GAS ($M = 27.75, DP = 6.641$ para o afecto positivo e $M = 17.91, DP = 5.491$ para o afecto negativo, respectivamente) (tabela 26). No entanto, as diferenças entre os dois grupos não eram suficientemente fortes para atingir significância estatística ($t(50) = 1.116, p = .270$ para o afecto positivo e $t(50) = 1.497, p = .141$ para o afecto negativo, respectivamente). Por fim, embora o GP pareça demonstrar uma tendência para mais depressão, ansiedade e *stress* (DASS-42) no tempo 1 do que o GAS ($M = 9.00$ versus $M = 5.25$ para a “depressão”; $M = 6.57$ versus $M = 6.54$ para a “ansiedade”; $M = 15.03$, versus $M = 11.91$ para o *stress*), as diferenças entre os dois grupos não eram estatisticamente significativas ($t(50) = .917, p = .657$; $t(50) = .024, p = .906$; $t(50) = 1.888, p = .065$ respectivamente) (tabela 25). Em conclusão, o grupo paranóide apresentou uma vulnerabilidade psicológica mais grave do que grupo de ansiedade social. De facto, o grupo paranóide é mais agressivo temperamentalmente (agressão física, verbal, raiva, hostilidade), demonstrando ainda mais vergonha externa, sentimentos de raiva e traços de raiva; e mais expressão da raiva independentemente da direcção do que o grupo de ansiedade social, que por sua vez, é mais submisso, apresentando mais sentimentos de ansiedade do que o grupo paranóide.

Tabela 25. Médias e respectivos desvios-padrões e testes t para as pontuações dos grupos do estudo nas medidas do tempo 1

	Grupo Paranóide N= 28 TEMPO 1		Grupo de Ansiedade Social N= 28 TEMPO 1		t-test	P	Grupo de Controlo N= 28 TEMPO 1	
	M	DP	M	DP			M	DP
PC_frequência	33.071	8.713	25.58	4.889	3.889	.000	26.08	4.605
PC_convicção	36.89	9.044	27.16	6.084	4.604	.000	28.08	6.513
PC-transtorno	29.92	15.236	19.66	12.883	2.632	.011	23.87	10.576
OAS_Total	31.21	14.397	22.54	8.657	2.673	.010	17.79	9.301
STAI_ ansiedade-estado	36.00	10.227	36.25	9.223	-.093	n.s.	26.25	6.208
STAI_ ansiedade-traço	47.50	8.771	43.58	8.069	1.682	.099 *	35.83	8.555
STAXI_ raiva-estado	12.35	3.571	10.20	.658	3.122	.004	10.04	.20412
STAXI_ raiva-traço	22.53	3.736	18.16	4.526	3.639	.001	20.50	4.481
STAXI_ raiva traço_temp	6.64	2.111	6.00	2.146	1.226	n.s.	6.79	1.618
STAXI_ raiva traço_reac_cr	11.64	2.247	9.00	2.553	4.118	.000	9.41	2.764
STAXI_ raiva_experi_ "in"	19.60	4.878	16.12	4.100	2.259	.028	17.12	2.576
STAXI_ raiva_experi_ "out"	15.35	2.971	13.95	3.581	1.686	.099*	15.70	.8586
STAXI_ raiva_experi_ "cont"	19.00	4.354	20.29	5.162	-.966	n.s.	17.25	3.378
STAXI_ raiva_exp "total"	31.96	6.179	25.79	8.161	3.034	.004	31.58	3.375
DASS42_ depressão	9.00	8.521	7.25	5.023	.917	n.s.	1.95	2.835
DASS42_ ansiedade	6.57	4.228	6.54	4.224	.024	n.s.	2.83	4.487
DASS42_ stress	15.03	6.161	11.91	5.740	1.888	.065*	6.33	5.394

Versões Portuguesas da PC (Paranóia Checklist); OAS (Other As Shamer Scale); ansiedade estado e traço (versão Portuguesa da STAI- "State Trait Anxiety Inventory"); raiva-estado e traço (versão Portuguesa da STAXI- "State Trait Anger Experience Inventory"); raiva traço_temp (raiva traço_temperamento); raiva traço_reac_cr (raiva traço_reacções à crítica); raiva_experi_ "in" (experiência da raiva "in" i.e.internamente); raiva_experi_ "out" (experiência da raiva "out, i.e.externamente); raiva_experi_ "cont" (experiência da raiva "controlo"); DASS-42 (Depression Anxiety and Stress Scales); **a negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

Tabela 26. Médias, desvios-padrões e testes *t* para as pontuações das dimensões da agressividade (AQ); comparação social (SCS); auto-percepções e reacções emocionais (SPERQ); paranóia social-estado (SSPS) e expectativas em relação ao desempenho pessoal para os grupos do estudo

	Grupo Paranóide N= 28		Grupo de Ansiedade social N= 28		T	P	Grupo de Controlo N= 28	
	M	DP	M	DP			M	DP
AQ_Total	70.64	21.717	50.95	8.441	4.424	.000	55.87	7.496
AQ_agressão física	16.32	7.625	11.50	1.978	3.194	.003	12.79	2.146
AQ_agressão verbal	14.78	4.040	12.79	2.812	2.348	.023	12.41	2.357
AQ_raiva	17.60	6.361	11.79	3.271	4.262	.000	15.04	2.561
AQ_hostilidade	21.92	7.802	15.04	4.831	3.732	.000	15.62	2.886
SCS_hierarquia	29.50	6.197	27.37	7.382	1.113	n.s.	31.29	6.368
SCS_ajustamento social	29.25	8.181	31.12	7.753	-.847	n.s.	36.70	5.080
SPERQ_auto-per_pos	21.85	4.436	20.62	4.411	1.011	n.s.	24.37	4.489
SPERQ_auto-per_neg	11.17	4.579	11.87	3.959	-.558	n.s.	11.75	3.404
SPERQ_rea_emo_pos	15.10	5.566	14.83	6.062	.169	n.s.	19.33	3.534
SPERQ_rea_emo_neg	18.42	7.598	18.45	8.836	-.013	n.s.	15.95	7.086
SSPS_Perseguição	17.03	8.158	10.79	1.382	3.984	.000	11.20	1.503
SSPS_Neutral	13.17	3.662	12.75	4.245	.386	n.s.	11.12	2.707
SSPS_Positiva	15.71	4.250	18.50	3.606	-2.525	.015	17.83	2.714
Expect_desemp_total	47.14	13.012	55.41	13.180	-2.270	.028	42.08	2.690
SBS_total	36.91	15.531	23.07	12.113	3.541	.001	13.79	8.617
PANAS_afecto positivo	29.92	7.433	27.75	6.641	1.116	.270	34.17	7.025
PANAS_afecto negativo	29.67	7.751	17.91	5.491	1.497	.141	19.66	5.280

Versões Portuguesas do AQ (Aggression Questionnaire); da SCS (Social Comparison Scale); da SSPS (State Social Paranóia Scale) e do SPERQ (*Self* Perceptions and Emotional Reactions Questionnaire); SPERQ_auto-per_pos (auto-percepções positivas); SPERQ_auto-per_neg (auto-percepções negativas); SPERQ_rea_emo_pos (reacções emocionais positivas); SPERQ_rea_emo_neg (reacções emocionais negativas) e Expect-desemp_total (total da pontuação das expectativas pré-experiência para o desempenho pessoal); SBS_total (pontuação total da versão Portuguesa da Submission Behaviour Scale-comportamentos de submissão); PANAS (afecto positivo *versus* negativo) **a** **negrito** encontram-se as diferenças estatisticamente significativas ao nível de $p < .05$; n.s.: não significativo estatisticamente

VI.1.3.2. Diferenças entre as condições de sucesso vs. insucesso para os três grupos do estudo

Primeiro que tudo analisou-se para cada grupo as diferenças entre as condições experimentais de sucesso *versus* insucesso para as variáveis em estudo. Fizeram-se testes *t* de *amostras independentes* com o intuito de avaliar o impacto das duas condições diferentes nas pontuações das medidas utilizadas para cada um dos grupos.

O grupo paranóide (GP) apresentou diferenças estatisticamente significativas para a “paranóia social-estado” (SSPS) nas duas condições sucesso *versus* insucesso. O GP apresentou, assim, índices mais elevados de ideação positiva acerca do comportamento das outras pessoas no contexto experimental (pontua significativamente acima na dimensão “positiva” da SSPS) na condição de sucesso ($M= 17.28$, $DP= 4.357$) *versus* a de insucesso ($M= 14.14$, $DP= 3.634$), sendo a diferença entre as duas condições experimentais estatisticamente significativa ($t(26)= 2.072$, $p= .042$). Este resultado sugere que o GP demonstrou significativamente menos ideias de referência positivas acerca dos comportamentos e intenções das outras pessoas em relação a eles(as) na condição experimental de insucesso *versus* sucesso. Deste modo, o GP apresentou níveis mais elevados de reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal no jogo de computador (SPERQ: “reacções emocionais ao desempenho pessoal” de Dutton e Brown, 1997) na condição de sucesso ($M= 18.21$, $DP= 4.954$) do que na condição de insucesso ($M= 12.00$, $DP= 4.472$), sendo a diferença estatisticamente significativa entre as duas

condições experimentais ($t(26) = 3.523, p = .0002$) (tabela 27). Sendo assim, o GP demonstrou mais sentimentos de contentamento e de valorização pessoal na condição de sucesso do que na de insucesso.

Por outro lado, o GP demonstrou mais ideação e sentimentos paranóides na vinheta visual analógica após a experiência na condição de insucesso ($M = 4.21, DP = 1.476$) do que na condição de sucesso ($M = 2.64, DP = 1.645$), sendo a diferença estatisticamente significativa entre as duas condições ($t(26) = -2.659, p < .001$) (tabela 30). Logo, os resultados sugerem que os indivíduos paranóides sujeitos à condição de insucesso não só demonstraram mais ideação paranóide após jogarem o jogo e receberem *feedback* negativo, como também apresentaram menos ideias positivas relativamente às intenções e comportamentos dos outros na experiência e conseqüentemente, menos reações emocionais positivas ao seu desempenho, que os outros indivíduos paranóides sujeitos à condição de sucesso.

Quanto ao grupo de ansiedade social (GAS), este demonstrou tendências para níveis mais elevados de ansiedade e mais ideação e sentimentos paranóides nas vinhetas visuais analógicas pós-condição experimental de insucesso ($M = 5.33, DP = 1.497$ para a ansiedade e $M = 1.91, DP = 1.083$ para a ideação e sentimentos paranóides pós-experiência) do que pós-condição experimental de sucesso ($M = 4.00, DP = 1.858$ para a ansiedade e $M = 1.25, DP = .4452$ para a ideação paranóide pós-experiência). No entanto, as diferenças entre as duas condições experimentais não eram suficientemente fortes para atingirem significância estatística ($t(22) = -1.9935, p = .67$ para a ansiedade pós-experiência) e ($t(22) = -1.968, p = .60$ para a ideação e sentimentos paranóides pós-experiência) (tabela 30).

Por outro lado, o GAS demonstrou uma tendência para pontuar mais alto na dimensão “perseguição” da SSPS na condição experimental de sucesso ($M = 11.33, DP = 1.723$) do que na condição de insucesso ($M = 10.25, DP = .621$), no entanto, a diferença entre as duas condições não era suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(22) = 2.049, p = .060$) (tabela 28). Este resultado sugere contrariamente ao que foi observado com os indivíduos paranóides, que os indivíduos ansiosos sociais submetidos à condição de sucesso parecem demonstrar mais “paranóia social-estado” (SSPS), ou seja, mais ideias de referência da perseguição das outras pessoas presentes na experiência, (*e.g.* “alguém tem algo contra mim”) do que os ansiosos sociais submetidos à condição de insucesso. Por outro lado e tal como foi observado no GP, o GAS também apresentou níveis mais elevados de reações emocionais positivas (SPERQ) ao seu desempenho no jogo (tais como o contentamento e a valorização pessoal) na condição de sucesso ($M = 17.91, DP = 5.728$) do que na condição de insucesso ($M = 11.75, DP = 4.826$), sendo a diferença entre as duas condições estatisticamente significativa ($t(22) = 2.852, p < .010$). Contrariamente a este resultado, os indivíduos do GAS apresentaram também uma tendência para níveis mais elevados de reações emocionais negativas (SPERQ: “reações emocionais ao desempenho pessoal” de Dutton e Brown, 1997) ao seu desempenho na condição de insucesso ($M = 21.83, DP = 8.244$) do que na condição de sucesso ($M = 15.08, DP = 8.393$). A diferença entre as duas condições não era suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(22) = -1.987, p = .059$) (tabela 28). Isto, quer dizer que, os indivíduos ansiosos sociais sujeitos à condição de sucesso apresentaram significativamente mais reações emocionais positivas (*e.g.* contentamento) acerca do seu desempenho do que os ansiosos sociais submetidos à condição de insucesso, já que estes(as) pelo contrário, apresentaram uma tendência para apresentarem mais reações emocionais negativas (*e.g.* descontentamento, desvalorização, inadequação, sentimentos de incompetência, etc.) acerca do seu desempenho.

O grupo de controlo (GC) apresentou por um lado, níveis mais elevados de ideação “positiva” da SSPS na condição de sucesso ($M= 19.25$, $DP= 1.132$) do que na condição de insucesso ($M= 16.41$, $DP= 3.117$), sendo a diferença entre as duas condições estatisticamente significativa ($t(22)= 2.957$, $p= .010$). Por outro lado, o GC apresentou níveis mais elevados de ideias de “perseguição” na SSPS na condição de insucesso ($M= 10.00$, $DP= 1.083$) *versus* a de sucesso ($M= 11.83$, $DP= 1.642$), sendo a diferença estatisticamente significativa ($t(22)= -2.202$, $p= .040$). Estes resultados sugerem que os indivíduos do grupo de controlo submetidos à condição de insucesso apresentaram mais “paranóia social-estado” caracterizada por mais ideias de “perseguição” em relação ao que as outras pessoas pensam sobre eles(as) do que os indivíduos do grupo de controlo submetidos à condição de sucesso, que por sua vez, apresentaram mais ideias “positivas” sobre as intenções dos outros (*e.g.* são amigáveis). Para além disso, o grupo de controlo da mesma forma que os grupos experimentais, demonstrou níveis mais elevados de reacções emocionais negativas no SPERQ (*e.g.* descontentamento, sentimentos de incompetência, etc.) ao seu desempenho pessoal na condição de insucesso ($M= 20.00$, $DP= 7.507$) do que na condição de sucesso ($M= 11.91$, $DP= 3.604$), sendo a diferença entre as duas condições estatisticamente significativa ($t(22)= -3.362$, $p= .002$) (tabela 29).

Este resultado sugere que as manipulações experimentais utilizadas para induzir o insucesso (dois tipos de *feedback*; nível do jogo avançado e com dificuldades adicionadas; pressão para obter 14 grupos e manipulação de jogar contra computador) tiveram um impacto emocional negativo para a maior parte dos participantes. Logo, as condições de sucesso *versus* insucesso no jogo de computador, são fiáveis ao serem capazes de induzir as reacções emocionais adequadas ao desempenho pessoal em todos os grupos do estudo.

Tabela 27. Diferenças do Grupo paranóide entre a condição de sucesso vs. insucesso para as variáveis de agressividade temperamental (AQ); paranóia social-estado (SSPS); auto-percepções e reacções emocionais (SPERQ) e expectativas do desempenho pessoal

Grupo Paranóide	Medidas	N	Condição de Sucesso		Condição de Insucesso		t	p
			M	DP	M	DP		
	AQ_total	14	72.86	22.340	68.43	21.657	.533	.599
	AQ_agressão física	14	16.64	8.130	16.00	7.380	.219	.828
	AQ_agressão verbal	14	15.00	3.595	14.57	4.569	.276	.785
	AQ_raiva	14	18.43	6.513	16.79	6.339	.676	.505
	AQ_hostilidade	14	22.79	8.116	21.07	7.681	.574	.571
	SSPS_perseguição	14	16.50	7.014	17.57	9.403	-.342	.736
	SSPS_neutral	14	13.29	1.590	13.07	5.030	.152	.881
	SPSS_positiva	14	17.29	4.358	14.14	3.634	2.072	.049
	SPERQ_auto-per_pos	14	20.71	3.148	23.00	5.306	-1.386	.180
	SPERQ_auto-per_neg	14	12.00	4.368	10.36	4.798	.947	.352
	SPERQ_rea_emo_pos	14	18.21	4.855	12.00	4.472	3.523	.002
	SPERQ_rea_emo_neg	14	16.50	7.198	20.36	7.752	-1.364	.184
	Expect_desemp_total	14	46.43	11.507	47.86	14.769	-.285	.778

Versões Portuguesas do AQ (Aggression Questionnaire) e da SSPS (State Social Paranóia Scale) e do SPERQ (*Self Perceptions and Emotional Reactions Questionnaire*); SPERQ_auto-per_pos (auto-percepções positivas); SPERQ_auto-per_neg (auto-percepções negativas); SPERQ_rea_emo_pos (reacções emocionais positivas); SPERQ_rea_emo_neg (reacções emocionais negativas) e Expect_desemp_total (pontuação total das expectativas para o desempenho pessoal); **a negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

Tabela 28. Diferenças do Grupo de Ansiedade Social entre a condição de sucesso vs. insucesso para as variáveis de agressividade temperamental (AQ); paranóia-social estado (SSPS); auto-percepções e reacções emocionais (SPERQ) e expectativas do desempenho pessoal

Grupo de Ansiedade Social	Condição de Sucesso			Condição de Insucesso			t	p
	DP	M	DP	M	DP			
AQ_total	14	52.67	8.027	49.58	8.867	.893	.382	
AQ_agressão física	14	11.83	2.082	11.17	1.899	.820	.421	
AQ_agressão verbal	14	13.67	2.741	11.92	2.711	1.572	.130	
AQ_raiva	14	11.42	3.370	12.17	3.271	-.553	.586	
AQ_hostilidade	14	15.75	4.372	14.33	5.349	.710	.485	
SSPS_perseguição	14	11.33	1.723	10.25	0.622	2.049	.060*	
SSPS_neutral	14	12.58	3.370	12.92	5.125	-.188	.853	
SPSS_positiva	14	18.17	3.762	18.83	3.786	-.433	.669	
SPERQ_auto-per_pos	14	20.67	4.658	20.58	4.358	.045	.964	
SPERQ_auto-per_neg	14	11.58	4.078	12.17	3.996	-.354	.727	
SPERQ_rea_emo_pos	14	17.92	5.728	11.75	4.827	2.852	.009	
SPERQ_rea_emo_neg	14	15.08	8.393	21.83	8.244	-1.987	.059*	
Expect desem total	14	51.67	11.146	59.17	14.439	-1.425	.169	

a **negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

Tabela 29. Diferenças do Grupo de Controlo entre a condição de sucesso vs. insucesso para as variáveis de agressividade temperamental (AQ); paranóia social-estado (SSPS); auto-percepções e reacções emocionais (SPERQ) e expectativas do desempenho pessoal

Grupo de Controlo	N	Condição de Sucesso		Condição de Insucesso		t	p
		M	DP	M	DP		
AQ_total	14	57.17	9.262	54.58	5.299	.839	.413
AQ_agressão física	14	13.58	2.539	12.00	1.348	1.908	.074*
AQ_agressão verbal	14	11.02	1.235	13.67	1.614	3.022	.007
AQ_raiva	14	15.00	3.133	15.08	1.975	-.078	.939
AQ_hostilidade	14	14.92	2.193	16.33	3.393	-1.215	.240
SSPS_perseguição	14	10.00	1.084	11.83	1.642	-2.202	.040
SSPS_neutral	14	11.83	3.486	10.42	1.443	1.301	.213
SPSS_positiva	14	19.25	1.138	16.42	3.118	2.957	.010
SPERQ_auto-per_pos	14	27.08	4.274	21.67	2.807	3.670	.002
SPERQ_auto-per_neg	14	9.83	2.329	13.67	3.285	-3.298	.004
SPERQ_rea_emo_pos	14	19.50	4.210	19.17	2.867	.226	.823
SPERQ_rea_emo_neg	14	11.92	3.605	20.00	7.508	-3.362	.004
Expect desem total	14	37.50	15.448	46.67	8.876	-1.782	.092*

a **negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

VI.1.3.3. Diferenças nos grupos do estudo entre as pontuações das medidas do tempo 1 vs. tempo 2 nas condições de insucesso versus sucesso

Fizeram-se testes *t* de *amostras emparelhadas* (intra-sujeitos) com o intuito de testar diferenças das pontuações nas medidas em estudo de cada um dos grupos entre o tempo 1 e o tempo 2 nas duas condições experimentais.

VI.1.3.3.1. Condição de Insucesso

O GP demonstrou, na condição de insucesso, aumentos estatisticamente significativos dos níveis da “frequência” dos pensamentos paranóides (PC) entre o tempo 1 ($M = 31.42$, $DP = 10.066$) versus o tempo 2 ($M = 45.07$, $DP = 11.958$) ($t(13) = -4.597$, $p = .001$) e da “convicção” nos pensamentos paranóides (PC) entre o tempo 1 ($M = 37.92$, $DP = 10.239$) versus o tempo 2 ($M = 50.28$, $DP = 18.273$) ($t(13) = -4.206$, $p = .001$). O grupo paranóide (GP) apresentou também, na condição de insucesso, um aumento estatisticamente significativo da experiência subjectiva da ideação e sentimentos paranóides (vinheta visual analógica) pré ($M = 2.28$, $DP = 1.540$) versus pós-experiência ($M = 4.21$, $DP = 1.476$) ($t(13) = -4.170$, $p = .001$). Para além disso, o GP apresentou um aumento significativo dos níveis dos sintomas de “stress” (DASS-42) entre o tempo 1 ($M = 9.624$, $DP = 6.142$) versus o tempo 2 ($M = 16.21$, $DP = 6.116$) ($t(13) = -3.683$, $p = .003$). Por fim, o GP apresentou, na condição de insucesso, aumentos estatisticamente significativos dos índices de “raiva-traço (total)” entre o tempo 1 ($M = 21.35$,

DP= 4.068) *versus* o tempo 2 (M= 23.42, DP= 4.164) ($t(13) = -2.997$, $p = .010$) e dos índices de “raiva-traço: reacções à crítica” entre o tempo 1 (M= 10.57, DP= 2.408) *versus* o tempo 2 (M= 12.14, DP= 2.381) ($t(13) = -2.508$, $p = .026$) (tabelas 30, 31). O GP demonstrou ainda, uma tendência para aumentar o controlo da expressão da raiva na STAXI entre o tempo 1 *versus* o tempo 2, sendo que esta não era suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(13) = -1.973$, $p = .070$). Por outro lado, o GP apresentou, na condição de insucesso, uma diferença estatisticamente significativa entre as suas expectativas positivas sobre o sucesso do desempenho pessoal e o seu desempenho real ($t(13) = -8.721$, $p = .000$), logo, o grupo paranóide apresentou expectativas mais positivas relativamente ao seu desempenho comparativamente ao desempenho real.

Os resultados sugerem assim, que a condição de insucesso, induziu no grupo paranóide, aumentos significativos da ideação paranóide sub-clínica, dos sentimentos subjectivos de paranóia, dos sintomas de *stress* e ainda mais raiva-traço, nomeadamente mais reacções agressivas à crítica e conseqüentemente, um controlo maior da expressão da raiva *in loco*.

O grupo de ansiedade social, por sua vez, demonstrou na condição de insucesso, aumentos estatisticamente significativos da “ansiedade-estado” e das experiências subjectivas de ansiedade (vinhetas visuais analógicas) entre o tempo 1 (M= 32.16, DP= 6.822 para a “ansiedade-estado”; M= 4.00, DP= 1.206 para as experiências subjectivas de ansiedade pré-experiência) *versus* o tempo 2 (M= 38.50, DP= 9.060 para a “ansiedade-estado”; M= 5.33, DP= 1.497 para as experiências subjectivas de ansiedade pós-experiência), sendo as diferenças estatisticamente significativas para os níveis da “ansiedade-estado” (STAI) ($t(13) = -3.095$, $p = .010$) e para as experiências subjectivas de ansiedade (vinhetas visuais analógicas pré *vs.* pós-experiência) ($t(13) = -4.690$, $p = .001$) (tabelas 30, 32). O grupo de ansiedade social (GAS) apresentou também, na condição de insucesso, um aumento estatisticamente significativo do controlo da expressão da raiva (STAXI) entre o tempo 1 (M= 18.66, DP= 4.599) *versus* o tempo 2 (M= 22.25, DP= 6.268) ($t(13) = -2.210$, $p = .049$). O GAS demonstrou ainda, uma tendência para um aumento dos níveis de “raiva-traço: reacções à crítica” (STAXI) entre o tempo 1 (M= 8.16) e o tempo 2 (M= 9.66), considerando que esta diferença, entre as pontuações da sub-escala “raiva-traço: reacções à crítica” nos dois tempos diferentes, não era suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(13) = -2.105$, $p = .059$). Para além disso, o GAS demonstrou, na condição de insucesso, um aumento estatisticamente significativo dos índices da “vergonha externa” (OAS) entre o tempo 1 (M= 15.66, DP= 10.781) *versus* o tempo 2 (M= 22.50, DP= 9.180) ($t(13) = -2.481$, $p = .031$). Por outro lado, o GAS apresentou, na condição de insucesso, uma diferença estatisticamente significativa entre as expectativas sobre o sucesso do desempenho pessoal e o verdadeiro desempenho ($t(13) = -7.091$, $p = .000$) (tabelas 30, 32). Logo, o grupo de ansiedade social, tal como o grupo paranóide, apresentava expectativas mais positivas, embora menos positivas do que as dos outros grupos, do seu desempenho pessoal comparativamente ao desempenho real.

Os resultados sugerem, então, que a condição de insucesso induziu no grupo de ansiedade social (GAS) mais “ansiedade-estado” e sentimentos subjectivos de ansiedade nas vinhetas visuais analógicas. Mais, a condição de insucesso provocou no grupo de ansiedade social, tal como no grupo paranóide, um aumento significativo do controlo da expressão da “raiva” e ainda um aumento significativo da “vergonha externa”.

Por fim, o grupo de controlo apresentou na condição de insucesso, aumentos estatisticamente significativos de ambos os níveis de “ansiedade-estado” (STAI) (M= 23.83, DP= 4.987 *vs.* M= 35.25, DP= 3.957) ($t(13) = -8.248$, $p = .000$) e de “ansiedade-traço” (STAI)

($M= 33.91$, $DP= 6.894$ vs. $M= 37.58$, $DP= 7.621$) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2 ($t(13)=-2.338$, $p=.039$). O grupo de controlo apresentou também um aumento significativo da “raiva-estado” (STAXI) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2 ($M= 10.00$, $DP=.00$ vs. $M= 10.4167$, $DP=.51493$) ($t(13)=-2.803$, $p=.017$) (tabelas 33, 34). O grupo de controlo, tal como o grupo de ansiedade social, demonstrou aumentos estatisticamente significativos entre as experiências subjectivas de ansiedade pré vs. pós-experiência ($M= 2.1667$, $DP=.7177$ vs. $M= 3.50$, $DP= 1.243$) ($t(13)=-7.091$, $p=.000$) e ainda uma diferença estatisticamente significativa entre as expectativas pré-experiência sobre o desempenho pessoal e o desempenho real ($t(13)=-7.467$, $p=.000$) (tabelas 33, 34). Isto, quer dizer que, o grupo de controlo, tal como o grupo de ansiedade social, demonstrou na condição de insucesso, por um lado, aumentos significativos nos níveis de ansiedade-estado e de ansiedade-traço (STAI) entre o tempo 1 e o tempo 2 e ainda um aumento significativo das experiências subjectivas de ansiedade. Por outro lado, e contrariamente aos grupos paranóide e de ansiedade social, o grupo de controlo demonstrou um aumento significativo dos níveis de “raiva-estado” (STAXI) entre o tempo 1 e o tempo 2. No entanto, e de acordo com o que foi observado nos outros dois grupos, o grupo de controlo demonstrou também expectativas significativamente mais elevadas sobre o sucesso do desempenho pessoal comparativamente ao desempenho real.

Em conclusão, a condição de insucesso parece estar associada a aumentos da “raiva-estado” e da “raiva-traço” (STAXI) nos três grupos e a um aumento da “ansiedade-estado e traço” (STAI) nos grupos de controlo e de ansiedade social e ainda a aumentos da ansiedade *in loco* para estes dois grupos e de ideação e sentimentos paranóides no grupo paranóide. Isto, quer dizer que, a condição de insucesso no geral, parece ter tido um impacto negativo, levando por um lado, a aumentos significativos da ideação paranóide e dos sentimentos paranóides para o grupo paranóide e por outro, a aumentos da ansiedade e de “vergonha externa” para o grupo de ansiedade social. Mais, o insucesso parece induzir sentimentos de raiva tanto no grupo paranóide como no grupo ansioso social, sendo particularmente eficaz no caso do grupo paranóide, que aumenta significativamente a tendência para reagir agressivamente à crítica.

VI.1.3.3.2. Condição de Sucesso

O GP demonstrou, na condição de sucesso, aumentos significativos, embora não tão acentuados como na condição de insucesso, da “frequência”, da “convicção” e do “transtorno” dos pensamentos paranóides sub-clínicos (PC) entre o tempo 1 ($M= 34.71$, $DP= 7.108$ para a “frequência”; $M= 35.75$, $DP= 7.921$ para a “convicção” e $M= 27.28$, $DP= 14.263$ para o “transtorno” respectivamente) *versus* o tempo 2 ($M= 41.50$, $DP= 14.178$ para a “frequência”; $M= 46.35$, $DP= 14.008$ para a “convicção” e $M= 38.14$, $DP= 19.595$ para o “transtorno” respectivamente), sendo as diferenças estatisticamente significativas para a “frequência” ($t(13)=-2.221$, $p=.045$), “convicção” ($t(13)=-2.263$, $p=.021$) e “transtorno” dos pensamentos paranóides ($t(13)=-2.2893$, $p=.013$) (tabelas 30, 31). Por outro lado, o GP demonstrou na condição de sucesso, descidas estatisticamente significativas dos níveis de “raiva-estado” e dos níveis da “internalização” da “raiva” (i.e. raiva-expressão: internamente) da STAXI entre o tempo 1 ($M= 13.64$, $DP= 4.413$ para a “raiva-estado” e $M= 20.00$, $DP= 4.076$ para a “raiva-expressão: internamente” respectivamente) *versus* o tempo 2 ($M= 11.64$, $DP= 3.992$ para a “raiva-estado” e $M= 17.71$, $DP= 4.923$ para a “raiva-expressão: internamente” respectivamente), sendo as diferenças estatisticamente significativas para as dimensões da “raiva” ($t(13)= 2.646$, $p=.020$ e $t(13)= 2.983$, $p=.011$ respectivamente) (tabelas 30, 31). Por outro lado, o GP de-

monstrou na condição de sucesso, uma tendência para experienciar níveis mais elevados de sentimentos e de ideação paranóide depois de jogar o jogo do computador, no entanto, a diferença nos níveis de paranóia nas vinhetas visuais analógicas pré ($M= 2.07$) *versus* pós-experiência ($M= 2.64$) não era suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(13) = -1.842, p= .082$). Os resultados sugerem assim, que a condição de sucesso induziu no grupo paranóide aumentos significativos nos níveis da “frequência”, “convicção” e “transtorno” dos pensamentos paranóides (PC) entre o tempo 1 e o tempo 2, embora o aumento da frequência e da convicção dos pensamentos paranóides não seja tão significativo como na condição de insucesso. Por conseguinte, o grupo paranóide sente-se ameaçado tanto pelo insucesso como pelo sucesso, embora o insucesso pareça ser mais perigoso para este grupo, ao ter um impacto emocional e paranóide mais negativo do que o sucesso.

Por outro lado, a condição de sucesso parece ter sido eficaz em reduzir significativamente no grupo paranóide, os níveis de “raiva-estado” e os níveis de supressão da expressão da raiva (“raiva-expressão: internamente”) (STAXI) do tempo 1 para o tempo 2. Isto, quer dizer que, o grupo paranóide demonstrou na condição de sucesso, menos “raiva-estado”, e uma tendência para suprimir menos a raiva (“raiva-expressão: internamente”) no tempo 2.

Por sua vez, o GAS demonstrou na condição de sucesso, contrariamente ao que foi observado na condição de insucesso, aumentos estatisticamente significativos dos níveis da “convicção” e do “transtorno” dos pensamentos paranóides sub-clínicos (PC) entre o tempo 1 ($M= 26.31, DP= 6.345$ para a “convicção” e $M= 14.16, DP= 9.096$ para o “transtorno” respectivamente) *versus* o tempo 2 ($M= 32.91, DP= 5.378$ para a “convicção” e $M= 25.66, DP= 15.365$ para o “transtorno” respectivamente), sendo as diferenças estatisticamente significativas ($t(13) = -4.034, p= .002$ para a “convicção” e $t(13) = -3.292, p= .007$ para o “transtorno” dos pensamentos paranóides, respectivamente) (tabelas 30, 32). Os resultados sugerem assim, que o grupo de ansiedade social percepcionou o sucesso como uma ameaça. Por outro lado, o GAS apresentou na condição de sucesso, uma descida estatisticamente significativa dos níveis de “raiva-traço: temperamento” (STAXI) entre o tempo 1 ($M= 5.91, DP= 1.928$) *versus* o tempo 2 ($M= 4.66, DP= 1.230$) ($t(13) = 3.804, p= .003$). O grupo de ansiedade social (GAS) apresentou ainda, na condição de sucesso, uma tendência para diminuir os níveis de “raiva-traço (total)” entre o tempo 1 ($M= 19.33$) *versus* o tempo 2 ($M= 17.33$), que não foi suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(13) = 2.133, p= .056$) (tabelas 30, 32). Por outro lado, o GAS demonstrou tendências não só para apresentar mais experiências subjectivas de ansiedade na condição de sucesso ($M= 3.41$ *versus* $M= 4.00$) como também níveis mais elevados de “vergonha externa” (OAS) no tempo 2 ($M= 19.58$ *versus* $M= 25.58$). Ambas as tendências não foram suficientemente fortes para atingir significância estatística ($t(13) = -1.865, p= .089$ para as experiências subjectivas de ansiedade pré *versus* pós-experiência) e ($t(13) = -2.105, p= .059$ para a “vergonha externa” entre o tempo 1 e o tempo 2, respectivamente) (tabelas 30, 32). Os resultados sugerem assim, que a condição de sucesso ao contrário da condição de insucesso, induziu no grupo de ansiedade social (GAS) aumentos significativos da “convicção” e do “transtorno” dos pensamentos paranóides. Para além disso, a condição de sucesso parece também ter induzido aumentos da “vergonha externa” e dos sentimentos subjectivos de ansiedade nas vinhetas visuais analógicas, embora não tenham sido suficientemente fortes para atingir significância estatística. Sendo assim, a condição de sucesso teve um impacto mais negativo no grupo de ansiedade social do que no grupo paranóide. Por outro lado, a condição de sucesso parece ter sido capaz de reduzir significativamente os níveis de raiva temperamental (STAXI), o que significa que os ansiosos sociais apresentam nesta condição, uma tendência temperamental para apresentarem menos sentimentos de raiva depois da experiência.

Por fim, o grupo de controlo (GC), demonstrou na condição de sucesso, descidas estatisticamente significativas dos níveis de “raiva-traço: temperamento” ($M= 1.80, DP= 6.417$ vs. $M= .651, DP= 5.000$) ($t(13) = 3.400, p= .006$) e de “raiva-expressão: externamente” ($M= 15.58, DP= .9003$ vs. $M= 13.83, DP= .5773$) ($t(13)= 6.280, p= .000$) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2 (tabelas 33, 34). Por outro lado, o grupo de controlo, demonstrou na condição de sucesso, um aumento significativo do controlo da expressão da raiva (“raiva-expressão: controlo”; STAXI) ($M= 17.00, DP= 3.464$ vs. $M= 20.16, DP= 1.337$) entre o tempo 1 *versus* tempo 2 ($t(13)= -2.844, p= .016$). O grupo de controlo apresentou também, na condição de sucesso, tendências para descidas nos níveis de “raiva-expressão: internamente” (STAXI), i.e. suprime menos a raiva ($M= 17.66, DP= 2.498$ vs. $M= 15.08, DP= 3.058$) e nos níveis de “raiva-traço” (total) (STAXI) ($M= 21.25, DP= 4.454$ vs. $M= 18.50, DP= 1.556$) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2, no entanto, as diferenças não eram estatisticamente significativas para ambas as dimensões da STAXI ($t(13)= 2.159, p= .054$ e $t(13)= 2.082, p= .061$ respectivamente) (tabelas 33, 34). Os resultados sugerem, assim, que o grupo de controlo, na condição de sucesso, aumentou significativamente o controlo da raiva ao mesmo tempo que apresenta não só uma descida significativa na expressão aberta da raiva (“raiva-externamente”) como também a tendência para suprimir menos a raiva (“raiva-internamente”), apresentando ainda, a tendência para demonstrar menos “raiva-traço (total)” após a experiência. Para além disso, o grupo de controlo apresentou na condição de sucesso, um aumento estatisticamente significativo entre as experiências subjectivas de ansiedade pré *versus* pós-experiência ($M= 1.50, DP= .5223$ vs. $M= 2.33, DP= .6513$) ($t(13)= -2.803, p= .017$) (tabelas 33, 34). Este resultado pode ser explicado pelo facto do jogo de computador ser uma “experiência” nova que, independentemente do *feedback* sobre o desempenho, apresenta um nível de dificuldade elevado. Logo, apesar de todos os grupos receberem *feedback* positivo sobre o desempenho pessoal no jogo de computador, o facto deste ser extremamente difícil, faz com que seja um factor de ansiedade *in loco* para os grupos de ansiedade social e de controlo. Apesar disso, os elogios presentes no *feedback* de sucesso parecem ter sido eficazes em “proteger” o *self* dos indivíduos do grupo controlo de experienciarem estados de afecto negativo, como a depressão, ansiedade e *stress*, já que os níveis de sintomatologia depressiva não aumentam após o jogo do computador, assim como também não se registam aumentos significativos nos níveis de paranóia (frequência, convicção e transtorno) e de “vergonha externa” na condição de sucesso para este grupo, ao contrário do que foi observado nos grupos paranóide e de ansiedade social. Isto, quer dizer que, a condição de sucesso age como um “buffer” (uma protecção) para os estados de depressão, ansiedade e *stress* e para os níveis de agressividade e raiva nos três grupos. Mais, não se verifica na condição de sucesso um aumento da sintomatologia depressiva e, por outro, regista-se uma descida estatisticamente significativa dos níveis de “raiva-estado” e “raiva-traço” para os três grupos. No entanto, esta condição não foi eficaz em proteger os indivíduos paranóides de um aumento da frequência, convicção e transtorno da ideação paranóide e dos sentimentos paranóides, não protegendo também os ansiosos sociais de aumentos significativos da convicção e do transtorno da ideação paranóide, de sentimentos de ansiedade *in loco* e da “vergonha externa” (OAS). Logo, a condição de sucesso é particularmente ameaçadora para os ansiosos sociais, pois estes apresentam nesta condição, sentimentos de paranóia e de vergonha em relação ao que os outros pensam. Por outro lado, esta condição protege efectivamente o grupo de controlo de sentimentos paranóides e de “vergonha externa” (OAS). Assim, o grupo de controlo apresentou um nível de confiança elevado e um “enviesamento” nas expectativas de sucesso, esperando sempre independentemente da condição (sucesso *versus* insucesso) estar no topo (ou seja, fazer parte dos melhores jogadores), embora depois apresentasse um desempenho mais fraco do que esperado, devido ao nível elevado do grau de dificuldade do jogo.

Tabela 30. Médias e desvios padrões do GP e do GAS para as medidas do tempo 1 e 2

Medidas	Grupo de ansiedade social				Grupo paranoide			
	Insucesso		Sucesso		Insucesso		Sucesso	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
VANS_T1	4.00	1.206	3.42	1.443	3.86	1.610	3.00	1.468
VANS_T2	5.33	1.498	4.00	1.859	3.64	1.499	2.64	1.499
VPARA_T1	1.58	0.793	1.25	0.452	2.29	1.541	2.07	0.917
VPARA_T2	1.92	1.084	1.25	0.452	4.21	1.477	2.64	1.646
PC_FREQ_T1	26.08	5.468	25.08	4.420	31.43	10.067	34.71	7.108
PC_FREQ_T2	25.50	5.870	25.58	6.667	45.07	11.958	41.50	14.179
PC_CONV_T1	27.42	6.082	26.92	6.346	37.93	10.239	35.86	7.921
PC_CONV_T2	29.00	5.954	32.92	5.728	50.29	18.273	46.36	14.009
PC_TRAN_T1	25.17	14.083	14.17	9.094	32.57	16.237	27.29	14.264
PC_TRAN_T2	24.17	15.579	25.67	15.305	36.93	16.891	38.14	19.595
ANS_ES_1	32.17	6.322	40.33	10.076	38.79	12.411	33.21	6.818
ANS_ES_2	38.50	9.060	39.17	9.907	38.21	10.892	39.29	10.396
ANS_TR_1	44.33	6.880	42.83	9.360	49.07	9.794	45.93	7.509
ANS_TR_2	45.08	6.694	45.33	7.463	46.57	7.901	46.07	7.237
RAIV_ES_1	10.00	0.000	10.42	0.900	11.07	1.859	13.64	4.413
RAIV_ES_2	10.75	1.712	10.08	0.289	11.93	4.827	11.64	3.992
RAIV_TR_1	17.17	5.323	19.33	3.701	21.36	4.069	21.64	3.153
RAIV_TR_2	18.25	3.980	17.33	2.995	23.43	4.164	21.93	4.196
RAI_Tem_1	5.92	2.429	5.92	1.929	7.00	2.353	6.21	1.929
RAI_Tem_2	5.50	1.784	4.67	1.231	7.07	2.269	6.57	2.738
RAI_Rea_1	8.17	2.980	9.50	2.111	10.57	2.409	11.14	2.070
RAI_Rea_2	9.67	2.570	9.50	1.834	12.14	2.381	11.43	2.472
EXRA_out_1	14.17	3.857	13.42	3.502	15.57	3.524	15.14	2.413
EXRA_out_2	13.00	1.859	13.17	2.918	14.14	3.527	15.50	4.072
EXRA_in_1	16.17	4.707	17.42	3.502	19.21	5.700	20.00	4.076
EXRA_in_2	15.08	3.260	16.42	3.965	19.64	5.429	17.71	2.494
EXRA_con_1	18.67	4.599	21.92	5.368	18.93	4.428	19.07	4.446
EXRA_con_2	22.25	6.269	21.25	4.770	20.36	4.517	18.86	4.753
EXRA_tot_1	26.75	8.561	24.83	7.998	31.86	5.776	32.07	6.776
EXRA_tot_2	21.83	7.930	24.33	6.050	29.43	7.111	30.36	7.428
DASSDEP_T1	7.58	4.641	6.92	5.567	10.14	10.575	7.86	6.011
DASSDEP_T2	4.50	4.296	5.42	4.833	7.64	12.295	5.71	5.075
DASSANS_T1	3.50	3.060	5.92	3.554	7.57	4.603	5.57	3.715
DASSANS_T2	7.17	5.573	5.00	4.431	8.00	6.189	5.14	3.780
DASSSTR_T1	9.25	7.545	12.08	5.931	9.62	6.143	13.86	6.200
DASSSTR_T2	11.75	5.802	9.75	4.595	16.21	6.117	10.93	6.933
OAS_T1	15.67	10.782	19.58	8.051	30.21	13.435	32.21	15.744
OAS_T2	22.50	9.180	25.58	8.512	28.64	14.340	32.50	15.361

VANS_T1 e VANS_T2 (pontuações totais de sentimentos de ansiedade nas vinhetas visuais analógicas para ambos os tempos 1 e 2); VAPARA_T1 e VPARA_T2 (pontuações totais de sentimentos e ideação paranoide nas vinhetas visuais analógicas para ambos os tempos 1 e 2); PC_FREQ_1 e 2 (versão Portuguesa da "Paranóia Checklist": pontuação da dimensão da " frequência" para os tempos 1 e 2); PC_CONV_1 e 2 (versão Portuguesa da "Paranóia Checklist": pontuação da dimensão da " convicção" para os tempos 1 e 2); PC_TRA_1 e 2 (versão Portuguesa da "Paranóia Checklist": pontuação da dimensão do " transtorno" para os tempos 1 e 2); ANS_ES_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anxiety Inventory": ansiedade-estado nos tempos 1 e 2); ANS_TR_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anxiety Inventory": ansiedade traço nos tempos 1 e 2); RAIV_ES_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anger Expression Inventory": raiva_estado nos tempos 1 e 2); RAIV_TR_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anger Expression Inventory": raiva_traço nos tempos 1 e 2); RAI_Tem_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anger Expression Inventory": raiva_temperamento nos tempos 1 e 2); RAI_Rea_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anger Expression Inventory": raiva_traço_reações à crítica nos tempos 1 e 2); EXRA_out_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anger Expression Inventory": raiva_expressão "out" (externamente) nos tempos 1 e 2); EXRA_in_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anger Expression Inventory": raiva_expressão "in" (internamente; supressão) nos tempos 1 e 2); EXRA_con_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anger Expression Inventory": raiva_expressão "controlo" nos tempos 1 e 2); EXRA_tot_1 e 2 (versão Portuguesa da "State Trait Anger Expression Inventory": pontuação total da raiva_expressão nos tempos 1 e 2); DASSDEP_1 e 2 (versão Portuguesa das "Depression Anxiety Stress Scales": pontuação total da depressão nos tempos 1 e 2); DASSANS_1 e 2 (versão Portuguesa das "Depression Anxiety Stress Scales": pontuação total da ansiedade nos tempos 1 e 2); DASSSTR_1 e 2 (versão Portuguesa das "Depression Anxiety Stress Scales": pontuação total do stress nos tempos 1 e 2); OAS_1 e 2 (versão Portuguesa da "Other as Shamer Scale": pontuação total da "vergonha externa" nos tempos 1 e 2).

Tabela 31. Diferenças do GP nas medidas entre o tempo 1 e 2 nas condições de sucesso vs. insucesso

Grupo Paranoíde	Medidas	Insucesso				Sucesso			
		M	DP	t	p	M	DP	t	p
	VANS_T1 VANS_T2	0.21	2.190	.366	.720	0.36	1.008	1.325	.208
	VPARA_T1								
	VPARA_T2	-1.93	1.731	-4.170	.001	-.57	1.158	-1.847	.088
	PC_FREQ_1								
	PC_FREQ_2	-13.64	11.105	-4.597	.001	-6.79	11.430	-2.221	.045
	PC_CONV_1								
	PC_CONV_2	-12.36	10.994	-4.206	.001	-1.50	14.924	-2.632	.021
	PC_TRA_1								
	PC_TRA_2	-4.36	12.689	-1.285	.221	-1.86	14.043	-2.893	.013
	ANS_ES_1								
	ANS_ES_2	0.57	6.665	.321	.753	-6.07	11.132	-2.041	.062
	ANS_TR_1								
	ANS_TR_2	2.50	5.035	1.858	.086	-.14	8.547	-.063	.951
	RAIV_ES_1								
	RAIV_ES_2	-.86	3.183	-1.008	.332	2.00	2.828	2.646	.020
	RAIV_TR_1								
	RAIV_TR_2	2.07	2.586	2.997	.010	-.29	4.531	-.236	.817
	RAI_Tem_1								
	RAI_Tem_2	7.14	1.385	.193	.850	-.36	1.906	-.701	.496
	RAI_Rea_1								
	RAI_Rea_2	-1.57	2.344	-2.508	.026	-.29	2.813	-.380	.710
	EXRA_out_1								
	EXRA_out_2	1.43	3.567	1.498	.158	-.36	3.003	-.445	.664
	EXRA_in_1								
	EXRA_in_2	-.43	3.480	-.461	.653	2.29	2.867	2.983	.011
	EXRA_con_1								
	EXRA_con_2	-1.43	2.709	-1.973	.070	0.21	3.620	.221	.828
	EXRA_tot_1								
	EXRA_tot_2	2.43	4.863	1.869	.084	1.71	4.615	1.390	.188
	DASSDEP_1								
	DASSDEP_2	2.50	11.078	.844	.414	2.14	8.208	.977	.346
	DASSANS_1								
	DASSANS_2	-.43	6.745	-.238	.816	0.43	4.910	.327	.749
	DASSSTR_1								
	DASSSTR_2	6.57	6.676	-3.683	.003	2.93	5.850	1.873	.084
	OAS_T1								
	OAS_T2	1.57	8.715	.675	.512	-.29	8.507	-.126	.902

VANS_T1 e VANS_T2 (pontuações totais de sentimentos de ansiedade nas vinhetas visuais analógicas para ambos os tempos 1 e 2); VAPARA_T1 e VPARA_T2 (pontuações totais de sentimentos e ideação paranoídes nas vinhetas visuais analógicas para ambos os tempos 1 e 2); PC_FREQ_1 e 2 (versão Portuguesa da “Paranóia Checklist”: pontuação da dimensão da “frequência” para os tempos 1 e 2); PC_CONV_1 e 2 (versão Portuguesa da “Paranóia Checklist”: pontuação da dimensão da “convicção” para os tempos 1 e 2); PC_TRA_1 e 2 (versão Portuguesa da “Paranóia Checklist”: pontuação da dimensão do “transtorno” para os tempos 1 e 2); ANS_ES_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade-estado nos tempos 1 e 2); ANS_TR_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade traço nos tempos 1 e 2); RAIV_ES_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: raiva_estado nos tempos 1 e 2); RAIV_TR_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: raiva_traço nos tempos 1 e 2); RAI_Tem_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: raiva_traço_temperamento nos tempos 1 e 2); RAI_Rea_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: raiva_traço_reações à crítica nos tempos 1 e 2); EXRA_out_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: raiva_expressão_”out” (externamente) nos tempos 1 e 2); EXRA_in_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: raiva_expressão_”in” (internamente; supressão) nos tempos 1 e 2); EXRA_con_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: raiva_expressão_”controlo” nos tempos 1 e 2); EXRA_tot_1 e 2 (versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: pontuação total da raiva_expressão nos tempos 1 e 2); DASSDEP_1 e 2 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales”: pontuação total da depressão nos tempos 1 e 2); DASSANS_1 e 2 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales”: pontuação total da ansiedade nos tempos 1 e 2); DASSSTR_1 e 2 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales”: pontuação total do stress nos tempos 1 e 2); OAS_1 e 2 (versão Portuguesa da “Other as Shamer Scale”: pontuação total da “vergonha externa” nos tempos 1 e 2); **a negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

Tabela 32. Diferenças do GAS nas medidas entre o tempo 1 e 2 nas condições de sucesso vs. insucesso

Grupo de Ansiedade Social								
Medidas	Insucesso				Sucesso			
	Diferenças Emparelhadas				Diferenças Emparelhadas			
	M	DP	t	p	M	DP	t	p
VANS_T1								
VANS_T2	-1.33	0.98	-4.690	.001	-.58	1.08	-1.865	.089
VPARA_T1								
VPARA_T2	-.33	1.15	-1.000	.339	0.00	0.43	.000	1.000
PC_FREQ_1								
PC_FREQ_2	0.58	6.27	.322	.753	-.50	6.71	-.258	.801
PC_CONV_1								
PC_CONV_2	-1.58	8.91	-.616	.551	-6.00	5.15	-4.034	.002
PC_TRA_1								
PC_TRA_2	1.00	12.34	.281	.784	-11.50	12.10	-3.292	.007
ANS_ES_1								
ANS_ES_2	-6.33	7.09	-3.095	.010	1.17	13.91	.290	.777
ANS_TR_1								
ANS_TR_2	-.75	5.26	-.494	.631	-2.50	9.28	-.933	.371
RAIV_ES_1								
RAIV_ES_2	-.75	1.71	-1.517	.157	0.33	0.98	1.173	.266
RAIV_TR_1								
RAIV_TR_2	-1.08	4.91	-.765	.461	2.00	3.25	2.133	.056
RAI_Tem_1								
RAI_Tem_2	0.42	2.64	.546	.596	1.25	1.14	3.804	.003
RAI_Rea_1								
RAI_Rea_2	-1.50	2.47	-2.105	.059	0.00	1.60	.000	1.000
EXRA_out_1								
EXRA_out_2	1.17	3.01	1.343	.206	0.25	2.93	.296	.773
EXRA_in_1								
EXRA_in_2	1.08	4.81	.780	.452	1.00	3.49	.993	.342
EXRA_con_1								
EXRA_con_2	-3.58	5.62	-2.210	.049	0.67	4.89	.473	.646
EXRA_tot_1								
EXRA_tot_2	4.92	9.89	1.723	.113	0.50	8.32	.208	.839
DASSDEP_1								
DASSDEP_2	3.08	6.53	1.636	.130	1.50	8.64	.601	.560
DASSANS_1								
DASSANS_2	3.67	7.30	1.739	.110	0.92	6.43	.494	.631
DASSSTR_1								
DASSSTR_2	2.50	8.66	1.000	.339	2.33	4.83	1.673	.122
OAS_T1								
OAS_T2	6.83	9.54	-2.481	.031	3.00	4.94	-2.105	.059

a **negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

Tabela 33. Médias e desvios padrões das pontuações do grupo de controlo nas medidas do tempo 1 e 2 para as condições de sucesso vs. insucesso

medidas	Insucesso		Sucesso	
	M	DP	M	DP
VANS_T1	2.17	0.718	1.50	0.522
VANS_T2	3.50	1.243	2.33	0.651
VPARA_T1	1.67	0.779	1.00	0.000
VPARA_T2	1.25	0.452	1.33	0.651
PC_FREQ_T1	29.33	2.934	22.83	3.563
PC_FREQ_T2	29.17	3.070	24.75	6.676
PC_CONV_T1	32.50	4.964	23.67	4.638
PC_CONV_T2	32.75	5.083	26.00	7.198
PC_TRAN_T1	26.75	12.871	21.00	7.084
PC_TRAN_T2	25.08	11.469	22.17	7.907
STAI_ANS_ES_1	23.83	4.988	28.67	6.555
STAI_ANS_ES_2	35.25	3.957	28.33	1.775
STAI_ANS_TR_1	33.92	6.895	37.75	9.873
STAI_ANS_TR_2	37.58	7.621	34.92	6.201
STAI_RAIV_ES_1	10.00	0.000	10.08	0.289
STAI_RAIV_ES_2	10.42	0.515	10.00	0.000
STAXI_RAIV_TR_1	19.75	4.575	21.25	4.454
STAXI_RAIV_TR_2	20.50	1.314	18.50	1.567
STAXI_RAI_Tem_1	7.17	1.801	6.42	1.621
STAXI_RAI_Tem_2	6.33	0.651	5.00	1.044
STAXI_RAI_Rea_1	9.17	2.855	9.67	2.774
STAXI_RAI_Rea_2	9.67	1.371	9.08	0.289
STAXI_EXRA_out_1	15.83	0.835	15.58	0.900
STAXI_EXRA_out_2	15.33	1.875	13.83	0.577
STAXI_EXRA_in_1	16.58	2.644	17.67	2.498
STAXI_EXRA_in_2	16.33	2.425	15.08	3.059
STAXI_EXRA_con_1	17.50	3.425	17.00	3.464
STAXI_EXRA_con_2	18.25	2.598	20.17	1.337
STAXI_EXRA_tot_1	30.92	3.919	32.25	2.633
STAXI_EXRA_tot_2	29.42	0.669	24.75	4.515
DASSDEP_T1	2.00	2.730	1.92	3.059
DASSDEP_T2	2.58	3.147	1.08	0.996
DASSANS_T1	2.75	2.527	2.92	4.295
DASSANS_T2	4.25	2.301	1.83	1.267
DASSSTR_T1	5.42	6.201	7.25	4.535
DASSSTR_T2	8.67	6.169	8.42	3.175
OAS_T1	15.67	5.990	19.92	11.626
OAS_T2	18.67	8.094	14.50	6.987

Tabela 34. Diferenças do GC nas medidas entre o tempo 1 e 2 nas condições de sucesso vs. insucesso

Medidas	Insucesso				Sucesso			
	Diferenças Emparelhadas				Diferenças Emparelhadas			
	M	DP	t	p	M	DP	t	p
VANS_T1 VANS_T2	-1.33	0.65	-7.091	.000	-.83	1.030	-2.803	.017
VPARA_T1 VPARA_T2	-.42	0.79	-1.820	.096*	-.33	0.651	-1.773	.104
PC_FREQ_1 PC_FREQ_2	0.17	0.39	1.483	.166	-1.92	5.485	-1.211	.251
PC_CONV_1 PC_CONV_2	-.25	1.22	-.713	.491	-2.33	4.579	-1.765	.105
PC_TRA_1								
PC_TRA_2	1.67	3.70	1.560	.147	-1.17	7.371	-.548	.594
ANS_ES_1 ANS_ES_2	-11.42	4.80	-8.248	.000	0.33	6.005	.192	.851
ANS_TR_1 ANS_TR_2	-3.67	5.43	-2.338	.039	2.83	8.747	1.122	.286
RAIV_ES_1								
RAIV_ES_2	-.42	0.51	-2.803	.017	8.33	0.289	1.000	.339
RAIV_TR_1 RAIV_TR_2	-.75	5.26	-.494	.631	2.75	4.575	2.082	.061*
RAI_Tem_1								
RAI_Tem_2	0.83	1.75	1.650	.127	1.42	1.443	3.400	.006
RAI_Rea_1 RAI_Rea_2	-.50	3.53	-.491	.633	0.58	2.778	.727	.482
EXRA_out_1								
EXRA_out_2	0.50	1.51	1.149	.275	1.75	0.965	6.280	.000
EXRA_in_1								
EXRA_in_2	0.25	3.39	.256	.803	2.58	4.144	2.159	.054*
EXRA_con_1								
EXRA_con_2	-.75	4.81	-.540	.600	-3.17	3.857	-2.844	.016
EXRA_tot_1								
EXRA_tot_2	1.50	4.08	1.274	.229	7.50	5.419	4.795	.001
DASSDEP_1 DASSDEP_2	-.58	2.07	-.978	.349	0.83	2.791	1.034	.323
DASSANS_1 DASSANS_2	-1.50	2.81	-1.848	.092*	1.08	4.441	.845	.416
DASSSTR_1 DASSSTR_2	-3.25	5.93	-1.900	.084*	-1.17	3.786	-1.067	.309
OAS_T1								
OAS_T2	-3.00	7.59	-1.369	.198	5.42	1.377	1.220	.248

a **negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

VI.1.3.3.3. Análise dos efeitos directos principais e interacções

Decidiu-se fazer uma MANCOVA 3x2 (análise multivariada da covariância), com o intuito de avaliar o modelo de vulnerabilidade de perfil psicológico x *stress* ambiental e de estudar as possíveis interacções estatisticamente significativas para a ideação paranóide (PC) no tempo 2; ansiedade e paranóia *in loco* (vinhetas visuais analógicas) e reacções emocionais positivas (*e.g.* contentamento, valorização pessoal, confiança) *vs.* negativas (SPERQ, Dutton e Brown, 1997) ao desempenho pessoal (*e.g.* sentimentos de incompetência, descontentamento, inadequação, etc.). A análise da variância apresentou, assim, o modelo 3x2. Um factor de três níveis interagindo com um factor de dois níveis. A pertença a um “Grupo” (Grupo Paranóide- GP; Grupo de Ansiedade Social - GAS e Grupo de Controlo - GC) e a “condição experimental” (Sucesso *vs.* Insucesso) serviram como variáveis independentes, enquanto os níveis de ansiedade e de paranóia pós-experiência nas vinhetas visuais analógicas; os níveis de “frequência”, “convicção” e “transtorno” dos pensamentos paranóides (PC); a “paranóia social-estado” (dimensões da “perseguição”, “positiva” e “neutral” da SSPS); reacções emocionais positivas *versus* negativas no tempo 2 (SPERQ após experiência; Dutton & Brown, 1997), serviram como variáveis dependentes. As variáveis dos anos de escolaridade; das dimensões da agressividade temperamental (AQ) (agressão física, agressão verbal, raiva e hostilidade); de “raiva-traço (total)” e “raiva-expressão (total)” (STAXI); de “ansiedade-esta-

do” (STAI) e de sintomatologia depressiva (DASS-42: dimensões da depressão, ansiedade e *stress*), foram incluídas na análise como potenciais factores de covariância, dadas as diferenças entre os grupos relativamente a estas variáveis. No geral, observaram-se efeitos estatisticamente significativos para o “Grupo” nas variáveis dependentes, sendo o Wilk’s Lambda = 1064.318, $p < .001$, $\eta^2_p = .001$; para a “condição experimental”, sendo o Wilk’s Lambda = 188.976, $p = <.001$, $\eta^2_p = .005$. Os efeitos principais destas variáveis independentes foram moderados por uma interacção “grupo” x “condição experimental” estatisticamente significativa, sendo o Wilk’s Lambda = 1457.288, $p < .001$, $\eta^2_p = .000$. A maioria dos factores de covariância apresentaram também efeitos estatisticamente significativos nas variáveis dependentes. A variável dos anos de escolaridade não apresentou efeitos significativos nas variáveis dependentes; por outro lado, das dimensões da agressividade temperamental, só a “hostilidade” (AQ) apresentou um efeito estatisticamente significativo com um Wilk’s Lambda = 896.343, $p < .001$, $\eta^2_p = .001$. As outras variáveis que apresentaram efeitos significativos eram as seguintes: a “ansiedade-estado” (STAI) com um Wilk’s Lambda = 1446.285, $p < .001$, $\eta^2_p = .000$; a “raiva-traço (total)” (STAXI) com um Wilk’s Lambda = 19.928, $p = .006$, $\eta^2_p = .026$; a “raiva-expressão (total)” (STAXI) com um Wilk’s Lambda = 918.259, $p < .001$, $\eta^2_p = .001$; a “depressão” (DASS-42) com um Wilk’s Lambda = 11.007, $p = .018$, $\eta^2_p = .049$; a “ansiedade” com um Wilk’s Lambda = 8.697, $p = .027$, $\eta^2_p = .062$ e o “*stress*” (DASS-42) com um Wilk’s Lambda = 111.901, $p < .001$, $\eta^2_p = .005$. Estes resultados sugerem assim, associações estatisticamente significativas entre a “hostilidade” do AQ, “ansiedade-estado” (STAI), “raiva-traço” e “raiva-expressão” (STAXI) e os sintomas de depressão, ansiedade e stress (DASS-42) com os níveis de ideação paranóide sub-clínica e sentimentos ansiosos e paranóides nas vinhetas visuais analógicas.

VI.1.3.3.4. Efeitos Directos Principais da variável “Grupo”: diferenças entre os grupos nas variáveis dependentes

A variável independente “grupo” (GP *versus* GAS *versus* GC) apresentou-se como um factor estatisticamente significativo, tendo efeitos directos principais na ansiedade pós-experiência (vinhetas visuais analógicas) ($F(2, 84) = 8.354$, $p = .001$) na ideação e sentimentos paranóides pós-experiência (vinhetas visuais analógicas) ($F(2, 84) = 22.064$, $p < .001$); nas expectativas pré-experiência do sucesso do desempenho pessoal ($F(2, 84) = 7.960$, $p = .001$); nas reacções emocionais positivas após o desempenho (SPERQ) ($F(2, 84) = 22.122$, $p = .001$) e nas reacções emocionais negativas após o desempenho pessoal (SPERQ) ($F(2, 84) = 25.501$, $p < .001$); nas três dimensões da “paranóia social-estado” (SSPS): “perseguição” ($F(2, 84) = 5.313$, $p = .044$); “neutral” ($F(2, 76) = 10.989$, $p = .008$) e “positiva” ($F(2, 84) = 35.650$, $p < .001$) e nas três dimensões da ideação paranóide da PC: “frequência” dos pensamentos paranóides no tempo 2 ($F(2, 84) = 30.649$, $p < .001$); “convicção” dos pensamentos paranóides ($F(2, 84) = 23.838$, $p < .001$) e “transtorno” ($F(2, 84) = 7.725$, $p = .002$). Fizeram-se testes Post Hoc Tukey HSD com o intuito de analisar as diferenças entre os três grupos do estudo para as variáveis dependentes no tempo 2. Deste modo, testes Post Hoc Tukey HSD demonstram que o grupo paranóide (GP) apresentou por um lado, níveis significativamente mais baixos de sentimentos subjectivos de ansiedade pós-experiência (vinhetas visuais analógicas) do que o grupo de ansiedade social (GAS) ($M = 3.14$, $DP = 1.556$ *vs.* $M = 4.71$, $DP = 1.822$), sendo a diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($t = -1.3571$, $p = .002$). Por outro lado, o GP apresentou níveis significativamente mais elevados da ideação e sentimentos sub-

jectivos paranóides pós-experiência do que o GAS (M= 3.42, DP= 1.730 vs. M= 1.64, DP= .9114), considerando que a diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa ($t= 1.7381, p<.001$). Para além disso, o GP apresentou também significativamente mais “paranóia social estado-perseguição” e mais ideação paranóide sub-clínica no tempo 2 (frequência, convicção e transtorno da PC) do que o grupo de ansiedade social (GAS) (M= 17.03, DP= 8.158 vs. M= 10.67, DP= 1.306 para a “paranóia social-estado” e M= 43.28, DP= 12.988 vs. M= 25.54 DP= 1.643 para a “frequência”; M= 48.32, DP= 16.101 vs. M= 30.95, DP= 6.054 para a “convicção”; M= 37.53, DP= 17.961 vs. M= 24.91, DP= 15.122 para o “transtorno” respectivamente). As diferenças eram estatisticamente significativas entre os dois grupos ($t= 6.2240, p<.001$ para a “paranóia social-estado”; $t= 17.7440, p<.001$ para a “frequência”; $t= 17.3631, p<.001$ para a “convicção” e $t= 12.6910, p= .009$ para o “transtorno” dos pensamentos paranóides) (tabela 35). O grupo paranóide (GP) demonstrou ainda, níveis significativamente mais elevados da ideação e sentimentos subjectivos paranóides pós-experiência do que o grupo de controlo, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos (M= 1.25, DP= .5189) ($t= 1.2798, p<.001$). Para além disso, o GP apresentou níveis significativamente mais elevados de “paranóia social-estado: perseguição” e de ideação paranóide sub-clínica (frequência, convicção e transtorno) no tempo 2 do que o grupo de controlo, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos de “paranóia social-estado” e de ideação paranóide (M= 11.25, DP= 1.026 “paranóia social-estado”; M= 25.54, DP= 4.177 “frequência”; M= 29.33, DP= 6.294 “convicção” e M= 25.70, DP= 11.472 “transtorno”) ($t= 5.8274, p<.001$, para a “paranóia social-estado”; $t= 16.3274, p<.001$ para a “frequência”; $t= 18.9464, p<.001$ para a “convicção” e $t= 13.9107, p= .003$ para o “transtorno” dos pensamentos paranóides da PC). Isto, quer dizer que, o grupo paranóide apresentou mais ideação paranóide sub-clínica, sentimentos de paranóia *in loco* e “paranóia-social estado” no tempo 2, do que ambos o grupo de controlo e o grupo de ansiedade social, que por sua vez, demonstrou mais sentimentos de ansiedade *in loco* que o grupo paranóide. Os resultados demonstraram também que o grupo paranóide apresentou no tempo 2 os índices mais elevados de “vergonha externa” (M= 30.57 DP= ,14.713) seguido do grupo de ansiedade social (M= 17.62, DP= 9.518) e do grupo de controlo, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos (M= 16.58, DP= 7.694). As diferenças entre o grupo paranóide e os grupos de ansiedade social e de controlo eram estatisticamente significativas ($t= 13.32143, p<.001$ e $t= 14.21429, p<.001$). Por conseguinte, o grupo paranóide demonstrou muito mais “vergonha externa” (vergonha do que os outros pensam) após a experiência do que os outros dois grupos.

Relativamente à raiva, o GP apresentou os níveis mais elevados de “raiva-traço (total)” (M= 21.64, DP= 4.066) e dos seus componentes (raiva-traço: temperamento” M= 6.78, DP= 2.514 e raiva-traço: reacções à crítica” M= 11.00, DP= 2.434) e ainda da “expressão da raiva-total” (M= 29.89, DP= 7.151) e dos seus componentes de “raiva: internamente” (M= 18.67, DP= 4.260) vs. “externamente” (M= 14.82, DP= 3.801), mas não do “controlo da raiva” (M= 19.60, DP= 4.613), comparativamente ao grupo de ansiedade social que apresentou mais “controlo da raiva” (M= 21.75; DP= 5.471) mas menos “raiva-traço (total)” (M= 17.79, DP= 3.476): “temperamento” (M= 5.08, DP= 1.558 e de “reacções agressivas à crítica” (M= 9.58, DP= 2.185) e ainda, menos “raiva-expressão” (total) (M= 23.08, DP= 7.015: “raiva-internamente” vs. “externamente” (M= 15.75, DP= 3.614 vs. M= 23.08, DP= 7.015) do que o grupo paranóide. As diferenças entre os dois grupos eram estatisticamente significativas para as dimensões da raiva ($t= 4.39286, p<.001$ para a “raiva-traço (total)”; $t= 1.85714, p= .001$

para a “raiva-traço: temperamento”; $t = 1.78572$, $p = .003$ para a “raiva-traço: reacções agressivas à crítica”; $t = 2.96429$, $p = .006$ para a raiva-expressão: internamente”; $t = 1.96429$, $p = .021$ para a “raiva-expressão: externamente e $t = -3.07143$, $p = .005$ para o “controlo da raiva” respectivamente). Logo, o grupo paranóide demonstrou no tempo 2, não só mais raiva temperamental e reacções agressivas à crítica, como também expressou mais os seus sentimentos de raiva do que o grupo de ansiedade social, que por sua vez, apresentou mais controlo dos seus sentimentos de raiva.

Quanto aos sintomas de psicopatologia de foro afectivo, os resultados demonstraram que o grupo paranóide apresentou significativamente mais sintomas de depressão e de ansiedade no tempo 2 ($M = 6.67$, $DP = 9.281$ e $M = 6.57$, $DP = 5.231$) que ambos os grupos de ansiedade social ($M = 4.95$, $DP = 4.496$ e $M = 4.25$, $DP = 3.082$) e o grupo de controlo, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos de depressão e de ansiedade ($M = 1.83$, $DP = 2.407$; $M = 3.04$, $DP = 2.196$). As diferenças entre o GP e o GAS eram estatisticamente significativas para a “ansiedade” ($t = 2.85714$, $p = .021$), enquanto que as diferenças entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para ambas a “depressão” e a “ansiedade” ($t = 4.96429$, $p = .008$ e $t = 3.67857$, $p = .002$). Deste modo, o grupo paranóide demonstrou no tempo 2 ao contrário do que aconteceu no tempo 1, mais sintomas de “ansiedade” e de “depressão” que os grupos de ansiedade social e de controlo. Isto sugere-nos que, as condições experimentais podem ter provocado o aparecimento de sintomatologia depressiva no grupo paranóide.

Por outro lado, o grupo paranóide (GP) apresentou níveis significativamente mais baixos de reacções emocionais positivas, tais como o contentamento e valorização pessoal, após o desempenho na experiência (SPERQ) do que o grupo de controlo, que por sua vez apresentou os níveis mais elevados de reacções emocionais positivas ($M = 15.10$, $DP = 5.667$ vs. $M = 19.21$, 3.547) ($t = -4.2662$, $p = .013$) (tabela 35).

Por sua vez, o grupo de ansiedade social (GAS) apresentou níveis significativamente menos elevados de expectativas pré-experiência acerca do sucesso do desempenho pessoal e ainda níveis significativamente mais baixos de reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal (SPERQ) ($M = 14.28$, $DP = 5.820$) do que o grupo de controlo ($t = -14.1667$, $p = .001$ e $t = -4.5000$, $p < .001$ respectivamente). Por outro lado, o GAS apresentou níveis significativamente mais elevados de ansiedade (vinhetas visuais analógicas) pós-experiência do que o grupo de controlo, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos de ansiedade ($M = 2.87$, $DP = 1.078$) ($t = 1.4167$, $p = .002$). Mais, o grupo de ansiedade social (GAS) apresentou índices significativamente mais elevados de “ideação positiva” na SSPS do que grupo paranóide (GP) ($M = 18.64$, $DP = 3.851$ vs. $M = 15.71$, $DP = 4.250$) ($t = 2.7857$, $p = .021$).

Em conclusão, os resultados sugerem que o grupo paranóide, apresentou significativamente mais ideação paranóide sub-clínica, sentimentos de paranóia, “paranóia social-estado” e conseqüentemente, demonstrou mais vergonha externa, mais sintomas de depressão e de ansiedade e ainda mais traços de raiva e de reacções agressivas à crítica, logo, expressando mais sentimentos de raiva no tempo 2, do que o grupo de ansiedade social. Por outro lado, o grupo de ansiedade social apresentou significativamente mais sentimentos de ansiedade, mais controlo da raiva e ainda mais ideação positiva no contexto experimental (SSPS) (i.e. apresentam mais sentimentos positivos em relação aos outros no contexto da experiência) no tempo 2, do que o grupo paranóide. Ambos os grupos apresentam no entanto, menos reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal do que o grupo de controlo. Os resultados sugerem assim, que os grupos paranóide e de ansiedade social por um lado, apresentam diferenças en-

tre si, em relação às reacções paranóides e ansiosas e aos sentimentos de raiva e de vergonha externa nas condições experimentais, por outro, não diferem entre si relativamente às reacções emocionais, demonstrando menos reacções emocionais positivas do que o grupo de controlo.

Tabela 35. Médias e desvios-padrões das pontuações dos três grupos nas medidas do tempo 2

Medidas	Grupo Paranóide TEMPO 2		Grupo de Ansiedade Social TEMPO 2		Grupo de Controlo TEMPO 2	
	M	DP	M	DP	M	DP
PC_frequência	43.28	12.988	25.54	6.143	25.54	4.177
PC_convicção	48.32	16.101	30.95	6.054	29.33	6.294
PC-transtorno	37.53	17.961	24.91	15.122	25.70	11.472
OAS_Total	30.57	14.713	17.62	9.518	16.58	7.694
STAI_ansiedade-estado	38.75	10.462	38.83	9.290	31.79	4.634
STAI_ansiedade-traço	46.32	7.438	45.20	6.934	36.25	6.929
STAXI_raiva-estado	11.78	4.349	10.41	1.248	10.20	.418
STAXI_raiva-traço	21.64	4.066	17.79	3.476	19.50	1.744
STAXI_raiva traço_temp	6.78	2.514	5.08	1.558	5.66	1.090
STAXI_raiva traço_reac_cr	11.00	2.434	9.58	2.185	9.37	1.013
STAXI_raiva_experi_“in”	18.67	4.260	15.75	3.614	15.70	2.733
STAXI_raiva_experi_“out”	14.82	3.801	13.08	2.394	14.58	1.558
STAXI_raiva_experi_“cont”	19.60	4.613	21.75	5.471	19.20	2.245
STAXI_raiva_exp “total”	29.89	7.151	23.08	7.015	27.08	3.955
DASS42_depressão	6.67	9.281	4.95	4.496	1.83	2.407
DASS42_ansiedade	6.57	5.231	4.25	3.082	3.04	2.196
DASS42_stress	10.28	6.462	9.50	6.114	8.54	4.800
SSPS_perseguição	17.03	8.158	10.67	1.306	11.25	1.506
SSPS_neutral	13.17	3.662	13.42	4.497	11.17	2.482
SSPS_positiva	15.71	4.250	18.64	3.851	18.07	2.580
Vinheta_ansiedade_t2	3.14	1.556	4.71	1.822	2.87	1.078
Vinheta_paranóia_t2	3.42	1.730	1.64	.911	1.25	.518
SPERQ_reac_emo_posit	15.10	5.667	14.28	5.810	19.21	3.541
SPERQ_reac_emo_neg	18.42	7.598	19.39	8.560	15.46	6.790

Versões Portuguesas da PC (Paranóia Checklist); OAS (Other As Shamer Scale); ansiedade estado e traço (versão Portuguesa da STAI- “State Trait Anxiety Inventory”); raiva-estado e traço (versão Portuguesa da STAXI- “State Trait Anger Experience Inventory”); raiva traço_temp (raiva traço_temperamento); raiva traço_reac_cr (raiva traço_reacções à crítica); raiva_experi_“in” (experiência da raiva “in” i.e. internamente); raiva_experi_“out” (experiência da raiva “out”, i.e. externamente); raiva_experi_“cont” (experiência da raiva_“controlo”); DASS-42 (Depression Anxiety and Stress Scales); SSPS (State Social Paranóia Scale: “paranóia social estado” e dimensões perseguição, neutral e positiva); Vinheta_ansiedade_t2 (sentimentos e experiências subjectivas de ansiedade nas vinhetas visuais analógicas no tempo 2); Vinheta_paranóia_t2 (sentimentos e ideação paranóide nas vinhetas visuais analógicas no tempo 2); SPERQ_reac_emo_posit (*Self Perceptions and Emotional Reactions Questionnaire*: reacções emocionais positivas); SPERQ_reac_emo_neg (*Self Perceptions and Emotional Reactions Questionnaire*: reacções emocionais negativas)

VI.1.3.3.5. Efeitos directos principais da variável “condição experimental”

A variável independente “condição experimental” (Sucesso *vs.* Insucesso) apresentou-se como um factor estatisticamente significativo, apresentando efeitos directos principais na ansiedade pós-experiência ($F(1, 84) = 4.320, p < .001$) e na ideação e sentimentos paranóides pós-experiência ($F(1,84) = 7.566, p = .008$). A variável independente “condição experimental” não se apresentou, no entanto, como um factor com efeitos directos na ideação paranóide da PC após a experiência, nem nas reacções emocionais ao desempenho pessoal. Esta variável independente só apresentou efeitos estatisticamente significativos em duas dimensões da “paranóia social-estado”: “neutral” ($F(1,84) = 10.134, p < .010$) e “positiva” ($F(1,84) =$

64.198, $p < .001$). Os resultados demonstraram então, que os três grupos apresentaram pontuações significativamente mais elevadas das reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal na condição experimental de sucesso, do que a condição experimental de insucesso ($t(82) = 3.713$, $p < .001$). Por outro lado, os três grupos do estudo apresentam pontuações significativamente mais elevadas das reacções emocionais negativas ao desempenho pessoal na condição experimental de insucesso do que no sucesso ($t(82) = -3.664$, $p < .001$). Por conseguinte, os resultados sugerem que os três grupos apresentam reacções emocionais semelhantes em ambas condições de sucesso *versus* insucesso, apresentando por um lado mais contentamento, satisfação e valorização pessoal no sucesso e por outro mais sentimentos de inadequação, incompetência, descontentamento e desvalorização pessoal no insucesso.

Para além disso, os resultados demonstraram que os três grupos do estudo apresentaram níveis significativamente mais elevados de ansiedade e de sentimentos e ideação paranóide pós-experiência nas vinhetas visuais analógicas na condição de insucesso do que na condição de sucesso, sendo as diferenças entre as duas condições estatisticamente significativas ($t(82) = -3.172$, $p = .002$ para os níveis de ansiedade e $t(82) = -2.223$, $p = .030$ para os níveis de paranóia respectivamente). Por conseguinte, a condição de insucesso parece ter sido eficaz em induzir nos três grupos de estudo, um aumento de ansiedade e de paranóia nas vinhetas visuais analógicas.

VI.1.3.3.6. Efeitos de uma interacção 3 x 2

Os resultados apresentaram interacções estatisticamente significativas entre “grupo” x “condição” experimental para as reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal ($F(1,73) = 27.886$, $p < .001$) e para as reacções emocionais negativas ao desempenho pessoal ($F(1,73) = 26.337$, $p < .001$), respectivamente. Os resultados revelaram também, uma interacção estatisticamente significativa entre grupo x condição experimental para a “dimensão positiva” da SSPS ($F(1,73) = 19.61$, $p < .001$). Os resultados apresentam ainda uma interacção entre grupo x condição experimental estatisticamente significativa para os sentimentos e ideação paranóide pós-experiência ($F(1,65) = 9.352$, $p < .001$) mas não para os sentimentos de ansiedade pós-experiência.

Os resultados revelaram então, que a interacção entre grupo x condição experimental era estatisticamente significativa para as reacções emocionais positivas *versus* negativas ao desempenho pessoal do SPERQ e para os sentimentos e ideação paranóide nas vinhetas visuais analógicas após a experiência. No entanto, a interacção entre grupo x condição experimental não era estatisticamente significativa para a ideação paranóide sub-clínica no tempo 2 (frequência, convicção e transtorno dos pensamentos paranóides na PC). Os resultados sugerem assim, que são as diferenças entre os grupos, que foram observadas anteriormente, relativamente à agressividade temperamental, sintomas de ansiedade e a traços de raiva, que poderão estar por detrás do aparecimento da ideação paranóide sub-clínica no tempo 2, e não a sujeição a condições experimentais diferentes. Logo, procedeu-se à análise do efeito das variáveis de covariância que apresentaram efeitos estatisticamente significativos na ideação paranóide, tais como, os sintomas de depressão, ansiedade e *stress* (DASS-42); a “ansiedade-estado” (STAI); a “raiva-traço (total)” e a “raiva-expressão” (STAXI) e a característica temperamental de hostilidade para com os outros (i.e. “hostilidade” do AQ).

VI.1.3.3.7. Os efeitos da “hostilidade” e da “ansiedade” na ideação paranóide no tempo 2

Procedeu-se a uma MANOVA 3 x 2, com o intuito de avaliar os efeitos das variáveis independentes do “grupo”, “condição experimental”; “hostilidade” (AQ); “raiva-traço” (total) e respectivas dimensões (raiva-traço: temperamento e raiva-traço: reacções à crítica) e “raiva-expressão” (total) nas variáveis dependentes da frequência, convicção e transtorno dos pensamentos paranóides (PC) no tempo 2, nos sentimentos de ansiedade e paranóia pós-experiência e nas reacções emocionais pós-experiência ao desempenho positivas *versus* negativas (SPERQ).

168

Hostilidade

A variável da “hostilidade” (AQ) apresentou-se de facto como um factor estatisticamente significativo, tendo efeitos directos na “frequência” dos pensamentos paranóides (PC) ($F(1,73) = 5.429, p = .049$) e na convicção dos pensamentos paranóides ($F(1,73) = 4.521, p = .050$) no tempo 2, pois quanto mais “hostilidade”, maior a frequência e a convicção dos pensamentos paranóides no tempo 2 ($r = .733, p < .001$; $r = .688, p < .001$ respectivamente). Os efeitos directos da “hostilidade” eram no entanto, moderados pela interacção estatisticamente significativa entre “grupo” x “hostilidade” (AQ) x “condição” experimental para a “frequência” e a “convicção” dos pensamentos paranóides após a experiência ($F(1,73) = 25.402, p < .001$) e ($F(1,73) = 32.881, p < .001$) respectivamente. Isto, quer dizer que, os participantes dos três grupos que apresentavam índices elevados de “hostilidade”, ou seja de ressentimento, demonstravam pensamentos paranóides mais frequentes e um grau de convicção mais elevado nesses mesmos pensamentos no tempo 2.

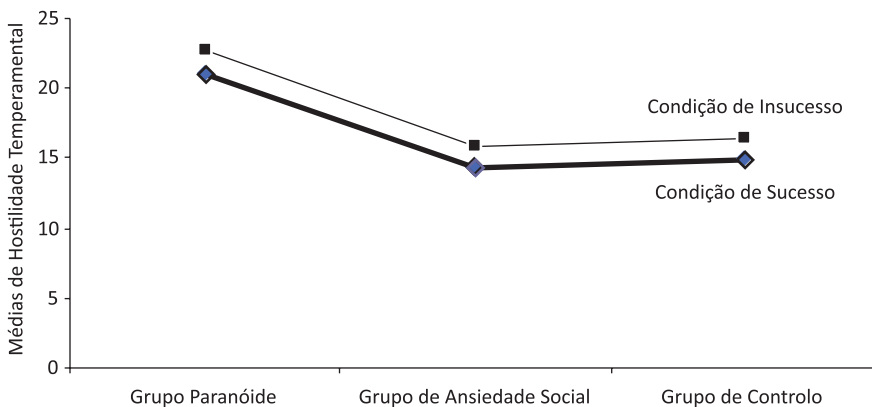


Figura 1. Médias da “hostilidade” temperamental (AQ) dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

Raiva-traço e Raiva-expressão

Os resultados da MANOVA apresentaram também uma interacção estatisticamente significativa entre a variável independente “grupo” e a variável independente “raiva-traço” (total) (STAXI) para a “convicção” dos pensamentos paranóides (PC) após a experiência (tempo 2) ($F(3,73) = 4.370, p = .011$). Mais, os resultados apresentaram por um lado, uma interacção estatisticamente significativa embora estatisticamente mais fraca que a anterior, entre grupo x “raiva-traço: temperamento” (STAXI) para a “convicção” dos pensamentos paranóides da PC (tempo 2) ($F(3,73) = 3.4804, p = .027$), por outro lado, uma interacção estatisticamente

significativa ente grupo x “raiva-traço: reacções à crítica” para a “convicção” ($F(3,73)= 3.016$, $p= .044$) e “transtorno” ($F(3,73)= 3.165$, $p= .037$) dos pensamentos paranóides (PC) após a experiência (tempo 2). Isto, quer dizer que, nos três grupos diferentes, a “raiva-traço” (correlações entre a “raiva-traço (total)” com a “convicção” $r= .321$, $p= .005$ e com o “transtorno” $r= .237$, $p= .039$), e os seus componentes do “temperamento” ($r= .383$, $p= .001$ com a “convicção”; $r= .317$, $p= .005$ com o “transtorno”) e das “reacções agressivas à crítica” ($r= .258$, $p= .018$ com a “convicção”), estão associados a níveis mais elevados da “convicção” e do “transtorno” dos pensamentos paranóides após a experiência. Logo, os resultados sugerem que os participantes dos três grupos de estudo que apresentaram níveis mais elevados de “raiva-traço” aumentam, após as diferentes condições experimentais, os níveis da “convicção” e do “transtorno” dos pensamentos paranóides.

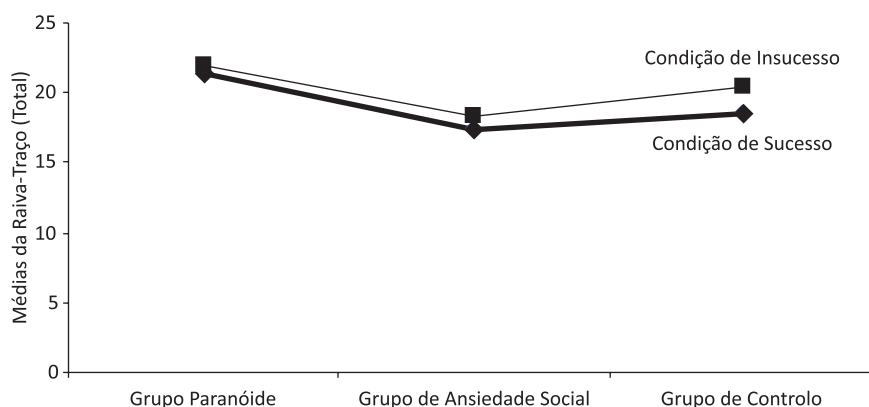


Figura 2. Médias da “raiva-traço (total)” (STAXI) dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

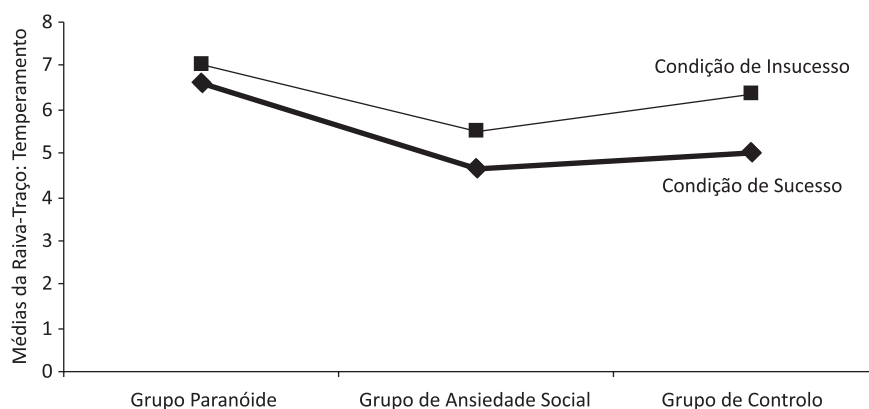


Figura 3. Médias da “raiva-traço: temperamento” (STAXI) dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

Para além disso, os resultados apresentaram interacções de três factores estatisticamente significativas entre “grupo” x “raiva-traço” (total) x “condição experimental” para as reacções emocionais positivas após o desempenho pessoal (SPERQ) ($F(2,73)= 14.191$, $p= .001$) e para as reacções emocionais negativas após o desempenho pessoal ($F(2,73)= 35.300$, $p<.001$). Os resultados demonstraram também interacções de três factores estatisticamente signifi-

vas entre “grupo” x “raiva-expressão” (total) x “condição experimental” para as reacções emocionais positivas após o desempenho pessoal ($F(2,73)= 11.332, p= .003$) e para as reacções emocionais negativas após o desempenho pessoal ($F(2,73)= 37.196, p<.001$), respectivamente. Por conseguinte, a “raiva-traço” (total) e a “expressão” da raiva no tempo 2 nos três grupos, estão associadas por um lado, à presença de reacções emocionais negativas (*e.g.* inadequação e desvalorização) ($r= .176, p= .109$ e $r= .188, p= .087$) e por outro, a menos reacções emocionais positivas (*e.g.* contentamento) ($r= -.338, p= .002$; $r= -.195, p= .076$) ao desempenho pessoal. A interacção entre grupo x “raiva-traço (total)” x condição experimental por sua vez, era estatisticamente significativa para as três dimensões da “paranóia social-estado” (SSPS), sendo ($F(2,65)= 8.116, p= .008$) para a “perseguição” (SSPS); ($F(2,73)= 11.089, p= .001$) para a “positiva” (SSPS) e ($F(2,73)= 4.551, p= .039$) para a “neutral” (SSPS). Deste modo, a “raiva-traço” (total) no tempo 2, está associada por um lado, à presença da ideação de perseguição (paranóia social estado) ($r= .390, p<.001$) e por outro, a menos ideações positivas acerca dos outros no contexto experimental ($r= -.218, p= .047$).

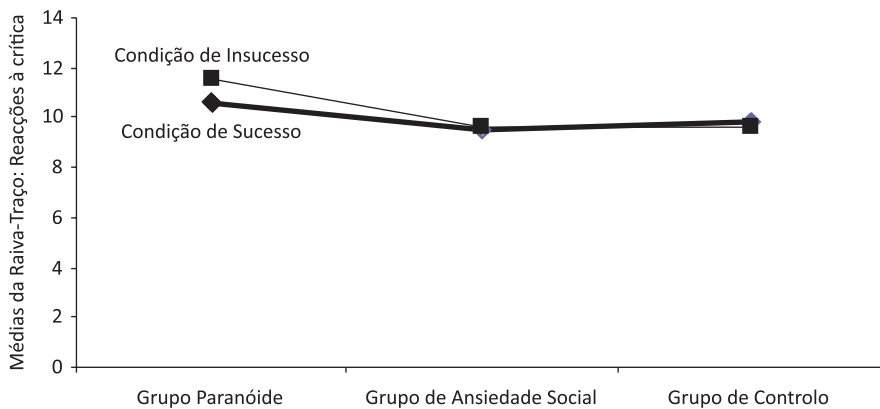


Figura 4. Médias da “raiva-traço: reacções à crítica” (STAXI) dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

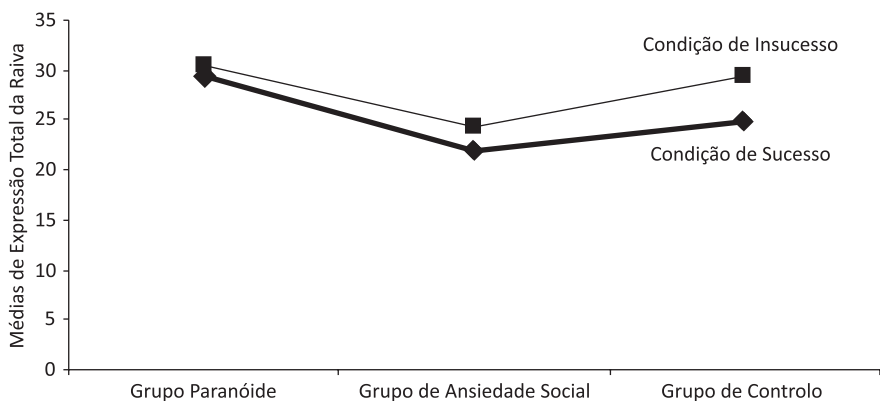


Figura 5. Médias da “raiva-expressão (total)” (STAXI) dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

Por fim, fez-se uma análise multivariada (MANOVA) com o intuito de avaliar o impacto das variáveis independentes de psicopatologia de foro afectivo (DASS-42: depressão,

ansiedade e *stress*); de “ansiedade-estado” (STAI) e de “vergonha externa” (OAS) mais o “grupo” e “condição experimental” nas variáveis dependentes da frequência, convicção e transtorno dos pensamentos paranóides (PC) no tempo 2, nos sentimentos de ansiedade e de paranóia pós-experiência, nas reacções emocionais positivas *versus* negativas ao desempenho pós-experiência (SPERQ) e nas auto-percepções positivas *versus* negativas (SPERQ) (Dutton e Brown, 1997).

“Ansiedade-estado”

A “ansiedade-estado” (STAI) emerge como um variável estatisticamente significativa no modelo, tendo um efeito directo estatisticamente significativo no “transtorno” dos pensamentos paranóides (PC) após a experiência (tempo 2) $F(1,73) = 13.086$, $p = .005$ e nas auto-percepções positivas *versus* negativas (SPERQ de Dutton e Brown), sendo $F(1,73) = 6.809$, $p = .021$ e $F(1,73) = 7.267$, $p = .024$, respectivamente. Isto, quer dizer que, por um lado, os índices de “ansiedade-estado” estão significativamente associados a níveis mais elevados de auto-percepções negativas ($r = .330$, $p = .004$) e a níveis mais baixos de auto-percepções positivas ($r = -.367$, $p = .001$) e, por outro, quanto mais ansiedade *in loco*, ou seja, ao jogar o jogo de computador, maior o “transtorno” dos pensamentos paranóides após a experiência ($r = .232$, $p = .042$). Os resultados apresentaram também uma interacção de dois factores, estatisticamente significativa entre “grupo” x “ansiedade-estado” para as reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal após a experiência ($F(3,73) = 21.607$, $p < .001$) *versus* as reacções emocionais negativas ao desempenho pessoal após a experiência (SPERQ) ($F(3,73) = 19.874$, $p < .001$). Logo, quanto mais “ansiedade-estado” no tempo 2, mais reacções emocionais negativas acompanhadas de menos reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal (*e.g.* contentamento) ($r = .493$, $p < .001$, $r = -.318$, $p = .005$ respectivamente).

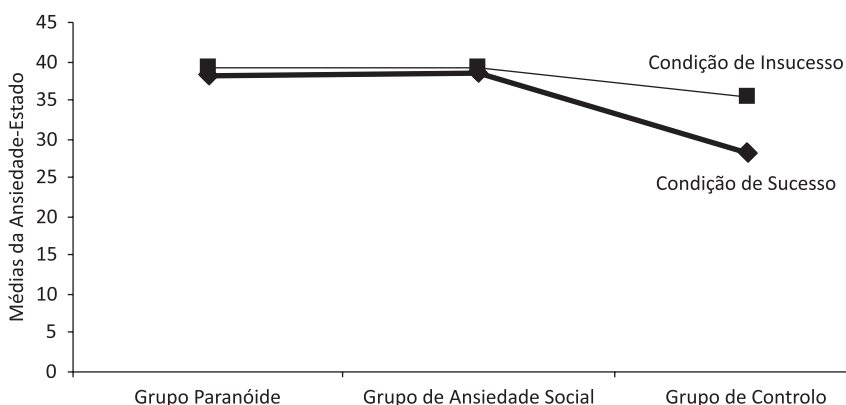


Figura 6. Médias da “ansiedade-estado” (STAI) dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

Psicopatologia (depressão, ansiedade e stress)

Por outro lado, quanto às dimensões de psicopatologia, a dimensão da “ansiedade” da DASS-42 apresentou-se com efeitos estatisticamente significativos e directos no “transtorno” dos pensamentos paranóides (PC) ($F(1,73) = 13.612$, $p = .004$). Logo, há uma associação estatisticamente significativa entre os índices de sintomatologia “ansiosa” após a experiência (tempo 2) e os níveis de “transtorno” da ideação paranóide no tempo 2 (considerando que a correlação entre a “ansiedade” da DASS-42 e o “transtorno” da PC é $r = .197$, $p = .088$).

Os resultados sugerem que a “ansiedade” (DASS-42) poderá interagir com as variáveis independentes de grupo e condição experimental para o aumento significativo de sentimentos paranóides. De facto, a interacção entre grupo x “ansiedade” (DASS-42) x condição experimental era estatisticamente significativa para os sentimentos paranóides após a experiência ($F(2,73)=7.401, p=.011$) e para a “paranóia social-estado: perseguição” (SSPS) ($F(2,73)=10.837, p=.003$). Mais, a interacção grupo x “ansiedade” (DASS-42) x condição experimental era também estatisticamente significativa para ambas as reacções emocionais positivas, após o desempenho pessoal ($F(2,73)=6136, p=.008$), como para as reacções emocionais negativas, após o desempenho pessoal (SPERQ) ($F(2,65)=22.758, p<.001$). Deste modo, os resultados sugerem que os participantes dos três grupos de estudo, que apresentaram mais sintomas de ansiedade comportam-se de forma semelhante nas condições experimentais, já que os sintomas de ansiedade (DASS-42) estão associados à presença de sentimentos de paranóia *in loco* (vinhetas visuais analógicas) ($r=.419, p<.001$), de ideação de “perseguição” (paranóia social-estado) ($r=.270, p=.013$) e de reacções emocionais negativas face ao insucesso (*e.g.* sentimentos de incompetência e desvalorização) ($r=.200, p=.068$).

Comparativamente à “ansiedade” (DASS-42), a “depressão” (DASS-42) por si só não apresenta um efeito estatisticamente significativo nas variáveis dependentes. No entanto, os resultados demonstraram uma interacção de três factores estatisticamente significativa entre grupo x “depressão” x condição experimental para as reacções emocionais positivas após o desempenho pessoal ($F(2,73)=38.619, p<.001$) *versus* as reacções emocionais negativas após o desempenho pessoal (SPERQ) ($F(2,73)=29.365, p<.001$); para os índices de auto-percepções positivas pré-experiência ($F(2,73)=8.422, p=.007$); para os sentimentos de paranóia pós-experiência (vinhetas visuais analógicas) ($F(2,73)=8.731, p=.006$) e para as três dimensões da “paranóia social-estado”: “perseguição” ($F(2,73)=15.774, p=.001$); “positiva” ($F(2,73)=47.540, p<.001$) e “neutral” ($F(2,73)=14.410, p=.001$). Por conseguinte, os sintomas de depressão nos três grupos do estudo estão associados, por um lado, à presença de reacções emocionais negativas (*e.g.* sentimentos de incompetência) ($r=.363, p=.001$), de sentimentos de paranóia pós-experiência (vinhetas visuais analógicas) ($r=.211, p=.055$) e da ideação de “perseguição” (paranóia social-estado) *in loco* ($r=.241, p=.027$) e por outro lado, a menos reacções emocionais positivas (*e.g.* contentamento) ($r=-.246, p=.024$) e a menos ideação “positiva” ($r=-.364, p=.001$) (paranóia social-estado) *in loco*.

Por fim, o “stress” (DASS-42), tal como a “depressão”, não apresenta um efeito directo estatisticamente significativo nas variáveis dependentes. No entanto, o “stress” também interage com o grupo x condição experimental, embora de uma forma menos significativa estatisticamente do que a depressão, tendo efeitos estatisticamente significativos nas reacções emocionais positivas após o desempenho pessoal ($F(2,73)=6.992, p=.013$) *versus* as reacções emocionais negativas pós o desempenho pessoal (SPERQ) ($F(2,73)=7.525, p=.010$) e ainda, em duas dimensões da “paranóia social-estado” (SSPS): “positiva” ($F(2,73)=32.010, p<.001$) e “neutral” ($F(2,73)=13.061, p=.002$). Isto, quer dizer que, tal como foi observado com a “depressão”, o “stress” após a experiência não apresenta efeitos significativos na ideação paranóide (frequência, convicção e transtorno). Logo, os participantes dos três grupos de estudo que apresentaram índices mais elevados de “stress”, comportam-se de forma semelhante nas condições experimentais, ao demonstrarem, por um lado, um aumento significativo das reacções emocionais negativas (*e.g.* sentimentos de incompetência) e por outro lado, uma descida das reacções emocionais positivas (*e.g.* contentamento) ao desempenho pessoal.

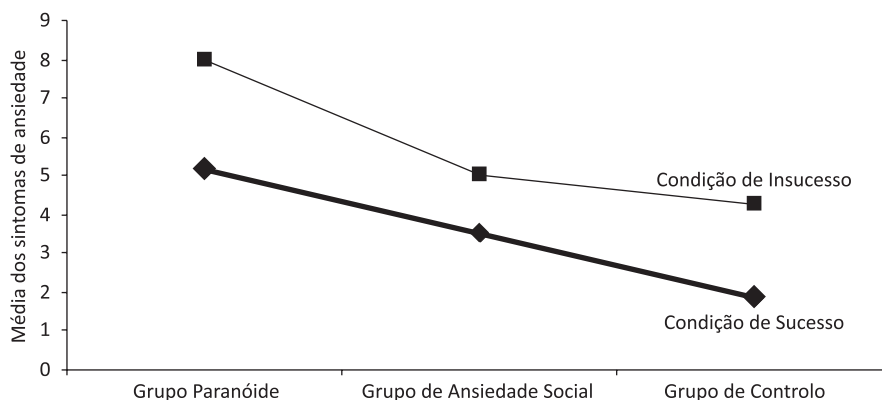


Figura 7. Médias dos sintomas de ansiedade (DASS-42) dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

Por fim, a variável de “vergonha externa” (OAS) não apresentou efeitos directos estatisticamente significativos nas variáveis dependentes. No entanto os resultados apresentam interacções estatisticamente significativas entre “grupo” x “vergonha externa” (OAS) x “condição experimental” nas reacções emocionais positivas ($F(2,73) = 7.557, p = .010$) versus reacções emocionais negativas após o desempenho (SPERQ) ($F(2, 73) = 28.648, p < .001$) e em duas dimensões da “paranóia social-estado” SSPS: “perseguição” ($F(2,73) = 5.166, p = .029$) e “positiva” ($F(2,73) = 27.528, p < .001$). Sendo assim, índices de “vergonha externa” nos três grupos do estudo, estão associados por um lado, à presença de reacções emocionais negativas (*e.g.* sentimentos de incompetência, inadequação, desvalorização, etc.) ($r = .195, p = .076$) e à ideação de “perseguição” (paranóia social-estado) ($r = .294, p = .007$) após a experiência e por outro lado, a menos ideação “positiva” ($r = -.295, p = .006$) em relação ao comportamento das outras pessoas nas sessões experimentais.

VI.2. Estudo das diferenças entre os grupos paranóide versus de ansiedade social versus de controlo na atribuição das causas do desempenho pessoal e consequentes estilos de ruminação (QRDP)

*“I am what I am and they that level
at my abuses reckon up their own;
I may be straight, though they themselves be bevel;
By their rank thoughts my deeds must not be shown.”*
William Shakespeare “Sonnets”

VI.2.1. Objectivos

O segundo estudo, tem o objectivo principal de testar os efeitos do modelo vulnerabilidade x stress social nas atribuições das causas do desempenho pessoal e nos estilos de ruminação, já que se põe a hipótese de acordo com a teoria de Bentall e colegas (1994) e de estudos recentes em populações sub-clínicas (exemplo: Combs e colegas, 2007; Mills e colegas, 2001), de haverem diferenças significativas entre os grupos relativamente às atribuições das causas do desempenho e aos estilos de ruminação após o desempenho. Sendo assim, procederam-se a

ANOVAS “one way” e a uma MANCOVA para testar por um lado, as diferenças entre os grupos relativamente às atribuições das causas do desempenho e às ruminatórias, por outro, para analisar o efeito da interação entre as variáveis independentes do “grupo” x “condição experimental” nestas variáveis. A segunda parte do estudo apresenta assim as seguintes hipóteses:

a) Espera-se que o grupo paranóide, ao demonstrar níveis “normais” de sintomatologia de depressão, ansiedade e *stress*, apresente níveis significativamente mais elevados de atribuições externas das causas do insucesso do desempenho pessoal do que o grupo de ansiedade social e o grupo de controlo. Por outro lado, o grupo de ansiedade social deve apresentar uma tendência para atribuir mais as causas do insucesso do desempenho pessoal ao *locus* interno do que o grupo paranóide.

b) O grupo paranóide deve apresentar também um estilo de ruminação de afecto negativo do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros”, não diferindo do grupo de ansiedade social, mas apresentando níveis significativamente mais elevados do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros” do que o grupo do controlo.

c) Espera-se que para os três grupos de estudo, a condição de insucesso apresente significativamente mais atribuições ao *locus* externo e ruminatórias “derrotistas” e do “medo das percepções negativas dos outros” após o desempenho pessoal, enquanto que a condição de sucesso deve apresentar mais atribuições ao *locus* interno para as causas do desempenho pessoal.

d) Por fim, esperam-se encontrar interações estatisticamente significativas entre “grupo” x “condição experimental” para as atribuições ao *locus* interno e para as três dimensões das ruminatórias após o desempenho.

VI.2. Resultados

VI.2.2.1. Análises correlacionais

As análises correlacionais demonstraram que as dimensões bipolares das atribuições das causas do desempenho pessoal, apesar de dicotómicas, apresentaram uma correlação positiva, embora não fosse estatisticamente significativa ($r = 1.33, p = 251$). Tal como seria de esperar, a dimensão do *locus* interno das atribuições das causas do desempenho pessoal (Dutton e Brown, 1997) apresentou, por um lado, uma correlação positiva e significativa com a dimensão “derrotista” do QRDP ($r = .322, p = .005$) e com a “vergonha externa” do OAS e, por outro, uma correlação negativa, embora não sendo estatisticamente significativa com a dimensão de “ressentimento” do QRDP ($r = -.054, p = .641$). Esta dimensão apresentou também, por um lado, correlações positivas mas moderadas com a “vergonha externa” (OAS) ($r = .251, p = .029$), com a dimensão de “hostilidade” do AQ ($r = .254, p = .027$) (tabela 37) e com os comportamentos de submissão (SBS) ($r = .214, p = .060$) e, por outro, correlações positivas e significativamente elevadas com a “ansiedade-traço” do STAI ($r = .366, p = .001$) e com a dimensão “neutral” da “paranóia social-estado” (SSPS) ($r = .315, p = .006$), demonstrando ainda, uma correlação moderada mas negativa com as auto-percepções positivas (Dutton e Brown, 1997) ($r = -.236, p = .040$) (tabela 36). Mais, a atribuição das causas do desempenho pessoal ao *locus* interno parece estar associada à “convicção” dos pensamentos paranóides (PC), sendo a única das dimensões com a qual apresenta uma correlação quase estatisticamente significativa ($r = .223, p = .052$).

Os resultados sugerem, assim, que a atribuição das causas do desempenho pessoal ao *locus* interno está associada ao estilo do pensamento ruminante “derrotista”, a um temperamento “ansioso”, a menos auto-percepções positivas e a consequentes vergonha externa e

comportamentos de submissão, e não a ruminações do “ressentimento” contra os outros e as circunstâncias.

Por outro lado, a dimensão do *locus* externo das atribuições das causas do desempenho pessoal apresentou correlações positivas e fracas com as dimensões “derrotista” e do “ressentimento” do QRDP ($r = .217$, $p = .060$ e $r = .216$, $p = .061$ respectivamente) e uma correlação positiva e a única estatisticamente significativa com a dimensão do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP ($r = .260$, $p = .023$) (tabela 36). Mais, esta dimensão das atribuições da causa do desempenho pessoal ao contrário da dimensão das atribuições ao *locus* interno, apresentou correlações positivas de magnitude elevada, com as dimensões da “frequência” ($r = .534$, $p < .001$) e da “convicção” dos pensamentos paranóides da PC ($r = .468$, $p < .001$); com a dimensão da “perseguição” da “paranóia social-estado” (SSPS) ($r = .419$, $p < .001$); com a dimensão de “ansiedade-traço” da STAI ($r = .321$, $p = .005$) e com a “vergonha externa” (OAS) ($r = .454$, $p < .001$). A dimensão das atribuições da causa do desempenho pessoal ao *locus* externo contrariamente à do *locus* interno, apresentou também correlações positivas e estatisticamente significativas com as dimensões de “raiva-estado” ($r = .321$, $p = .005$), “raiva-traço” ($r = .283$, $p = .013$) e respectivas sub-escalas: “raiva-traço: temperamento” ($r = .271$, $p = .018$) e “raiva-traço: reacções à crítica” ($r = .290$, $p = .011$) e ainda com a “raiva-expressão (total)” ($r = .227$, $p = .048$) e a sua sub-escala de “raiva-internamente” ($r = .291$, $p = .011$) (tabela 36). Desta forma, a dimensão das atribuições da causa do desempenho pessoal ao *locus* externo apresentou ainda, correlações positivas e de magnitude elevada com as seguintes dimensões da “agressividade” temperamental (AQ): “agressão física” ($r = .332$, $p = .003$); “raiva” ($r = .259$, $p = .024$) e “hostilidade” ($r = .376$, $p = .001$), exceptuando a “agressão verbal” cuja correlação não era estatisticamente significativa (tabela 37). A atribuição das causas do desempenho pessoal ao *locus* externo demonstrou também, uma correlação positiva e moderada apenas com a dimensão de psicopatologia dos sintomas de “ansiedade” (DASS-42) ($r = .228$, $p = .047$), e uma correlação positiva, embora não seja suficientemente forte para atingir significância estatística, com a dimensão dos sintomas de “depressão” da DASS-42 ($r = .215$, $p = .060$) (tabela 36). Esta dimensão das atribuições das causas do desempenho pessoal apresenta também uma correlação negativa moderada com a dimensão de “ajustamento” social da escala de comparação social (SCS) ($r = -.247$, $p = .032$) (tabela 36). Logo, por um lado, as atribuições externas estão associadas a sintomas de depressão, por outro lado estão associadas a comparações desfavoráveis do ajustamento social. Por conseguinte, os resultados sugerem, de acordo com os argumentos da teoria evolucionária (Gilbert, 2001) e o modelo de Bentall e colegas (2001), que a atribuição das causas do desempenho pessoal ao *locus* externo se encontra associada a índices de psicopatologia “ansiosa” e à ideação paranóide (i.e. às dimensões cognitivas da paranóia: “frequência e convicção”). Para além disso, esta dimensão ao contrário da dimensão das atribuições ao *locus* interno, está associada um estilo dos pensamentos ruminantes que se centram no “medo das percepções negativas dos outros” em relação a si próprio, e ainda em sentimentos da “perseguição” dos outros no contexto experimental e a um temperamento ansioso e agressivo e ainda, a consequentes sentimentos de vergonha externa, de agressividade física e hostilidade temperamentais e de raiva.

Quanto às correlações das dimensões do QRDP com as variáveis em estudo, verificou-se que todas as dimensões do QRDP e o seu total apresentaram correlações positivas e significativas com as dimensões de “ansiedade-estado” ($r = .260$, $p = .023$; $r = .310$, $p = .006$; $r = .483$, $p < .001$ e $r = .425$, $p < .001$, respectivamente) e “ansiedade-traço” ($r = .360$, $p < .001$; $r = .286$, $p = .012$; $r = .326$, $p = .004$ e $r = .429$, $p < .001$, respectivamente) do STAI (tabela 36).

Com efeito, as ruminações derrotistas, do ressentimento ou do medo das percepções negativas dos outros estão significativamente associadas à presença da ansiedade-estado e traço. Por outro lado, quanto aos sentimentos de raiva e à agressividade temperamental, observou-se, por um lado, uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a “raiva-estado” (STAXI) e o “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP ($r = .311, p = .006$), enquanto as outras dimensões não apresentaram correlações significativas com a “raiva-estado”. Logo, quanto mais “raiva-estado”, mais pensamentos do “medo das percepções negativas dos outros”. Mais, as dimensões “derrotista” e “medo das percepções negativas dos outros” apresentaram correlações negativas, enquanto as dimensões do “ressentimento” e o QRDP_total apresentaram correlações positivas, embora não sendo estatisticamente significativas com a “raiva-traço” (STAXI). Para além disso, a dimensão “derrotista” do QRDP apresentou correlações positivas e significativamente elevadas com a dimensão “raiva-expressão” (STAXI) ($r = .300, p = .008$) e as sub-escalas “raiva-internamente” ($r = .439, p < .001$) e “raiva-controlo” ($r = .300, p = .008$), enquanto a dimensão de “ressentimento” apresenta uma correlação positiva e moderada com a sub-escala “raiva-externamente” ($r = .254, p = .027$) (tabela 36). Os resultados sugerem, assim, que os pensamentos ruminantes “derrotistas” estão associados à supressão e ao controlo da raiva, enquanto os pensamentos do “ressentimento” estão associados à expressão aberta da “raiva”. Estes resultados sugerem também, que as dimensões do QRDP se encontram significativamente associadas a sentimentos de ansiedade e a um temperamento ansioso, já que o “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP se associa a sentimentos de raiva no momento (raiva-estado). Por conseguinte, quanto às dimensões da “agressividade” temperamental, observou-se que as dimensões do QRDP apresentaram geralmente correlações positivas embora não sejam estatisticamente significativas com as dimensões da “agressão física” e “hostilidade” e “raiva” do AQ, exceptuando o caso da “agressão verbal”, com a qual as dimensões do QRDP apresentaram correlações negativas, sendo que só o “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP e o total do QRDP apresentaram correlações negativas e estatisticamente significativas com a dimensão da “agressão verbal” do AQ ($r = -.328, p = .004$ e $r = -.252, p = .028$, respectivamente). Para além disso, o “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP demonstrou também ser a única dimensão do QRDP que se correlacionou positiva e significativamente com a “hostilidade” temperamental do AQ ($r = .282, p = .019$) (tabela 37). Sendo assim, quanto menos “agressão verbal” temperamental por um lado, e mais hostilidade temperamental, por outro, mais pensamentos ruminantes sobre o “medo das percepções negativas dos outros”.

As dimensões do QRDP apresentaram também correlações positivas, embora moderadas, com os comportamentos de submissão da SBS, visto as correlações com a dimensão “derrotista” do QRDP e com o “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP serem as únicas que atingem significância estatística ($r = .231, p = .045$ e $r = .244, p = .034$). Por outro lado, todas as dimensões do QRDP apresentaram correlações positivas e de magnitudes mais elevadas com a “vergonha externa” (OAS) ($r = .363, p = .001$ para a dimensão “derrotista”; $r = .288, p = .012$ para a dimensão do “ressentimento” e $r = .331, p = .003$ para a do dimensão “medo das percepções negativas dos outros”, respectivamente) (tabela 37). Os resultados sugerem, assim, que os estilos dos pensamentos ruminantes do QRDP se encontram associados à presença de comportamentos de submissão e a índices de “vergonha externa”.

Tabela 36. Correlações entre as dimensões do QRDP (estilos de ruminação); atribuições ao *locus* interno *versus* externo; dimensões da ideação paranóide sub-clínica (PC) e paranóide social estado (SSPS); ansiedade estado e traço (STAI); raiva estado, traço e expressão (STAXI); psicopatologia (DASS-42) e comportamentos de submissão (SBS)

	atribu inter	atribu extern	QRDP derrot	QRDP ress	QRDP medo	QRDP total
PC_frequência	.175	.534**	.172	.256*	.194	.267*
PC_convicção	.223	.468**	.248*	.172	.268*	.298**
PC_transtorno	.041	.190	.238*	.202	.115	.239*
SSPS_perseguição	.147	.419**	-.016	.013	.110	.027
SSPS_neutro	.315**	.037	.227*	.000	.157	.181
SSPS_positivo	.184	-.264*	.145	-.128	-.195	-.023
STAI_ansiedade-estado	.042	.224	.260*	.310**	.483**	.425**
STAI_ansiedade traço	.366**	.310**	.360**	.286*	.326**	.429**
STAXI_raiva estado	.100	.321**	.190	-.049	.311**	.182
STAXI_raiva traço	-.017	.283*	-.034	.196	-.036	.052
STAXI_raiv_tr_tem	.037	.271*	-.020	.212	-.082	.055
STAXI_raiv_tr_re_cr	.106	.290*	.080	.162	.078	.139
STAXI_raiv_ex_out	-.047	.092	-.025	.254*	.020	.098
STAXI_raiv_ex_in	.150	.291*	.439**	.176	.256*	.410**
STAXI_raiva_exp_cont	.084	-.035	.300**	.105	.168	.272*
STAXI_raiva_exp_total	.011	.227*	.300**	.105	.168	.272*
DASS_depressão	.102	.215	.323**	.136	.536**	.404**
DASS_ansiedade	-.015	.228*	.177	.095	.492**	.287*
DASS_stress	-.156	.182	.145	.180	.321**	.254*
SBS_total	.214	.017	.231*	.163	.244**	.277**
SCS_hierarquia	.017	-.103	-.233*	-.184	-.192	-.272**
SCS_ajustamento social	.060	-.247*	-.100	-.170	-.239*	-.200

atribu_inter (total das atribuições das causas do desempenho pessoal ao locus interno); atribu_extern (total das atribuições das causas do desempenho pessoal ao locus externo); QRDP: Questionário de Ruminações Sobre o Desempenho Pessoal - dimensões “derrotista”, “ressentimento” e “medo das percepções negativas dos outros”; PC (versão Portuguesa da “Paranóia Checklist”, dimensões de frequência, convicção e transtorno); SSPS (versão Portuguesa da “State Social Paranóia Scale”: pontuação total da “paranóia social-estado”) STAI (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”); STAXI(versão Portuguesa da “State Trait Anger Expression Inventory”: STAXI_raiv_tr_tem (raiva-traço: temperamento); STAXI_raiv_tr_re_cr (raiva-traço: reacções à crítica); STAXI_raiv_ex_out (raiva_expressão: “out” -externamente); STAXI_raiv_ex_in (raiva_expressão: “in” - internamente ou supressão); STAXI_raiva_exp_cont (raiva_expressão_controlo); STAXI_raiva_exp_total (raiva_expressão: pontuação total); DASS (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales”); SBS (Submission Behaviour scale: comportamentos de submissão); SCS (Social Comparison Scale: escala de comparação social e dimensões de hierarquia e a ajustamento social). ** p<.005, * p <.05

Os resultados sugerem também uma associação entre as dimensões do QRDP e as dimensões da ideação paranóide sub-clínica da PC. Com efeito, observaram-se correlações positivas entre a dimensão da “frequência” da ideação paranóide e todas as dimensões do QRDP, embora só fossem estatisticamente significativas para a dimensão “ressentimento” ($r = .256, p = .026$) e o total do QRDP ($r = .267, p = .020$). Registraram-se também correlações positivas de magnitude moderada e estatisticamente significativas entre a dimensão da “convicção” da ideação paranóide da PC e as dimensões “derrotista” ($r = .248, p = .030$); “medo das percepções negativas dos outros” ($r = .268, p = .019$) e o total do QRDP ($r = .298, p = .009$) e entre a dimensão do “transtorno” da ideação paranóide do PC e a dimensão “derrotista” ($r = .238, p = .038$) e o total do QRDP ($r = .239, p = .038$) (tabela 36). Mais, as correlações entre as dimensões do QRDP, o seu total e a dimensão da “perseguição” da “paranóia social-estado” (SSPS) são positivas, mas não eram suficientemente fortes para atingir significância estatística, exceptuando a dimensão “derrotista” do QRDP que apresentou uma correlação negativa, embora não seja também estatisticamente significativa. As dimensões do QRDP e o seu total apresentaram também correlações positivas, não sendo estatisticamente significativas com a dimensão “neutra” da “paranóia social-estado” (SSPS). A dimensão “derrotista” do QRDP por sua vez, apresentou ainda uma correlação positiva mas fraca com a dimensão “positiva” da “paranóia social-estado” (SSPS) ($r = .227, p = .048$). Estes resultados parecem suge-

rir que as dimensões do QRDP do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros” apresentaram as associações mais fortes com níveis de ideação paranóide (com as dimensões cognitivas da paranóia: frequência e convicção). Por outro lado, a dimensão “derrotista” do QRDP parece estar associada à presença de ideação “positiva” e a níveis mais baixos de ideação da “perseguição” sobre as intenções e comportamentos dos outros na experiência (i.e. paranóia social-estado). Isto, quer dizer que, a “paranóia social-estado” e a ideação paranóide sub-clínica estão associadas à presença de pensamentos intrusivos do ressentimento e da frustração com as pessoas e circunstâncias e ao medo do que elas vão pensar sobre o desempenho pessoal.

Tabela 37. Correlações entre as dimensões e o total do QRDP (estilos de ruminação), atribuições ao *locus* interno versus externo, vergonha externa (OAS) e dimensões da agressividade temperamental (AQ)

	atribu_inter	atribu_extern	QRDP_derrot	QRDP_ress	QRDP_medo	QRDP_total
AQ_agressão física	.211	.332**	.097	.151	.000	.122
AQ_agressão verbal	.183	.173	-.164	-.140	-.328**	-.252*
AQ_raiva	-.025	.259*	.075	.178	.009	.123
AQ_hostilidade	.254*	.376**	.185	.159	.282*	.259*
AQ_total	.194	.362**	.092	.135	.046	.125
OAS_total	.251*	.454**	.363**	.288*	.331**	.434**

AQ (versão Portuguesa do “Aggression Questionnaire”); OAS (versão Portuguesa do “Other as Shamer Scale”: pontuação total da “vergonha externa”); ** $p < .005$, * $p < .05$

Após analisar as correlações entre as variáveis e de modo a testar o modelo, decidiu-se fazer uma MANCOVA 3x2 (análise multivariada da covariância) com o intuito de avaliar o modelo de vulnerabilidade x *stress* e de estudar os efeitos das possíveis interações nas dimensões do QRDP: “derrotista”; “ressentimento”; “medo das percepções negativas dos outros” e ainda nas atribuições das causas do desempenho: *locus* interno versus externo (Dutton e Brown, 1997). A análise da variância apresentou, assim, o modelo 3x2. Um factor de três níveis interagindo com um factor de dois. A pertença a um “Grupo” (Grupo Paranóide- GP; Grupo de Ansiedade Social - GAS e Grupo de Controlo -GC) e a condição experimental (Sucesso vs. Insucesso) serviram como variáveis independentes, enquanto as dimensões das ruminações do QRDP: “derrotista”; “ressentimento”; “medo das percepções negativas dos outros” e o seu total e as dimensões da atribuição das causas do desempenho pessoal: interna versus externa agem como variáveis dependentes. Ao analisar as correlações entre os índices de agressividade, ansiedade (estado e traço), paranóia e raiva (estado, traço e expressão) e vergonha externa com as dimensões do QRDP e com as dimensões bipolares das atribuições das causas do desempenho pessoal, introduziram-se as variáveis de “agressividade geral” (AQ- agressão física, verbal, raiva e hostilidade); as dimensões da ideação paranóide (PC-frequência, convicção, transtorno); a “vergonha externa” (OAS); as dimensões de psicopatologia (DASS-42 depressão, ansiedade e *stress*); as dimensões de “ansiedade-estado” e “ansiedade-traço” (STAI) e “raiva-estado”, “raiva-traço” e “raiva-expressão” da STAXI como variáveis de covariância. As únicas variáveis da covariância que apresentaram efeitos lineares directos nas variáveis dependentes foram as dimensões de “agressão verbal” (AQ) com um Wilk’s Lambda $F = 3.350$, $p = .010$, $\eta^2_p = .776$ e de “hostilidade” (AQ) com um Wilk’s Lambda $F = 2.500$, $p = .041$, $\eta^2_p = .823$ e a dimensão de “ansiedade-estado” do STAI com Wilk’s Lambda $F = 2.619$, $p = .033$, $\eta^2_p = .816$. O modelo demonstrou assim, que a “agressão verbal” do AQ apresentou efeitos lineares directos e estatisticamente significativos na pontuação total do QRDP ($F(1,84) = 10.093$,

$p = .002$) e nas dimensões do “ressentimento” ($F(1,84) = 5.933, p = .018$) e do “medo das percepções negativas dos outros” ($F(1,84) = 7.633, p = .008$) e ainda na atribuição das causas do desempenho pessoal ao *locus* externo ($F(1,84) = 5.690, p = .020$). Logo, a “agressão verbal” está associada por um lado, ao estilo atribucional ao *locus* externo ($r = .161, p = .141$), por outro, a menos rumações do “ressentimento” ($r = -1.28, p = .154$) e do “medo de percepções negativas dos outros” ($r = -.342, p = .001$). A variável “hostilidade” temperamental, por sua vez, apresentou um efeito linear directo e estatisticamente significativo na dimensão das atribuições das causas do desempenho pessoal ao *locus* interno ($F(1,84) = 5.163, p = .027$) e um efeito que não é suficientemente forte para atingir significância estatística na dimensão do “ressentimento” do QRDP ($F(1,84) = 3.147, p = .081$). Isto, quer dizer que, a “hostilidade” está associada a um estilo atribucional ao *locus* interno ($r = .197, p = .073$). Por fim, a “ansiedade-estado” (STAI) apresentou efeitos lineares directos e estatisticamente significativos na dimensão das atribuições das causas do desempenho pessoal ao *locus* interno ($F(1,84) = 5.139, p = .024$) e na dimensão do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP ($F(1,84) = 7.403, p = .008$). Sendo assim, a “ansiedade estado” está associada a um estilo atribucional ao *locus* interno ($r = .211, p = .054$) e à presença de rumações do “medo das percepções negativas dos outros” ($r = .442, p < .001$). Estes resultados estão, assim, de acordo com a teoria evolucionária das mentalidades sociais de Gilbert (2001) e os argumentos propostos por Gilbert e colegas (2005) que afirmam que a agressividade e a ansiedade estão associadas a um estilo de atribuição das causas dos eventos negativos ao *locus* externo.

VI.2.2.2. Efeitos Directos Principais das variáveis independentes nas dimensões das atribuições e nas rumações negativas após o desempenho pessoal

No geral, observaram-se efeitos estatisticamente significativos do “Grupo” nas múltiplas variáveis dependentes, sendo o Wilk’s Lambda $F = 17.880, p < .001, \eta^2_p = .187$ e um efeito quase estatisticamente significativo da “condição experimental”, sendo o Wilk’s Lambda $F = 2.180, p = .066, \eta^2_p = .816$. Os efeitos das variáveis independentes eram moderados por uma interacção grupo x condição experimental estatisticamente significativa, sendo o Wilk’s Lambda $F = 1457.288, p < .001, \eta^2_p = .000$. A variável independente “grupo” (GP *versus* GAS *versus* GC) apresentou-se como um factor estatisticamente significativo, tendo efeitos directos e lineares significativos na dimensão “derrotista” das rumações do QRDP ($F(2,84) = 4.361, p = .016$), na dimensão do “ressentimento” das rumações do QRDP ($F(2,84) = 3.393, p = 0.39$) e no total das pontuações das rumações do QRDP ($F(2,84) = 6.776, p = .002$). Por outro lado, a variável “grupo” apresentou um efeito directo e linear, embora não seja suficientemente forte para ser estatisticamente significativo relativamente à dimensão do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP ($F(2,84) = 2.784, p = .068$). Mais, a variável independente “grupo” apresentou efeitos lineares, directos e estatisticamente significativos na dimensão de atribuição das causas do desempenho pessoal ao *locus* interno $F(2,84) = 13.517, p < .001$ e na dimensão de atribuição ao *locus* externo $F(2,84) = 92.435, p < .001$. Em relação à variável independente “condição experimental” verificaram-se apenas efeitos lineares directos estatisticamente significativos desta variável na pontuação total das rumações do QRDP ($F(1,84) = 7.228, p = .009$) e nas suas dimensões “derrotista” ($F(1,84) = 6.815, p = .011$) e do “medo das percepções negativas dos outros” ($F(1,84) = 4.303, p = .043$), respectivamente.

VI.2.2.3. Diferenças entre os grupos nos estilos atribucionais e ruminações após o desempenho pessoal

Fizeram-se ANOVAS “one-way” e respectivos testes Post Hoc Tukey HSD para analisar as diferenças entre os grupos quanto às variáveis dependentes das dimensões do QRDP e da atribuição das causas do desempenho pessoal.

VI.2.2.3.1. Condição de Sucesso

Os resultados das ANOVAS “one-way” sugerem que os grupos diferem entre si relativamente às dimensões de atribuição das causas do desempenho pessoal: *locus* interno ($F(2,43) = 12.292, p < .001$) versus *locus* externo ($F(2,43) = 78.730, p < .001$). Os resultados sugerem também que os grupos diferem significativamente entre si para o total do QRDP ($F(2,43) = 3.472, p = .040$) e para dimensão do “medo das percepções negativas dos outros (QRDP) ($F(2,43) = 3.770, p = .031$). Por outro lado, não se observaram diferenças significativas entre os grupos para as dimensões “derrotista” e do “ressentimento” do QRDP ($F(2,43) = 1.155, p = .325$ e $F(2,43) = 2.362, p = .107$ respectivamente). Testes Post Hoc Tukey HSD revelam que o grupo de controlo apresentou níveis mais elevados da atribuição das causas do sucesso do desempenho pessoal ao *locus* interno (a características pessoais) ($M = 5.571, DP = .85163$) comparativamente ao grupo paranóide ($M = 4.64, DP = 1.2157$) e ao grupo de ansiedade social, que por sua vez apresentou os níveis mais baixos de atribuições ao *locus* interno ($M = 3.56, DP = 1.209$). A diferença entre o grupo de controlo e o grupo de ansiedade social era estatisticamente significativa para as atribuições do sucesso ao *locus* interno ($t = 2.00893, p < .001$). Por sua vez, embora o grupo de controlo demonstrasse mais atribuições ao *locus* interno do que o grupo paranóide, a diferença entre os dois grupos não era suficientemente forte para atingir significância estatística ($t = .92857, p = .081$). Mais, o grupo paranóide apresentou mais atribuições do sucesso ao *locus* interno do que o grupo de ansiedade social, já que a diferença entre os dois grupos era estatisticamente significativa ($t = 1.08036, p = .029$).

Por outro lado, observou-se que o grupo paranóide ($M = 5.071, DP = 1.268$) apresentou níveis mais elevados das atribuições do sucesso do desempenho pessoal ao *locus* externo do que o grupo de ansiedade social ($M = 2.00, DP = 5.547$) e do que o grupo de controlo ($M = 1.43, DP = .5123$), que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos das atribuições ao *locus* externo, sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas ($t = 3.07143, p < .001$ entre o grupo paranóide e o grupo de controlo e $t = 3.63393, p < .001$ entre o grupo paranóide e o grupo de ansiedade social respectivamente). No entanto, não se observou uma diferença estatisticamente significativa entre o grupo de controlo e o grupo de ansiedade social ($t = .56250, p = .172$). Os resultados sugerem então, que o grupo paranóide apresentou significativamente mais atribuições do sucesso pessoal tanto ao *locus* interno como externo do que o grupo de ansiedade social, que por sua vez, apresentou também menos atribuições ao *locus* interno do que o grupo de controlo. Mais, de todos os grupos, o grupo de controlo fez mais atribuições do sucesso ao *locus* interno, seguido do grupo paranóide. Quanto às ruminações de afecto negativo, observou-se que o grupo paranóide apresentou na condição de sucesso, a pontuação mais elevada para o total do QRDP ($M = 23.92, DP = 10.787$), seguido do grupo de ansiedade social ($M = 20.07, DP = 7.829$) e por último, do grupo de controlo, que por sua vez, apresentou a pontuação mais baixa ($M = 17.12, DP = 3.304$). Os resultados revelam que o grupo paranóide apresentou uma diferença estatisticamente significativa para a pontuação total do QRDP em relação ao grupo de controlo ($t = 6.80357, p = .055$), sendo que este não

se difere do grupo de ansiedade social ($t = -5.94643$, $p = .104$). Mais, o grupo paranóide também não difere do grupo de ansiedade social para a pontuação total do QRDP ($t = .85714$, $p = .954$). Por conseguinte, os resultados revelam que o grupo paranóide apresentou na condição de sucesso, os níveis mais elevados de ruminações do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP ($M = 4.71$, $DP = 2.431$) seguido do grupo de ansiedade social ($M = 4.14$, $DP = 2.107$) e por último do grupo de controlo, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos ($M = 17.12$, $DP = 3.304$). Os resultados demonstram que o grupo paranóide apresentou uma diferença estatisticamente significativa para as ruminações do “medo das percepções negativas dos outros” em relação ao grupo de controlo ($t = 1.77679$, $p = .029$), não se diferenciando no entanto, do grupo de ansiedade social ($t = .57143$, $p = .686$). Não se registaram também diferenças entre o grupo de ansiedade social e o grupo de controlo para as ruminações do “medo das percepções negativas dos outros” ($t = 1.20356$, $p = .176$). Por fim, o grupo paranóide apresentou ainda, na condição de sucesso, os níveis mais elevados de ruminações do “ressentimento” do QRDP ($M = 7.50$, $DP = 4.895$), seguido do grupo de ansiedade social ($M = 7.00$, $DP = 4.4721$), que por sua vez, apresentou os níveis mais elevados de ruminações “derrotistas” do QRDP ($M = 11.92$, $DP = 3.474$), sendo seguido pelo grupo paranóide ($M = 11.71$, $DP = 5.621$). O grupo de controlo, por sua vez, apresentou os níveis mais baixos de ambas ruminações “derrotistas” e do “ressentimento” ($M = 9.62$, $DP = 4.544$; $M = 4.56$, $DP = 2.334$). No entanto, não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para estas ruminações. Em conclusão, os resultados sugerem que ambos os grupos paranóide e de ansiedade social apresentaram na condição de sucesso, ruminações negativas, sendo que o grupo paranóide apresentou os níveis mais elevados de ruminações do “medo das percepções negativas dos outros” e do “ressentimento” enquanto que o grupo de ansiedade social apresentou mais ruminações “derrotistas”.

VI.2.2.3.2. Condição de Insucesso

Os resultados das ANOVAS “one-way” sugerem que os grupos diferem entre si relativamente às dimensões de atribuição das causas do desempenho pessoal: *locus* interno ($F(2,39) = 6.439$, $p = .004$) *versus locus* externo ($F(2,39) = 36.256$, $p < .001$). Os resultados também sugerem que os grupos diferem significativamente entre si para o total do QRDP ($F(2,39) = 4.289$, $p = .021$) e para a dimensão “derrotista” ($F(2,39) = 3.563$, $p = .038$). Por outro lado, embora haja uma diferença entre os grupos para as dimensão das ruminações do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP, estas não eram suficientemente fortes para atingir significância estatística ($F(2,39) = 1.660$, $p = .204$ e $F(2,39) = .943$, $p = .399$ respectivamente).

Testes Post Hoc Tukey HSD revelam que o grupo de controlo apresentou os níveis mais baixos da atribuição das causas do insucesso do desempenho pessoal ao *locus* interno (a características pessoais) ($M = 2.91$, $DP = 1.240$) comparativamente ao grupo de ansiedade social ($M = 5.00$, $DP = 1.664$) e ao grupo paranóide ($M = 4.64$, $DP = 1.691$), sendo as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t = -2.08333$, $p = .005$ entre os grupos de controlo e ansiedade social e $t = -1.72619$, $p = .021$ entre os grupos de controlo e paranóide, respectivamente) (tabela 38). Os resultados sugerem também que os indivíduos do GAS apresentaram os níveis mais elevados das atribuições das causas do insucesso do desempenho pessoal ao *locus* interno que os indivíduos do GP, embora a diferença entre os dois grupos não seja suficientemente forte para atingir significância estatística ($t = .35714$, $p = .818$). Por outro lado, os

resultados de testes Post Hoc Tukey HSD revelam que o GP demonstrou níveis mais elevados da atribuição das causas do insucesso do desempenho pessoal ao *locus* externo (i.e. a circunstâncias e a outras pessoas) ($M= 5.00$, $DP= 1.414$) que o GAS ($M= 2.21$, $DP= 1.121$) e o GC ($M= 1.58$, $DP= .5149$), sendo as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ($t= 2.78571$, $p<.001$ para a diferença entre o GP e o GAS e $t= 3.41667$, $p<.001$ para a diferença entre o GP e o GC, respectivamente). Os resultados sugerem, assim, que o grupo paranóide apresentou níveis significativamente mais elevados das atribuições das causas do insucesso do desempenho ao *locus* externo em relação ao grupo de ansiosos sociais e de controlo. Por outro lado, embora o grupo de ansiosos sociais seja aquele dos três grupos, que apresentou os níveis mais elevados da atribuição das causas do insucesso do desempenho pessoal ao *locus* interno, este não difere significativamente do grupo paranóide, diferindo só do grupo do controlo. Tal como seria de esperar, o GC apresentou na condição de insucesso, os níveis mais baixos da pontuação total das ruminações de afecto negativo do QRDP ($M= 19.83$, $DP= 6.492$) comparativamente ao GAS ($M= 28.57$, $DP= 10.478$) e ao GP ($M= 29.57$, $DP= 9.732$), sendo as diferenças entre os grupos estatisticamente significativas ($t= -8.73810$, $p= .053$ entre o grupo de controlo e o GAS e $t= -9.73810$, $p= .028$ entre o grupo de controlo e o GP, respectivamente). Por outro lado, o GP apresentou uma tendência para apresentar níveis ligeiramente mais elevados de ruminações negativas (QRDP) que o GAS, embora esta diferença entre os dois grupos não seja estatisticamente significativa ($t= 1.000000$, $p= .955$). Este resultado sugere que o grupo paranóide é aquele na condição de insucesso, que apresenta níveis mais elevados de ruminações de resposta de afecto negativo no QRDP, diferindo significativamente apenas do grupo de controlo (tabela 38). Quanto às dimensões do QRDP, observou-se que o GAS na condição de insucesso, apresentou os níveis mais elevados de ruminações “derrotistas” do QRDP ($M= 16.00$, $DP= 7.595$), seguido do GP ($M= 15.28$, $DP= 6.056$) e, por fim, do grupo de controlo, que apresentou por sua vez, os níveis mais baixos ($M= 10.25$, $DP= 2.340$). Testes Post Hoc Tukey HSD revelam que o GAS apresentou níveis significativamente mais elevados de ruminações “derrotistas” que o GC ($t= 5.75000$, $p= .046$). Por outro lado, o GP não apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação a ambos o GAS e o GC ($t= -.71429$, $p= .945$ e $t= 5.03571$, $p= .090$, respectivamente). Os resultados sugerem, então, que ambos os grupos de ansiedade social e paranóide apresentaram na condição de insucesso, níveis significativamente mais elevados ruminações “derrotistas” do QRDP em relação ao grupo de controlo, considerando que a diferença entre o grupo de ansiedade social e o grupo paranóide é mínima nesta dimensão (tabela 38). Por outro lado, o grupo paranóide apresentou na condição de insucesso, os níveis mais elevados de ruminações do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP ($M= 7.78$, $DP= 4.245$ e $M= 5.92$, $DP= 4.028$ respectivamente) em comparação com o grupo de ansiedade social ($M= 7,64$, $DP= 3.521$ e $M= 5.50$, $DP= 2.766$ respectivamente) e com o grupo de controlo que apresentou, por sua vez, os níveis mais baixos para as ambas as dimensões do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP ($M= 5.33$, $DP= 3.524$ e $M= 4.25$, $DP= 2.409$ respectivamente). Testes Post Hoc Tukey HSD revelam que embora o grupo paranóide apresentasse na condição de insucesso, os níveis mais elevados do “ressentimento” e do “medo de percepções negativas dos outros” do QRDP, este não apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação a ambos o GAS e o GC nestas dimensões do QRDP ($t= .14286$, $p= .995$ e $t= 2.45238$, $p= .240$ para a dimensão de “ressentimento” e $t= .42857$, $p= .933$ e $t= 1.67857$, $p= .386$ para a dimensão “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP) (tabela 38).

Tabela 38. Diferenças entre o GP, o GAS e o GC para os estilos de ruminação do QRDP e as atribuições ao locus interno versus externo na condição de insucesso

Medidas	Grupo paranóide (GP) N= 28		Grupo de Ansiedade Social (GA) N= 28		Grupo de Controlo (GC) N= 24		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Total_atrib_locus interno	4.69	1.691	5.00	1.664	2.91	1.240	GP x GA -.35714 GP x GC 1.72619 GA x GC 2.08333	.818 .021 .005
Total_atrib_locus externo	5.00	1.424	2.21	1.121	1.58	.515	GP x GA 2.78571 GP x GC 3.41667 GA x GC .63095	.000 .000 .326
QRDP_total	29.57	9.732	28.57	10.478	19.83	6.492	GP x GA 1.0000 GP x GC 9.73810 GA x GC 8.73810	.955 .028 .053
QRDP_derrotista	15.28	6.056	16.00	7.595	10.25	2.340	GP x GA -.71429 GP x GC 5.03571 GA x GC 5.75000	.957 .090* .046
QRDP_ressentimento	7.78	4.245	7.64	3.521	5.33	3.524	GP x GA .14286 GP x GC 2.45238 GA x GC 2.30592	.995 .281 .122
QRDP_medo das perp_neg	5.92	4.028	5.50	2.766	4.25	3.524	GP x GA .42857 GP x GC 1.67857 GA x GC 1.25000	.933 .386 .586

Total_atrib_locus interno (pontuação total de atribuições das causas do insucesso desempenho pessoal ao locus interno); Total_atrib_locus externo (pontuação total de atribuições das causas do insucesso desempenho pessoal ao locus externo); QRDP_total (Questionário das Ruminações Acerca do Desempenho pessoal): dimensões “derrotista”; “ressentimento”; “medo das percepções negativas dos outros”; a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

VI.2.2.3.3. Efeito Principal da “condição experimental” nas atribuições e ruminações após o desempenho pessoal

Os resultados demonstraram que os três grupos apresentaram pontuações mais elevadas nas dimensões “derrotista” e do “medo das percepções negativas dos outros” do QRDP na condição de insucesso (M= 14.23, DP= 6.368; M= 5.18, DP= 3.253) do que na condição de sucesso (M= 11.02, DP= 4.704; M= 3.92, DP= 2.041), sendo as diferenças entre estas duas condições estatisticamente significativas: ($t(82) = 2.499, p = .015$) para a dimensão “derrotista” e ($t(82) = 2.026, p = .047$) para a dimensão do “medo das percepções negativas dos outros”, respectivamente. Embora haja uma tendência para os três grupos apresentarem pontuações mais elevadas na dimensão do “ressentimento” do QRDP na condição de insucesso (M= 7.05, DP= 3.952) em comparação à condição de sucesso (M= 6.25, DP= 4.226), a diferença entre as duas condições não era estatisticamente significativa ($t(82) = .953, p = .334$). Os resultados sugerem que os três grupos se comportaram de forma similar, ao apresentarem significativamente mais ruminações do afecto negativo “derrotista” e do medo às percepções negativas dos outros na condição de insucesso do que na condição de sucesso.

Por fim, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas condições para as atribuições das causas do desempenho pessoal (interno versus externo). A condição de sucesso apresentou níveis mais elevados de atribuições internas para o desempenho pessoal (M= 4.52, DP= 1.428) que a condição de insucesso (M= 4.15, DP= 1.673), já esta, por sua vez, apresentou níveis mais elevados de atribuições externas para o desempenho pessoal (M= 3.05, DP= 1.888) que a condição de sucesso (M= 2.94, DP= 1.873). No entanto, as diferenças entre as duas condições experimentais não eram suficientemente fortes para atingir significância estatística ($t(82) = 1.001, p = .320$ para a diferença das atribuições internas das causas do desempenho pessoal e $t(82) = -.244, p = .808$ para as as diferenças das atribui-

ções externas das causas do desempenho pessoal, respectivamente). Os resultados sugerem, assim, que o sucesso está associado a atribuições internas enquanto o insucesso está associado a atribuições externas das causas do desempenho pessoal.

VI.2.2.3.4. Interações entre grupo x condição experimental nas atribuições e rumações após o desempenho pessoal

O modelo de vulnerabilidade do perfil psicológico x *stress* parece obter suporte através dos resultados que sugerem uma interação estatisticamente significativa entre “grupo” x “condição experimental” para as três dimensões do QRDP: “derrotista” ($F(1,84) = 6.815, p = .011$); “ressentimento” ($F(1,84) = 4.967, p = .045$) e “medo das percepções negativas dos outros” ($F(1,84) = 4.504, p = .045$) e para as atribuições ao *locus* interno ($F(1,84) = 3.400, p = .039$). Os resultados sugerem assim que os três grupos comportaram-se de forma semelhante nas condições de sucesso *versus* insucesso, ao demonstrarem por um lado, níveis significativamente mais elevados de rumações “derrotistas”; do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros” na condição de insucesso comparativamente à de sucesso. Por outro lado, os três grupos apresentaram mais atribuições ao *locus* interno na condição de sucesso *versus* de insucesso.

184

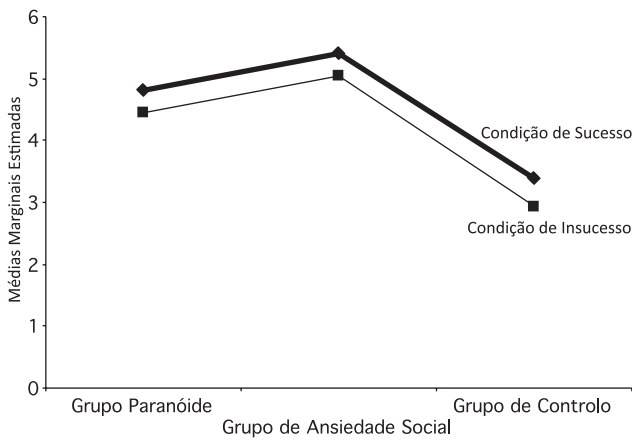


Figura 8. Médias dos índices de atribuições das causas internas do desempenho dos três grupos de estudo nas condições de sucesso vs. insucesso

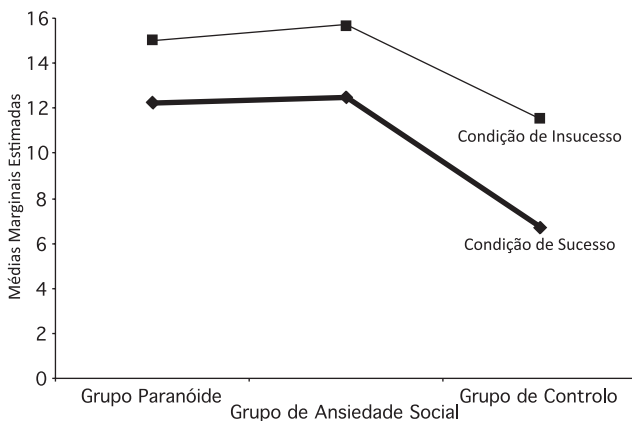


Figura 9. Médias dos índices de rumações “derrotistas” após o desempenho dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

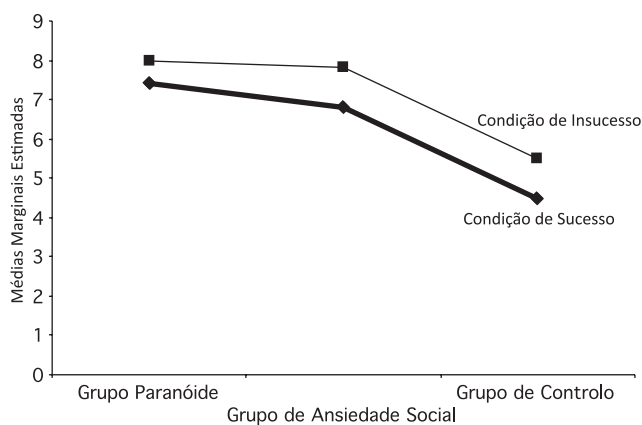


Figura 10. Médias dos índices de ruminações de “ressentimento” após o desempenho dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

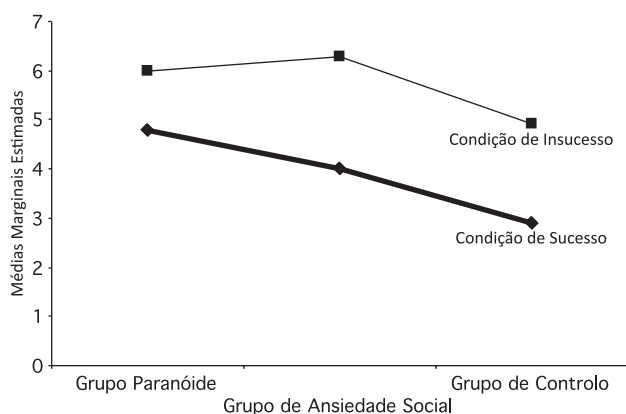


Figura 11. Médias dos índices de ruminações do “medo das percepções negativas dos outros após o desempenho dos três grupos nas condições de sucesso vs. insucesso

VI.2.3. Discussão

Este estudo propôs-se a analisar em primeiro lugar, as diferenças em termos de perfil e vulnerabilidades psicológicas entre um grupo de estudantes paranóides e um grupo de estudantes ansiosos sociais. Em segundo lugar, o estudo pretendia avaliar as reações de ambos os grupos à avaliação do desempenho pessoal num jogo de computador difícil.

Deste modo, o estudo explorou, à luz do modelo vulnerabilidade x stress num contexto experimental, as diferenças entre os indivíduos paranóides *versus* indivíduos ansiosos sociais relativamente a características pessoais (i.e. vulnerabilidades psicológicas) como níveis de ideação paranóide sub-clínica multi-dimensional (frequência, convicção e transtorno) e a presença de traços agressivos (“raiva-traço” e “raiva-estado”); temperamento hostil e física e verbalmente agressivo; traços de ansiedade (“ansiedade-traço” e “ansiedade-estado”); “vergonha externa”; comportamentos de submissão; afecto positivo *versus* negativo; sentimentos ansiosos e paranóides *in loco* (vinhetas visuais analógicas); índices de paranóia social estado (ideias de perseguição no contexto experimental); auto-percepções negativas *versus* positivas sobre si próprios (i.e. atributos pessoais, SPERQ), sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress e expectativas pessoais sobre o sucesso o desempenho (tempo 1) e depois o desempenho real num jogo de computador.

Logo, esperavam-se encontrar diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de paranóia *versus* o grupo de ansiedade social relativamente às suas características e vulnerabilidades psicológicas, tais como, a “vergonha externa”; a presença de ideação paranóide multi-dimensional e sub-clínica; traços agressivos e comportamentos e atitudes agressivas; traços de raiva como a tendência para reagir à crítica e ainda no experienciar de sentimentos de paranóia e de ansiedade no contexto experimental e nos índices “paranóia social-estado” caracterizada por ideias de “perseguição” *versus* “positivas” sobre as intenções das outras pessoas (colégas e investigadores) presentes nas sessões (hipótese *a*). Testes *t* de amostras independentes apresentaram resultados que concedem suporte à nossa hipótese. Os resultados sugerem que os indivíduos paranóides apresentam significativamente mais traços de raiva (“raiva-traço” STAXI); mais reacções agressivas à crítica independentemente do contexto social (“raiva-traço: reacções agressivas à crítica” STAXI); mais agressividade temperamental, ou seja “hostilidade” (ressentimento para com os outros), “agressividade física e verbal” e “raiva” (AQ); mais “vergonha externa” (OAS) (ou seja, uma preocupação com o que os outros pensam sobre eles(as)) e sentimentos de paranóia antes da experiência e consequentemente de mais “paranóia social-estado” caracterizada por ideias da “perseguição” dos outros no contexto experimental do que os indivíduos ansiosos sociais. Por outro lado, os ansiosos sociais parecem perceber as outras pessoas no contexto experimental como tendo intenções “positivas” em relação a si próprios. Para além disso, os ansiosos sociais demonstram significativamente níveis mais elevados de ansiedade nas vinhetas visuais analógicas antes da experiência e de comportamentos de submissão do que os paranóides, sendo portanto, mais ansiosos e submissos, esperando também terem um desempenho mais desfavorável e negativo do que os indivíduos paranóides e os controlos.

Estes resultados parecem estar de acordo com a teoria das mentalidades sociais (Gilbert, Boxall, Cheung e Irons, 2005) que postulou que, por um lado, os indivíduos paranóides numa população não-clínica focam a atenção nas outras pessoas (preocupam-se excessivamente com o que os outros vão fazer e as suas intenções em relação a si próprios), enquanto os indivíduos ansiosos sociais focam a atenção nas suas qualidades negativas e no *self* percebido como defeituoso e imperfeito. De facto, os indivíduos ansiosos sociais parece que desconfiam das suas capacidades. Com efeito, não depositam muita fé em si próprios e naquilo que conseguem obter, achando que irão sempre ser mal sucedidos porque pura e simplesmente não têm o que é preciso para serem bem sucedidos (ver Weeks, Heimberg, Rodebaugh & Norton, 2008 para o estudo do medo da avaliação positiva e o desconforto dos ansiosos sociais perante situações de avaliação).

Sendo assim, este resultado está de acordo com os argumentos de Gilbert (2001 *a b*) que afirmam que, a ansiedade social é um mecanismo evoluído (i.e. um produto da evolução da mente humana), que facilita as interações não-violentas entre indivíduos, já que os indivíduos ansiosos sociais poderão ter medo da mudança do seu estatuto social para melhor (i.e. medo de aumentarem o seu estatuto), pois poderá levar a conflitos com outras pessoas mais poderosas que eles(as). Deste modo, os ansiosos sociais preferem, assim, ter um desempenho pior que os outros de modo a, por um lado, “não darem nas vistas” e não serem alvo do escrutínio e possível rejeição dos outros e, por outro lado, a evitar conflitos e lutas de poder com os outros, que são percebidos como sendo poderosos e de um estatuto social superior ao deles(as). Logo, os ansiosos sociais demonstram, assim, comportamentos de submissão.

Para além disso, um outro objectivo deste estudo era o de explorar como é que os indivíduos segundo as suas características psicológicas (paranóides *versus* ansiosas sociais) reagem a avaliação do desempenho pessoal constituída por duas condições diferentes: sucesso *versus* insucesso. Tal como era esperado nas hipóteses b e c, testes *t* de *amostras emparelhadas* revelam que os indivíduos do grupo paranóide (GP), aumentam significativamente as suas pontuações na frequência, convicção e transtorno dos pensamentos paranóides, aumentando também os níveis de sentimentos de paranóia após a experiência (tempo 2) quando submetidos à condição de insucesso caracterizada pela crítica pessoal e avaliação negativa do desempenho. Mais, o grupo paranóide apresenta significativamente níveis mais elevados de “*stress*” (tempo 2), apresentando também uma tendência temperamental para reagirem de forma mais agressiva à crítica (raiva-traço: reacções à crítica da STAXI), associada a uma tendência para experienciarem mais controlo da raiva (raiva-expressão: controlo; STAXI) na condição de insucesso. Desta forma, embora os indivíduos paranóides apresentem uma tendência temperamental para reagirem agressivamente perante a crítica, no entanto, quando de facto eles(as) são criticados *in loco* pelo investigador, preferem não mostrar abertamente a raiva que sentem e tentam por isso controlá-la. Este resultado parece-nos interessante na medida em que, à luz da teoria das mentalidades sociais, os indivíduos paranóides estariam a demonstrar comportamentos de submissão perante uma autoridade percebida (o investigador) e, embora sentissem raiva pela avaliação negativa do desempenho pessoal e pela situação em si, eles(as) preferem contê-la e controlá-la, sem confrontos (Gilbert, Gilbert & Irons, 2004). Mais, o grupo paranóide apresenta também índices significativamente mais baixos de reacções emocionais positivas na condição de insucesso (SPERQ), ou seja, apresenta menos contentamento, valorização pessoal e auto-confiança. Por conseguinte, o insucesso não só induz ideação paranóide sub-clínica, raiva e sentimentos subjectivos de paranóia *in loco*, como também produz um impacto emocional negativo nos indivíduos paranóides (*e.g.* sentimentos de descontentamento, inadequação e incompetência).

O grupo paranóide (GP) demonstrou por um lado, na condição de sucesso, aumentos significativos da “frequência” e “convicção” dos pensamentos paranóides sub-clínicos, embora não sejam tão estatisticamente significativos como na condição de sucesso. Deste modo, os resultados sugerem que a avaliação do desempenho independentemente do *feedback* (sucesso *versus* insucesso) e o nível de dificuldade do jogo foram factores de “stress” e de ansiedade para este grupo, induzindo ideação paranóide sub-clínica.

Por outro lado, o grupo paranóide demonstrou na condição de sucesso e tal como se esperava, índices significativamente mais baixos de “raiva-estado” (STAXI). Este resultado pode ser explicado pelo facto de eles(as) serem elogiados(as), o que poderá tê-los protegido contra sentimentos de raiva que normalmente eles(as) apresentam, independentemente do contexto social e da situação. Sendo assim, a raiva e os seus componentes: temperamento e reacções à crítica e a expressão da mesma (supressão *versus* expressão aberta) (STAXI) mais a agressividade temperamental, composta por agressividade física e verbal e a hostilidade (AQ) não são somente comportamentos mas também traços pessoais e atitudes negativas perante os outros. Isto, quer então dizer que, os indivíduos paranóides são geralmente e tendencialmente mais agressivos(as) e mais irritadiços(as) que os outros, mostrando assim índices elevados de “raiva-traço”, independentemente da situação em que se encontram, ou seja, ser tendencialmente agressivo e estar permanentemente irritado(a) faz parte da personalidade dos indivíduos paranóides mas não da personalidade dos indivíduos ansiosos sociais.

O cerne da questão encontra-se então, no tipo de situações que induzem sentimentos de raiva de tal modo que tenham que os expressar abertamente (i.e. ser agressivos verbalmente ou fisicamente). Os nossos resultados sugerem que ser criticado pelo desempenho numa tarefa já de si difícil de realizar, falhou em produzir comportamentos de raiva e agressividade contra os outros, no entanto, o sentimento encontra-se lá. Por outro lado e tal como era esperado, testes *t* de *amostras independentes* sugerem que o grupo de ansiedade social (GAS) difere significativamente do grupo paranóide (GP) nas suas reacções ao sucesso *versus* insucesso num jogo de computador, que foi um desafio. O grupo de ansiedade social, que usualmente foca a sua atenção num *self* imperfeito (Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005), não apresenta índices tão elevados de “raiva-traço” (STAXI) como o GP, demonstrando, assim, diferenças estatisticamente significativas em relação aos comportamentos agressivos e atitudes hostis da agressividade geral comparativamente ao GP. Os ansiosos sociais apresentaram significativamente menos agressividade física, verbal, raiva e hostilidade que os indivíduos paranóides. Para além disso, testes *t* de *amostras emparelhadas* sugerem, de acordo com as hipóteses b e c, que o GAS, quando submetido à condição de insucesso do desempenho e avaliação negativa, demonstra um aumento significativo da “vergonha externa” (OAS) após a experiência (tempo 2). Com efeito, os ansiosos sociais começam a prestar uma atenção maior ao que as outras pessoas pensam acerca do seu desempenho. Mais, o GAS também demonstra um aumento estatisticamente significativo na condição de insucesso, dos índices de ansiedade mas não da paranóia nas vinhetas visuais analógicas, como acontece no caso do GP. Por outro lado, os resultados revelam que a condição de sucesso, ao contrário do insucesso, tem um efeito paranóide nos indivíduos ansiosos sociais.

Testes *t* de *amostras emparelhadas* sugerem, tal como seria de esperar, por um lado, que o grupo de ansiedade social (GAS) na condição de sucesso apresenta um aumento significativo estatisticamente das reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal (e.g. contentamento), enquanto apresenta uma descida estatisticamente significativa das reacções emocionais negativas (e.g. sentimentos de incompetência, descontentamento, inadequação) ao desempenho pessoal (SPERQ). Isto, quer dizer que, a condição do sucesso parece ter induzido um afecto positivo (contentamento, confiança, etc.) nos ansiosos sociais relativo ao seu desempenho. No entanto, e é de facto interessante o facto dos resultados revelarem que, quando o GAS é elogiado recebendo um *feedback* de sucesso sobre o seu desempenho num jogo de computador difícil, apresenta um aumento significativo nos níveis de convicção e transtorno da ideação paranóide sub-clínica após a experiência (tempo 2). Logo, embora os ansiosos sociais no geral, apresentem índices mais elevados de ideação “positiva” relativa às intenções das outras pessoas da sessão experimental em relação a si próprios do que os indivíduos paranóides, quando é-lhes dado *feedback* de sucesso e são elogiados pelo seu desempenho, eles(as) tendem a aumentar significativamente a convicção e o transtorno das ideias paranóides, apresentando uma tendência para demonstrarem mais ideias de “perseguição” (i.e. a paranóia social-estado, SSPS) relativas à intenção do outros para com eles(as) nesta condição experimental. Deste modo, a condição de sucesso foi ineficaz em proteger ambos os grupos paranóide e de ansiedade social de um aumento significativo da ideação paranóide sub-clínica.

Estes resultados podem ser explicados à luz do argumento das teorias cognitivas da ansiedade social, que afirma que os indivíduos ansiosos sociais apresentam um *self* negativo (Clark & Wells, 1995; Gilbert 2001 *b*). Sendo assim, parece que os indivíduos ansiosos sociais esperam falhar e serem mal sucedidos, porque vêm-se de uma forma negativa e defeitu-

osa, já que, quando os outros elogiam o seu esforço, apesar de produzir um efeito positivo ao induzir reacções emocionais positivas ao desempenho pessoal (*e.g.* confiança) leva também, ao mesmo tempo, ao aumento de sentimentos de paranóia, de vergonha externa e ideias de referência, acabando por ter um impacto negativo pois não está de acordo com as auto-percepções negativas e as expectativas baixas que os ansiosos sociais apresentam acerca das suas capacidades e talentos para serem bem sucedidos. De facto, testes *t* de *amostras independentes* mostram que os indivíduos paranóides apresentam não só expectativas mais positivas em relação ao desempenho pessoal que os ansiosos sociais como também apresentam uma tendência que não atinge significância estatística para mostrarem níveis mais elevados de auto-percepções positivas (*i.e.* atributos positivos do SPERQ, *e.g.* inteligência; Dutton e Brown, 1997) que os ansiosos sociais. Isto, quer dizer que, à partida os ansiosos sociais não esperam ter sucesso. Logo, quando um indivíduo de estatuto superior elogia os ansiosos sociais, estes(as) parecem não acreditar no *feedback* positivo, pois acham que está errado, assumindo desta forma que o avaliador está “a gozar com a cara deles” e que os colegas devem estar a rir-se do desempenho deles(as) nas suas costas e daí apresentarem ideais de perseguição no contexto da experiência. Os resultados estão assim de acordo com a teoria das mentalidades sociais Gilbert (2001 *a b*), que argumenta que os indivíduos ansiosos sociais apresentam um “medo do sucesso do desempenho” porque, por um lado, eles(as) preocupam-se com a possibilidade de não conseguirem manter nem defender os “ganhos sociais” obtidos pelo sucesso pessoal no futuro e, por outro, sentem que a avaliação positiva e o *feedback* de sucesso por um indivíduo de estatuto superior relativamente ao seu desempenho numa tarefa, irá aumentar a farsquia e os níveis de exigência pelos quais eles(as) irão ser avaliados(as) no futuro (Rapee & Heimberg, 1997). Sendo assim, os ansiosos sociais não acham que o seu desempenho irá melhorar e que é verdadeiramente um bom desempenho, logo eles(as) desqualificam o positivo e prestam atenção e valorizam o negativo porque, como já foi dito, é congruente com a visão excessivamente negativa que têm de si próprios e das suas capacidades (Weeks *et al.*, 2008). Para além disso, os resultados revelam que tanto o GAS como o GP demonstram uma tendência para controlarem significativamente mais a raiva na condição de insucesso, sendo que o grupo paranóide apresenta por sua vez uma redução estatisticamente significativa da supressão da raiva na condição de sucesso. Este resultado pode ser explicado à luz da teoria das mentalidades sociais, que argumenta que, tanto os indivíduos ansiosos sociais como os paranóides podem agir como subordinados perante uma autoridade que os critica, tentando, assim, controlar a raiva e suprimi-la para evitar danos físicos e psicológicos (Gilbert, 2001 *b*).

Tendo em conta as diferenças entre os grupos experimentais relativamente às suas reacções ao desempenho (insucesso *versus* sucesso), apresentaram-se hipóteses segundo o modelo da vulnerabilidade x *stress* ambiental (hipóteses d, e), que previam interacções entre as variáveis independentes grupo x condição experimental para a ideação paranóide sub-clínica após a experiência (tempo 2); para as reacções emocionais positivas *versus* negativas ao desempenho pessoal (tempo 2); para a “paranóia social-estado” (dimensões da “perseguição”, “positiva” e “neutral” da SSPS) e para os sentimentos de ansiedade e paranóia pré *vs.* pós-experiência. Os resultados da análise multivariada da covariância (MANCOVA) revelam efeitos estatisticamente significativos da variável independente “grupo” para a “frequência”, “convicção” e “transtorno” dos pensamentos paranóides no tempo 2, para os sentimentos de ansiedade e de paranóia pré *vs.* pós-experiência; para as dimensões “positiva” da paranóia social estado e para as reacções emocionais positivas (*e.g.* contentamento) *versus* negativas (*e.g.* descontentamento,

sentimentos de incompetência) ao desempenho pessoal (SPERQ). Testes Post-Hoc revelaram que o grupo paranóide (GP) apresentou níveis significativamente mais elevados de “frequência”, “convicção” e “transtorno” dos pensamentos paranóides sub-clínicos e de sentimentos de paranóia *in loco* pré vs. pós experiência; de paranóia social-estado (ideias de perseguição); de vergonha externa; de traços de raiva e expressão da raiva e ainda de sintomas de depressão e de ansiedade, do que o grupo de ansiedade social e o grupo de controlo. Por outro lado, o grupo de ansiedade social apresenta níveis significativamente mais elevados de ideação “positiva” acerca dos comportamentos dos outros e das suas intenções para com eles(as) do que o grupo paranóide. Por outro lado, o GAS não apresenta diferenças estatisticamente significativas do GP em relação à ansiedade (estado *versus* traço e sintomas de ansiedade), embora apresente significativamente índices mais elevados de ansiedade do que o grupo de controlo. Mais, ambos os grupos paranóide e de ansiedade social apresentam significativamente menos reacções emocionais positivas (*e.g.* contentamento, valorização pessoal) do que o grupo de controlo. Os resultados sugerem assim, que o grupo paranóide demonstrou vulnerabilidades psicológicas e reacções cognitivas e comportamentais diferentes do grupo de ansiedade social. De facto, o grupo paranóide difere do grupo de ansiedade social relativamente às reacções paranóides, sentimentos de raiva e de vergonha externa, comportamentos de expressão da raiva, sintomas de ansiedade e ideações positivas acerca das outras pessoas. Isto, quer dizer que, o grupo paranóide apresentou após a experiência, significativamente mais ideação e sentimentos paranóides, vergonha externa, sentimentos e expressão da raiva e dos sintomas de ansiedade do que o grupo de ansiedade social, que por sua vez, demonstrou mais ideação positiva acerca das outras pessoas presentes na experiência e mais ansiedade *in loco* que este grupo. No entanto, ambos os grupos reagiram da mesma forma à experiência, ao apresentarem menos reacções emocionais positivas relativamente ao seu desempenho pessoal, do que o grupo de controlo.

Para além disso, os resultados também demonstraram efeitos significativos e directos para a variável independente “condição experimental” nos sentimentos de ansiedade e paranóides pré vs. pós-experiência e na dimensão da ideação “positiva” da SSPS. Testes *t* de amostras *independentes* revelam que a condição de insucesso induziu nos três grupos um aumento estatisticamente significativo dos sentimentos de paranóia *in loco* enquanto que a condição experimental de sucesso induziu um aumento significativo das reacções emocionais positivas (*e.g.* contentamento) ao desempenho pessoal.

Os resultados revelam assim, interacções estatisticamente significativas entre grupo x condição experimental para as reacções emocionais positivas *versus* negativas ao desempenho pessoal e para os sentimentos de paranóia após a experiência (vinhetas visuais analógicas). Logo, a condição experimental por si própria era um factor de *stress*, independentemente do *feedback* que era concedido e das manipulações para induzir o insucesso, dado o nível de dificuldade do jogo de computador. Deste modo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as condições de sucesso *versus* insucesso nos três grupos para as reacções emocionais ao desempenho pessoal e para os sentimentos de paranóia *in loco*, ou seja os grupos comportaram-se de forma semelhante nas duas condições diferentes. Tal como era esperado, o *feedback* de sucesso parece “proteger” os três grupos das reacções emocionais negativas, induzindo um aumento nas reacções emocionais positivas no SPERQ. De facto, os três grupos apresentam mais sentimentos de contentamento, de valorização pessoal e de confiança na condição de sucesso.

Por fim e de acordo com a hipótese e), os resultados revelam por um lado, uma interação estatisticamente significativa entre a “hostilidade” do AQ x grupo x condição experimental para frequência e convicção dos pensamentos paranóides, por outro lado, interações estatisticamente significativas entre a “raiva-traço: reacções à crítica” x grupo x condição experimental e entre a “ansiedade-estado” (STAI) x grupo x condição experimental para a “convicção” “transtorno” dos pensamentos paranóides (PC) no tempo 2. Isto, quer dizer que, a “hostilidade” interage como factor de vulnerabilidade, com a condição experimental como factor de *stress*, para o aumento dos níveis de frequência e convicção da ideação paranóide. Logo, a hostilidade está associada aos componentes cognitivos da paranóia. Por outro lado, ao contrário da hostilidade, os traços de raiva, nomenadamente as tendências para reagir agressivamente à crítica e a ansiedade parecem estar associados ao componente afectivo da paranóia. Os resultados sugerem, então, e de acordo com Lincoln e colegas (2008), que a ansiedade e os traços de raiva desempenham um papel para o aparecimento de sentimentos paranóides perante condições experimentais de *stress*; no entanto, são as características temperamentais das atitudes hostis e da raiva que se revelam como sendo mais relevantes para o aparecimento dos pensamentos paranóides, em termos de um aumento da frequência e da convicção e não do impacto emocional dos mesmos. Por conseguinte, a hostilidade temperamental, por um lado, está associada à frequência e convicção dos pensamentos paranóides, enquanto que os traços de “raiva” (reacções agressivas à crítica) e a ansiedade, tanto como sintoma como comportamentos ansiosos *in loco* (i.e. ansiedade-estado), parecem estar associados ao “transtorno”/“*distress*” emocional dos pensamentos paranóides. Estes resultados levantam, assim, questões importantes na literatura, já que autores como Freeman e colegas (2008) assumem que só a ansiedade como afecto negativo, interage com factores de vulnerabilidade e o *stress* para o aparecimento da paranóia, no entanto, as características temperamentais da hostilidade e da raiva parecem ter também um efeito significativo.

A segunda parte do estudo por sua vez, apresenta outro objectivo principal, que pretendia testar os efeitos do modelo vulnerabilidade x *stress* no estilos atribucionais ao *locus* interno *versus* externo para as causas do desempenho pessoal e nas dimensões de pensamentos de ruminação (QRDP- derrotista, ressentimento e medo das percepções negativas dos outros), considerando que se esperavam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos paranóide, de ansiedade social e de controlo nestas dimensões. Os resultados de uma MANCOVA sugerem que o modelo vulnerabilidade e de *stress* tem efeitos estatisticamente significativos nas atribuições das causas do desempenho e dos pensamentos de ruminação após o desempenho. Mais, em suporte das hipóteses da segunda parte do estudo, testes Post Hoc Tukey HSD revelam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, já que o grupo paranóide demonstra significativamente mais atribuições externas das causas do insucesso do desempenho pessoal do que o grupo de ansiedade social e o grupo de controlo. O grupo paranóide também apresenta níveis significativamente mais elevados da frequência de ruminações de resposta afectiva negativa do “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros” (QRDP) que o grupo de controlo. Embora o grupo de ansiedade social apresente, por um lado, uma tendência para um estilo atribucional ao *locus* interno na condição de insucesso e, por outro, uma tendência para uma frequência mais elevada de ruminações “derrotistas” após o desempenho, estas não são estatisticamente significativas nos dois casos.

Estes resultados dão, assim, suporte ao argumento de Bentall e colegas (2001) segundo o qual a paranóia está associada a um estilo atribucional ao *locus* externo perante situações

negativas. Este estilo não só apresenta correlações estatisticamente significativas com a ideação paranóide (frequência e convicção) mas também com as dimensões da raiva (“estado, traço e expressão”) e da agressividade temperamental (agressão física, raiva e hostilidade). Logo, os indivíduos paranoídes que apresentam traços de agressividade e de raiva, demonstram também, um estilo atribucional ao *locus* externo para as causas do insucesso do desempenho pessoal. No entanto, não é claro se os paranoídes utilizam este estilo para proteger a auto-estima, embora no geral os indivíduos paranoídes externalizem sempre o insucesso. Mais, os indivíduos paranoídes apresentam ruminações de afecto negativo após o desempenho pessoal, que se centram, por sua vez, em sentimentos de “ressentimento” contra os outros e as circunstâncias, e no “medo das percepções negativas” das outras pessoas em relação a si próprios e ainda, no sentimento da vergonha do desempenho. Estas ruminações encontram-se associadas a níveis elevados de “ansiedade-estado” e de vergonha externa e à presença de ideação paranóide e de traços de ansiedade e de raiva após o desempenho. Estes resultados concedem suporte à teoria de Gilbert (2001 *a b*) das mentalidades sociais, que argumenta que, a sensibilidade a ameaças sociais despoleta sentimentos de ressentimento, hostilidade e de vergonha. Sendo assim, a percepção da malevolência intencional dos outros poderá ser um produto da percepção de ameaças, neste caso, do insucesso e respectiva crítica pessoal, fazendo com que o indivíduo paranoíde demonstre raiva, ao contrário do ansioso social, que apresenta significativamente mais comportamentos de submissão. No nosso estudo parece, então, que o estilo atribucional ao *locus* externo é uma característica de indivíduos paranoídes que, segundo o estudo de Combs e colegas (2007), pertencem a um grupo de paranóia sub-clínica que não apresenta índices elevados de depressão, mas também não apresentam uma auto-estima acima da média. Este estilo de grupo não é por conseguinte, segundo a caracterização de Trower e Chadwick, do tipo “*bad me*” e não se apresenta como sendo também “*poor me*”, embora apresente tendências para culpar as circunstâncias e os outros pelo insucesso do seu desempenho.

Com efeito, a paranóia e ansiedade social apresentaram semelhanças no nosso estudo, como por exemplo níveis elevados de “ansiedade-traço” e de “ansiedade-estado” e ainda, reacções emocionais menos positivas à avaliação do desempenho pessoal, estando de acordo com argumentos de autores como Freeman (2007) e Gilbert e colegas (2005), que falam da paranóia sub-clínica como sendo uma ansiedade paranóide. Logo, poder-se-á argumentar que os indivíduos paranoídes no nosso estudo, apresentam uma paranóia sub-clínica caracterizada por sentimentos de hostilidade e de raiva e um conseqüente temperamento agressivo, e ainda menos comportamentos de submissão e mais vergonha externa do que os ansiosos sociais. Embora ambos os paranoídes e ansiosos sociais partilhem sentimentos de ansiedade e temperamentos ansiosos e ainda sentimentos de vergonha externa, sendo estas as “pontes” principais entre os dois tipos de fenómenos (Freeman e colegas, 2008), eles(as) diferem em termos disposicionais e nas reacções cognitivas e comportamentais às ameaças. Os paranoídes são temperamentalmente agressivos e hostis e reagem às ameaças com atribuições das causas do insucesso a um *locus* externo, enquanto os ansiosos sociais demonstram mais comportamentos de submissão e ainda, uma tendência para ruminações “derrotistas”. No geral e concluindo, os paranoídes reagem de maneira diferente ao sucesso e insucesso comparativamente aos ansiosos sociais, visto que apresentam mais ideação paranóide e sentimentos paranoídes e atribuem as causas do desempenho pessoal às circunstâncias e às outras pessoas (*locus* externo), ruminando em sentimentos de “ressentimento” e do “medo das percepções negativas dos outros”. Os ansiosos sociais por sua vez, apresentam mais ansiedade, acompanhada de uma ten-

dência tanto para ruminarem mais em sentimentos “derrotistas” e de atribuírem as causas do insucesso do desempenho a si próprios (*locus* interno) e ainda, significativamente menos reações emocionais negativas ao desempenho e menos paranóia social-estado do que o grupo paranóide. Ou seja, os ansiosos sociais ao contrário dos indivíduos paranóides, apresentam um “enviesamento positivo” da percepção das intenções dos outros no contexto das sessões experimentais, ao acharem que estes(as) apresentaram comportamentos positivos para consigo (*e.g.* são simpáticos).

Limitações do estudo

Este estudo apresenta várias limitações. Primeiro, é um estudo *quasi*-experimental e *análogo*, o que implica que não meça o impacto dos eventos reais do *dia-a-dia* nos indivíduos, deste modo, a validade da condição experimental em provocar *stress* e afecto negativo pode ter sido limitada. A amostra também era reduzida e constituída predominantemente por membros do sexo feminino, o que faz com que seja difícil generalizar os resultados. O contexto experimental não era o ideal, já que poderiam existir diversas variáveis parasitas a influenciar os resultados. De facto, o período de uma semana entre a repetição das medidas (tempo 1 *versus* tempo 2) pode ter tido influência nos resultados. Com efeito, a “raiva-expressão” (STAXI); a “ansiedade-traço” (STAI) e a sintomatologia depressiva (depressão, ansiedade e *stress*) diminuíram entre o tempo 1 e o tempo 2 (após uma semana). Isto, quer dizer que, apesar dos sujeitos terem sido submetidos a uma condição experimental indutora de *stress* (*i.e.* jogar um jogo de computador difícil), não demonstram um aumento, que seria de esperar, nos sintomas e humor depressivo e ansioso, nem no expressar da raiva após a experiência (tempo 2). Sendo assim e dado o facto de não se ter medido o impacto dos eventos do *dia-a-dia*, que possam ter induzido estados de depressão, ansiedade e *stress* (*e.g.* exames, problemas familiares, etc.) e de raiva, implica a falta de controle nos participantes, do efeito dos eventos negativos em termos de índices de raiva, ansiedade, depressão, *stress* e até de paranóia. Logo, a presença de eventos negativos nas vidas dos sujeitos é uma variável parasita que influenciou os estados de humor e raiva, já que estes flutuam, sendo portanto instáveis e mudando ao longo do tempo.

Para além disso, também se verificou um problema com as manipulações e o *feedback* utilizado para induzir insucesso *versus* sucesso. O facto do jogo de computador ser por si extremamente difícil de executar, independentemente das manipulações que lhe sejam feitas e de ser também uma situação “nova” e um desafio na vida dos participantes (pois a maioria dos participantes admite não jogar este tipo de jogos sobre o raciocínio lógico-matemático e capacidades visuo-geo-espaciais), faz com que as manipulações e o *feedback* de sucesso e elogio *versus* insucesso possam não ter sido suficientes para causar um impacto forte e duradouro. Deste modo, o insucesso induzido experimentalmente pela “pressão” feita sob os participantes para obterem um número de grupos impossível de obter, ao dar a informação falsa que os estudantes universitários conseguem fazer 14 grupos; mais as manipulações de pôr o jogo num nível mais avançado; de usar uma versão mais difícil (com mais informação a ter em conta) com a manipulação extra de terem que jogar contra o computador, portanto não competiriam só com os colegas para obterem os 14 grupos mas também com o computador, e depois a conseqüente crítica ao desempenho e comparação negativa em relação aos colegas na condição de insucesso; podem não terem sido completamente eficazes no controlo dos efeitos parasitas das diferenças individuais em termos de capacidades visuo-geo-espaciais, atenção, concentração e de desempenho. De facto, o que pode ter acontecido, é que alguns indivi-

duos eram pura e simplesmente melhores que os outros neste tipo de jogos de computadores. Embora muitos participantes não conhecessem este tipo de jogos nem costumassem jogar, visto que, independentemente da condição em que estavam (sucesso *versus* insucesso), eles(as) podem ter percebido o seu desempenho no jogo de acordo com o conhecimento que têm sobre as suas capacidades em jogar jogos de computador e com as suas expectativas neste tipo de tarefas, e não por causa de terem sido elogiados(as) ou criticados(as) e comparados negativamente aos seus colegas segundo a norma imposta para o sucesso (14 grupos). Mais, pode ser que não seja importante para os participantes não só terem sucesso neste tipo de jogos como também, serem comparados negativamente aos colegas relativamente às suas capacidades visuo-geo-espaciais. No entanto, fizeram-se questões específicas, com o intuito de controlar os efeitos das expectativas pessoais, do auto-conhecimento e da importância do desempenho num jogo deste tipo para os participantes. Os resultados sugerem que 72% dos participantes espera ter um desempenho em relação aos colegas universitários dentro da média e ligeiramente acima (numa escala de 1= muito pobre a 7= muito bom pontuam no 4), enquanto 18.4% esperam que seja pobre e abaixo da média (pontuam no 2 e 3). Isto, quer dizer que, os participantes no geral, percebem-se ao mesmo nível dos colegas ou ligeiramente melhores ($M= 4.26$, $DP= .8999$). Mais, relativamente às capacidades em jogar jogos de computador, 67.2% acham que estão dentro da média ou acima (“boa” numa escala de 1 = muito pobre a 7 = muito boa: $M= 4.03$, $DP= 1.215$) enquanto 32.9% acham que as suas capacidades estão abaixo da média e são pobres, já que, apesar dos participantes acharem que as suas capacidades são boas, 59.4% admitem jogarem muito pouco este tipo de jogos (numa escala de 1 = nunca a 7 = sempre: $M= 3.27$; $DP= 1.591$). Logo, os participantes acham que têm boas capacidades e dentro da média para jogarem jogos de computador deste tipo, apesar de não os jogarem frequentemente, apresentando, assim, um “enviesamento” positivo da auto-confiança, ao favorecerem as suas capacidades. Quanto ao grau de importância, 55.2% dos participantes acham muito importante terem um bom desempenho no jogo, enquanto só 7.9% não acham importante e 36.8% mais ou menos ($M= 4.68$, $DP= .968$). Isto, quer dizer que, a maioria dos participantes acham muito importante terem um bom desempenho e as suas expectativas são de um desempenho dentro da média para o bom, apresentando fé nas suas capacidades. Logo, parece-nos que o impacto do insucesso pode também ter sofrido o efeito de um “enviesamento positivo” da percepção das capacidades individuais, protegendo assim a auto-estima pessoal. Desta forma e apesar das diferenças individuais, controlaram-se, por um lado, os efeitos das expectativas e, por outro, o conhecimento do indivíduo das capacidades mas não as suas capacidades reais. No entanto, o facto de não terem experiência nestes jogos, forneceu-nos algum tipo de controlo sobre o treino pessoal e o conhecimento do jogo. Sendo assim, o nível de dificuldade do jogo em geral, e apesar dos problemas metodológicos do controlo de variáveis parasitas e das diferenças individuais, induziu as reacções emocionais ao desempenho adequadas e de acordo com a condição experimental. Embora alguns indivíduos possam ter tido um bom desempenho na condição de insucesso, apesar de não obterem os 14 grupos e de se debaterem com dificuldades, eles(as) demonstraram menos reacções emocionais positivas nesta condição. No geral, os participantes na condição de insucesso, independentemente das suas capacidades, sentiram dificuldades e experienciam um impacto emocional menos positivo. O cerne da questão encontra-se nas diferenças individuais relativas ao estilo de *coping* com o insucesso, ou seja, como é que os indivíduos lidam com o insucesso e consideram a crítica pessoal; como é que eles (as) lidam com a comparação negativa com os outros colegas e com o

facto de não jogarem tão bem o jogo de computador como esperado, como sendo um falhanço pessoal. De facto, os dados do nosso estudo sugerem que na sua maioria, os indivíduos do grupo paranóide, grupo de controlo e os ansiosos sociais parecem percepcionar o insucesso como sendo um falhanço pessoal. No entanto, os paranóides lidam com o insucesso com sentimentos de raiva e ideação paranóide, externalizando as causas do seu desempenho, enquanto que os ansiosos sociais lidam com o insucesso com sentimentos de ansiedade, ruminções “derrotistas” e ao “internalizar” tendencialmente as causas do seu desempenho.

CAPÍTULO VI

Paranóia vs. ansiedade social: diferenças na predisposição para as alucinações, paranóia geral e no impacto emocional dos sons negativos vs. positivos

Objectivos

Método

Resultados

Discussão

Capítulo VII
**Paranóia vs. ansiedade social: diferenças na predisposição
 para as alucinações, paranóia geral e no impacto emocional
 dos sons negativos vs. positivos**

*“Like one that on a lonesome road
 Doth walk in fear and dread,
 And having once turned round walks on,
 And turns no more his head;
 Because he knows, a frightful fiend
 Doth close behind him tread.”*

Samuel Taylor Coleridge, *The Rime of the Ancient Mariner*, Part VI, st. 10 (1798)

Este capítulo apresenta um estudo cujo intuito é o de explorar mais uma vez a existência de um perfil psicológico diferente entre os indivíduos paranóides *versus* os ansiosos sociais de uma população não-clínica. Pretende-se testar em primeiro lugar os argumentos de Freeman e colegas (2008) de que a paranóia e a ansiedade sub-clínicas partilham semelhanças etiológicas em termos da presença de índices de ansiedade diferindo entre si em relação à prediposição para as experiências alucinatórias. Em segundo lugar, pretende-se estudar os efeitos do modelo vulnerabilidade x *stress* na paranóia geral e na presença de emoções negativas numa condição experimental, que usa diferentes tipos de sons que ocorrem naturalmente no meio ambiente. Espera-se, assim, que os sons *desagradáveis* (e.g. gritos) ajam como factores de *stress* capazes de induzir um aumento significativo de níveis de paranóia geral e sentimentos de paranóia e de ansiedade *in loco* em indivíduos paranóides, ansiosos sociais e nos controlos. Dado que, segundo o nosso conhecimento, não há estudos na literatura sobre a paranóia sub-clínica que usem este tipo de metodologia que é utilizada de forma consistente no estudo das emoções (Bradley e Lang, 1999), achamos que é importante analisar a presença de emoções negativas (e.g. irritação, desconforto, insegurança, etc.) *versus* positivas (e.g. alegria, serenidade, conforto, etc.) perante sons agradáveis *versus* desagradáveis e o respectivo impacto destes sons para o aumento dos índices de paranóia nos três grupos do estudo. Dada a complexidade das emoções nas doenças psicológicas de foro ansioso, a investigação nesta área utilizou medidas multi-dimensionais da emoção como, por exemplo, medidas de auto-resposta, fisiológicas e medidas comportamentais objectivas tais como o codificar de expressões faciais. O nosso estudo utiliza medidas de auto-resposta com o intuito de explorar o efeito de certas condições de sons nas emoções.

VII.1. Objectivos

O objectivo principal deste estudo é o de analisar as diferenças entre indivíduos paranóides *versus* indivíduos ansiosos sociais ao processarem estímulos auditivos de foro afectivo, distinguindo o tipo de impacto emocional desses estímulos para cada grupo de indivíduos de uma população não-clínica de estudantes universitários. Utilizou-se assim, o modelo de vulnerabilidade x *stress* ambiental que foi aplicado no estudo do afecto negativo e na previsão do aparecimento do humor depressogénico (*e.g.* Metalsky e colegas, 1993).

O nosso estudo pretende analisar a interacção entre o perfil psicológico (níveis de agressividade temperamental, predisposição alucinatória e tipo de afecto) do indivíduo paranóide *versus* o perfil psicológico do indivíduo ansioso social *versus* o do controlo, e a sujeição a condições experimentais negativas (três) compostas de diversos estímulos auditivos negativos (desagradáveis) que deverão induzir emoção negativa e *stress versus* uma condição positiva (relaxamento), composta por estímulos auditivos positivos (agradáveis), que, pelo contrário, deverão induzir emoções positivas, para a previsão da presença de ideação e sentimentos paranóides e de ansiedade, sintomas de depressão, *stress* e ainda das emoções e respectiva intensidade negativas *versus* positivas às condições experimentais.

Para além disso, esperamos encontrar no nosso estudo e de acordo com os dados de Freeman *et al.* (2008), um factor de vulnerabilidade, que é a predisposição para as experiências alucinatórias e uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos paranóides e os indivíduos ansiosos sociais para este factor, já que os indivíduos paranóides deverão apresentar, por um lado, níveis significativamente mais elevados de predisposição alucinatória, independentemente de estarem numa condição de *stress* ambiental, ou não, do que os indivíduos ansiosos sociais, que por sua vez, não deverão diferir dos paranóides, relativamente aos índices de ansiedade, pois esta é uma característica comum à paranóia e à fobia social (Freeman *et al.*, 2008).

À luz da teoria evolucionária (Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005) assume-se que o indivíduo na presença de uma situação social de preferência indutora de *stress* e nervosismo, ao processar estímulos sensoriais se estiver ansioso(a) irá ficar ainda mais ansioso, por outro lado, se o indivíduo não só estiver ansioso(a) mas também apresentar anomalias de percepção da experiência, irá provavelmente demonstrar ideação paranóide e sentimentos de suspeita. Mais, de acordo com a ideia de que a paranóia é um tipo de medo do dano físico e psicológico que os outros podem provocar no sujeito, espera-se que os indivíduos paranóides sejam especialmente sensíveis aos estímulos sonoros que indicam “transtorno” emocional (*distress*) como, por exemplo, o choro de uma mulher.

Por conseguinte, assume-se que este tipo de estímulo deve agir como um factor de “*stress*” que, por sua vez, active memórias afectivas em que o indivíduo relembra situações onde foi magoado(a), abusado(a), criticado(a), humilhado(a) ou negligenciado(a), já que se instauram humor e afecto negativos caracterizados por sentimentos de depressão e ideação paranóide como, por exemplo, o sentido de suspeita associado a esse tipo de ameaças (Gilbert, 2001 *a*). Por outro lado, os estímulos sonoros que indiciam uma possível ameaça como por exemplo, o ladrar de um cão (medo/ameaça) que provocam sentimentos de medo e ansiedade ou aqueles estímulos que, segundo se assume, activam o sistema de vigilância ao provocar “excitação” nervosa, levando, assim, a sentimentos de irritação, nervosismo e raiva como, por exemplo, o som de um relógio de alarme (raiva/irritação), deverão, por sua vez, activar respostas ansiosas e de medo. Logo, parte-se do pressuposto que estes estímulos são “primários” e um produto da

evolução humana, tendo um efeito “automático” e rápido levando a respostas emocionais de medo e ansiedade e a comportamentos de fuga, ao contrário dos outros estímulos que estarão associados a um processamento mais complexo e à activação de memórias traumáticas e sentimentos associados a um transtorno emocional negativo e à activação de esquemas paranóides.

As hipóteses deste estudo sugerem:

a) Diferenças estatisticamente significativas entre o grupo paranóide e ansioso social relativamente aos seus perfis psicológicos, nomeada e relativamente aos índices de agressividade temperamental e da predisposição para as experiências alucinatórias.

b) O impacto estatisticamente significativo dos sons negativos (desagradáveis) para o aumento dos níveis de ansiedade e de “paranóia geral” nos grupos do estudo *versus* o impacto dos sons positivos (agradáveis) para a descida significativa dos níveis de ansiedade e sentimentos de paranóia *in loco* nos grupos do estudo.

c) A interacção estatisticamente significativa entre as variáveis independentes “grupo” x “condição experimental” para a “paranóia geral” e para a presença e intensidade de emoções positivas *versus* negativas no tempo 2 (após a experiência).

d) Diferenças estatisticamente significativas entre o impacto das condições de sons negativos para os três grupos do estudo. Espera-se que a condição de sons negativos (transtorno/tristeza) apresente um aumento significativo da paranóia geral e de sentimentos de ansiedade e de paranóia *in loco* para o grupo de indivíduos paranóides e dos índices de psicopatologia para os três grupos, enquanto a condição de sons negativos (medo/ameaça) apresente um aumento significativo de paranóia geral, de índices de ansiedade-estado e de sentimentos de ansiedade e paranóia *in loco* no grupo de ansiedade social.

e) Os efeitos lineares directos e estatisticamente significativos das variáveis independentes “ansiedade-estado” (STAI) e da “predisposição para as alucinações” (LSHRS) para a “paranóia geral” (GPS) no tempo 2. Espera-se observar também uma interacção estatisticamente significativa entre as variáveis independentes “grupo” x “predisposição para as experiências alucinatórias” x “condição experimental de sons” para os índices de “paranóia geral” (GPS) (variável dependente) no tempo 2.

VII.2. Método

Constituição dos grupos do estudo

VII.2.1. Procedimento

Recrutaram-se 223 estudantes universitários das Universidades de Coimbra e do Porto para preencherem uma bateria de questionários de auto-resposta que mediam ideação paranóide sub-clínica, ansiedade social e sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Os investigadores explicavam verbalmente aos participantes que os questionários faziam parte de uma primeira fase de um estudo experimental e serviam o propósito de recrutamento e de selecção de estudantes para um estudo experimental que consistia em testar capacidades auditivas individuais. Era dito aos participantes que o processo de selecção tinha por base uma norma estatística aplicada às pontuações individuais nos questionários. A participação no estudo era voluntária e a confidencialidade dos dados era assegurada. Os estudantes que quisessem participar no estudo experimental davam o seu consentimento por escrito e era-lhes solicitado que dessem os seus contactos (e-mail ou número de telefone) de modo a que os investigadores os pudessem contactar caso fossem seleccionados para participarem na fase seguinte do estudo.

VII.2.1.1. Instrumentos para o recrutamento e constituição dos grupos experimentais

As versões Portuguesas da “General Paranoia Scale” (GPS) (Fenigstein & Venable, 1992); e da “Personal Experience of Paranoia Scale” (PEPS) (Ellet, Lopes e Chadwick, 2003) foram utilizadas para medir a ideação paranoide não-clínica (ver Combs, Penn, Chadwick, Trower, Michael e Basso, 2007). Deve-se notar que só se utilizaram os dados das primeiras três perguntas da PEPS que medem se os indivíduos apresentam, ou não, paranoia caracterizada pela crença da intenção propositada da malevolência dos outros contra eles(as). A GPS apresentou para este estudo um alpha de Cronbach de .93. Por outro lado, utilizaram-se a “Escala de Ansiedade e de Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social” (EAESDIS) (Pinto-Gouveia e colegas, 2003) e a versão Portuguesa do “Fear of Negative Evaluations” (FNE) (Watson e Friend, 1969; adaptada por Pinto-Gouveia e colegas, 1986) para medir comportamentos de ansiedade social. Ambas escalas apresentam alphas de Cronbach elevados para este estudo. A sub-escala de “ansiedade/transtorno” apresenta um alpha de Cronbach de .97 e a sub-escala de “evitamento” de .88 (EAESDIS) e a FNE apresenta um alpha de Cronbach de .92. Por fim, a versão Portuguesa da “Depression and Anxiety Stress Scales” (DASS-42, Lovibond e Lovibond, 1995; adaptada e traduzida por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004) foi utilizada com o intuito de, por um lado, medir a presença de sintomatologia depressiva, de ansiedade geral e de *stress* e, por outro, para controlar a presença e respectiva influência do humor negativo e depressogénico (alphas de Cronbach neste estudo para cada uma das dimensões da DASS estão de acordo com o que foi observado pelos autores da adaptação da escala ao contexto Português, sendo os seguintes: “depressão” .91; “ansiedade” .89 e “*stress*” .93).

VII.2.1.2. Características demográficas dos participantes

A maioria dos participantes era solteiro(a) (n= 219) 98.2% e só quatro participantes eram casados(as) (1.8%). A amostra era composta por mais mulheres (n= 197, 88.3%) do que homens (n= 26, 11.5%).

Do total da amostra, 111 participantes (49.9%) tinham 12 anos de escolaridade (equivalente ao 12º ano de escolaridade), 76 (34.1%) tinham 13 anos de escolaridade, 14 (6.3%) tinham catorze anos de escolaridade, 11 (4.9%) tinham 15 anos de escolaridade; 4 (1.8%) tinham 16 anos de escolaridade e ainda 3 (1.3%) participantes tinham 17 anos de escolaridade. Mais 2 participantes (0.9%) tinham 18 anos de escolaridade enquanto 1 participante (0.4%) tinha 20 anos de escolaridade e mais outro(a) (0.4%) tinha 21 anos de escolaridade. Logo, os dados sugerem que a maioria dos participantes tinha o 12º ano ou estava a frequentar o primeiro ano dos estudos universitários.

VII.2.1.3. Análise preliminar dos dados

A amostra recolhida para este estudo apresentava os seguintes dados para as variáveis de paranoia geral, ideação paranoide, ansiedade social e sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*: GPS (M= 43.87; DP= 10.963; valor mínimo= 21, máximo = 80: “Skewness” .364, “Kurtosis” 0.52); PC “frequência” (M= 29.57, DP= 15.590; valor mínimo = 18, máximo= 69: “Skewness” 1.426, “Kurtosis” 2.472); PC “convicção” (M= 36.14; DP= 15.108; valor mínimo= 18, máximo= 87: “Skewness” 1.538, “Kurtosis” 2.653); PC “transtorno/*distress*” (M= 22.99; DP= 15.762; valor mínimo= 0, máximo= 59: “Skewness” .320, “Kurtosis” -.876); EAESDIS “ansiedade/transtorno” (M= 94.21; DP= 20.567; valor mínimo= 44, máximo= 160: “Skewness” .368, “Kurtosis” -.097); EAESDIS “evitamento” (M= 82.49; DP= 18.902; valor mínimo = 44, máximo= 156: “Skewness” .693, “Kurtosis” .519); FNE (M=

95.70; DP= 15.590; valor mínimo = 50, máximo= 145: Skewness .464, Kurtosis 1.212) e finalmente DASS-42: “depressão” (M= 6.45, DP= 7.493, valor mínimo = 0, valor máximo= 34: “Skewness” 1.718, “Kurtosis” 2.825); DASS-42: “ansiedade” (M= 5.45; DP= 5.786, valor mínimo = 0, valor máximo= 31: “Skewness” 1.581, “Kurtosis” 2.467) e DASS-42: “stress” (M= 11.59; DP= 7.587; valor mínimo= 0, valor máximo= 36: “Skewness” .663, “Kurtosis”.074). Os resultados da análise preliminar dos dados sugerem que as pontuações da nossa amostra nos questionários apresentavam uma distribuição “normal”, por vezes, ligeiramente “enviesada” à esquerda. Acrescente-se que as médias do GPS e das dimensões da PC nesta amostra estão de acordo com o que foi observado não só no estudo anterior com outra amostra de estudantes Portugueses (GPS: M= 44; PC: médias 29, 37 e 23 para as dimensões de “frequência”, “convicção” e “transtorno”, respectivamente), como também em ambos os estudos de ansiedade social por Pinto-Gouveia, Cunha e Salvador (2003) (EAESDIS “ansiedade” M= 91.36; EAESDIS “evitamento” M= 84.23 e FNE M= 92.13 respectivamente) e de sintomatologia de foro afectivo numa amostra de estudantes Portugueses por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004) (DASS-42 “depressão” M= 6.00; “ansiedade” M= 5.74; “stress”= 12.34, respectivamente) (tabela 39).

Tabela 39. Médias e desvios-padrões da amostra geral nas medidas de paranóia, ansiedade social e psicopatologia

Variáveis	M	DP
GPS_total	43.87	10.963
PC_frequência	29.57	15.590
PC_convicção	36.18	15.108
PC_transtorno	22.99	15.762
EAESDIS_ansiedade/transtorno	94.21	20.567
EAESDIS_evitamento	82.49	18.902
FNE_total	95.70	15.590
DASS42_depressão	6.45	7.493
DASS42_ansiedade	5.45	5.786
DASS42_stress	11.59	7.587

GPS (versão Portuguesa da General Paranóia Scale); PC (versão Portuguesa da Paranóia Checklist); EAESDIS (Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações de Desempenho e Interação Social); FNE (versão Portuguesa da Fear of Negative Evaluations Scale); DASS42 (versão Portuguesa das Depression Anxiety Stress Scales)

Dos dados obtidos nos questionários elaboraram-se dois grupos experimentais diferentes e um grupo de controlo recorrendo ao *corte das médias*.

Grupo Paranóide (GP)

Da amostra total de 223 participantes, seleccionamos 51 (22.9%) participantes que acederam fazer parte do estudo e que apresentavam as pontuações mais elevadas na “GPS” versão Portuguesa ($GPS \geq 53$; $1+ DP$), sendo esta uma medida usada de forma consistente na literatura para medir ideação paranóide sub-clínica (Fenigstein & Vanable, 1992). As pontuações normativas e a média da “General Paranóia Scale” foram utilizadas com o intuito de determinar o corte das pontuações para a classificação deste grupo (ver Combs, Penn, & Fenigstein, 2002; Fenigstein & Vanable, 1992). Utilizou-se, assim, o procedimento de Combs e colegas (2007) ao usarmos o método estatístico de corte da média mais um desvio padrão da GPS. Todos os participantes, que apresentam uma pontuação igual ou acima de 53 na GPS, não só constituem o grupo paranóide deste estudo como é assumido que demonstrem crenças e *enviamentos* cognitivos, sociais e comportamentais semelhantes às que são observadas em indivíduos que sofrem de delírios persecutórios (Combs & Penn, 2004; Combs *et al.*, 2006; Fenigstein, 1997). Decidiu-se utilizar uma medida multi-dimensional da paranóia não-clínica, que apresentasse bons índices de consistência interna e de validade convergente, tendo em

conta o argumento de autores como Green, Freeman, Kuipers, Bebington, Fowler, Dunn & Garety (2007) que afirma que a GPS contém itens que não medem claramente a ideação persecutória, avaliando, pelo contrário, temas de cariz depressivo em vez da paranóia. Deste modo, utilizamos a versão Portuguesa da PC e das suas dimensões para medir a paranóia sub-clínica e conceder validade ao processo de recrutamento e selecção do grupo paranóide.

O grupo paranóide apresenta uma $M = 37.21$, $DP = 11.6212$ para a dimensão da “frequência” da ideação paranóide sub-clínica da PC; apresenta também uma $M = 43.84$, $DP = 13.9075$ para a dimensão da “convicção” da ideação paranóide sub-clínica da PC (numa escala cujas pontuações variam entre 18-90) e ainda uma $M = 32.19$, $DP = 15.353$ para a dimensão do “transtorno”/“*distress*” da ideação paranóide sub-clínica da PC (numa escala cujas pontuações variam entre 0-72). Estes resultados sugerem que em média os participantes do grupo paranóide apresentaram pontuações elevadas nas dimensões da PC. Os efeitos da sintomatologia de foro afectivo e do humor negativo foram controlados pela análise das pontuações na DASS-42. Este questionário mede sintomas correntes de depressão, ansiedade e *stress* e é usado de forma consistente na literatura com o intuito de avaliar o *stress* emocional (Allen *et al.*, 2005) em populações não-clínicas. Este grupo experimental apresentava as seguintes médias para as dimensões da DASS-42: “depressão” ($M = 11.94$, $DP = 9.6029$); “ansiedade” ($M = 8.94$, $DP = 7.3305$) e “*stress*” ($M = 15.78$; $DP = 7.658$). Embora estes valores sejam ligeiramente mais elevados do que aqueles obtidos numa amostra grande de estudantes por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004), não são suficientemente elevados para serem indicadores da presença de sintomatologia clínica de depressão e ansiedade, para além disso, todos os indivíduos deste grupo pontuavam abaixo dos 17 pontos nas dimensões de “depressão” e de “ansiedade” da DASS-42 (ver Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004). Do total de 51 participantes do grupo paranóide, 44 eram mulheres (86.3%) enquanto 7 eram homens (13.7%). A média de idades para este grupo era de $M = 20.43$; $DP = 4.6658$ e a média de anos de escolaridade era de $M = 13.19$, $DP = 1.844$, o que equivale ao 12º ano de escolaridade e ao frequentar nesse preciso momento, o primeiro ano dos estudos universitários (tabela 41). De acordo com o que foi observado por Freeman *et al.* (2005 *a*) numa amostra de estudantes Ingleses, as mulheres do nosso grupo paranóide apresentaram índices mais elevados de “transtorno” da ideação paranóide da PC ($M = 34.31$, $DP = 14.413$) do que os homens ($M = 18.85$, $DP = 15.323$), sendo a diferença entre os dois sexos estatisticamente significativa ($t(49) = -2.499$, $p = .038$). Por outro lado e também de acordo com os dados de Freeman e colegas (2005 *a*), não se registaram diferenças significativas entre os dois géneros relativamente às outras dimensões do PC; aos sintomas de depressão, ansiedade e *stress* da DASS-42; nos níveis de paranóia-traço (paranóia geral da GPS) e ainda em relação à idade, estado civil e aos anos de escolaridade.

Grupo de Ansiedade Social (GAS)

Da amostra total de 223 estudantes identificamos 51 (22.9%) participantes que acederam fazer parte do estudo e que apresentavam pontuações elevadas tanto na dimensão de “ansiedade/transtorno” da EAESDIS (EAESDIS “ansiedade/transtorno” >115) como na dimensão de “evitamento” (EAESDIS “evitamento” >105) e ainda na FNE (pontuação total na FNE > 110). A EAESDIS é uma medida usada de forma consistente para avaliar a ansiedade social e os cortes das pontuações para cada uma das dimensões foram retirados do estudo de Pinto-Gouveia e colegas (2003), que por sua vez, demonstrou a validade deste método de corte de médias para distinguir os ansiosos sociais de outros indivíduos numa população “normal” (Pinto-Gouveia, Cunha, Salvador, 2003).

Deste modo, os participantes que pontuam acima dessas pontuações de corte, demonstram padrões cognitivos, emocionais e comportamentais similares aos que são apresentados por indivíduos que sofrem de fobia social a nível clínico (Pinto-Gouveia *et al.* 2003). Dado a paranóia ser comórbida com a ansiedade social, todos os indivíduos do grupo de ansiedade social teriam que pontuar abaixo da média da amostra total de 44 na GPS (<44). Utilizou-se assim a média da GPS da amostra geral, com o intuito de diferenciar indivíduos paranóides dos ansiosos sociais. Deste modo, o grupo de ansiedade social apresentava uma média inferior ($M= 43.04$, $DP= 7.209$) tanto à da amostra geral ($M= 44$) como à do grupo paranóide ($M= 57.52$). O grupo de ansiedade social apresentou uma média de idades de $M= 19.60$; $DP= 3.572$ e ainda uma média de anos de escolaridade de $M= 12.82$, $DP= 1.5607$, o que equivale ao 12º ano (tabela 41). O humor depressivo e ansioso era controlado pelas pontuações da DASS-42. Este grupo apresentava as seguintes médias para as dimensões da DASS-42: “depressão” ($M= 7.62$, $DP= 7.3210$); “ansiedade” ($M= 6.19$; $DP= 4.8125$) e “stress” ($M= 13.11$; $DP= 6.8107$). Estas pontuações eram semelhantes às obtidas por Pais-Ribeiro e colegas (2004) e, tal como seria de esperar dadas as características fóbicas sociais deste grupo, a pontuação da “ansiedade” era ligeiramente mais elevada do que foi observado na amostra de Pais-Ribeiro e colegas (2004). No entanto, todos os indivíduos deste grupo apresentaram pontuações abaixo dos 14 para cada uma das dimensões da DASS-42, não apresentando, assim, sintomatologia clínica de depressão (ver Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004).

Este grupo apresentava uma predominância de indivíduos de sexo feminino $n= 46$ (90.2%) em relação aos indivíduos de sexo masculino, que eram só 5 (9.8%) (tabela 41). Registaram-se diferenças significativas entre os sexos para as duas dimensões da EAESDIS: ansiedade e evitamento (Pinto-Gouveia *et al.*, 2003). As mulheres apresentaram índices mais elevados de “ansiedade/transtorno” das situações sociais da EAESDIS ($M= 110.34$, $DP= 14.920$) do que os homens ($M= 81.20$; $DP= 8.497$), sendo a diferença entre os dois sexos estatisticamente significativa $t(49)= 6.638$, $p<.001$. Mais, as mulheres também apresentaram índices mais elevados de “evitamento” ($M= 92.84$, $DP= 17.087$) das situações sociais da EAESDIS do que os homens ($M= 72.60$; $DP= 7.021$), sendo a diferença entre os dois sexos estatisticamente significativa $t(49)= 5.029$, $p<.001$. Por outro lado, não se registaram para este grupo diferenças estatisticamente significativas entre os sexos em relação às idades, anos de escolaridade, estado civil, paranóia geral (GPS) e à sintomatologia depressiva, ansiosa e de stress (DASS-42).

Grupo de Controlo (GC)

Da amostra total de 223 participantes, seleccionamos 117 (52.46%) estudantes que apresentavam as pontuações mais baixas nas versões Portuguesas da GPS; na EAESDIS (sub-escalas de ansiedade/transtorno e evitamento); FNE e DASS-42. Deste grupo de 117 estudantes, só 51 (22.9%) acederam participar no estudo experimental. O grupo de controlo apresentou uma média de idades de $M= 19.50$, $DP= 1.759$ e uma média de anos de escolaridade de $M= 12.96$, $DP= .9583$. Utilizaram-se as médias da amostra geral, de modo a controlar os índices de paranóia, ansiedade social e de sintomatologia depressiva neste grupo. O grupo de controlo apresentava assim médias abaixo dos <33 na GPS ($M= 31.72$, $DP= 5.087$); abaixo dos <80 EAESDIS “ansiedade” e “evitamento” ($M= 69.74$ $DP= 15.873$ e $M= 69.41$, $DP= 13.235$) e ainda médias abaixo de <90 no FNE ($M= 84.29$, $DP= 11.689$). O grupo de controlo também apresentava médias abaixo dos <10 para a “depressão” ($M= 1.50$, $SD= 2.292$); “ansiedade” ($M= 1.64$, $SD= 1.874$) e “stress” ($M= 5.84$, $SD= 4.605$) respectivamente. Todos os par-

Tabela 41. Características gerais do Grupo de Controlo

Grupo Controlo (N= 51)	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Idade	7	13.7	44	86.3	51	100
18-21	5	71.5	42	95.4	47	92.2
22-25	2	28.6	1	2.3	3	5.9
26-29	0	0	1	2.3	1	2.0
Anos de Escolaridade						
≤13	5	71.4	38	86.4	43	84.3
14	0	0	4	9.1	4	7.8
15	1	14.3	1	2.3	2	3.9
16	1	14.3	1	2.3	2	3.9
Estado Civil						
Solteiro	7	100	42	45.5	49	96.1
Casado	0	0	2	4.5	2	3.9
	M	DP	M	DP	t	p
Idade	21.00	2.000	19.27	1.619	2.174	.065
Anos de Escolaridade	13.57	1.397	12.86	.852	1.302	.236

VII.2.1.4. Diferenças entre os grupos

Não se registaram diferenças significativas entre os três grupos tanto para as idades ($F(2,152) = 1.042, p = .355$) como para os anos de escolaridade ($F(2,152) = .852, p = .44$) e ainda no rácio de mulheres: homens ($\chi^2(1,151) = .421, p = .810$). Todos os grupos eram compostos por mais mulheres do que homens em proporções semelhantes. Para além disso, também não se registou uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos relativamente ao estado civil, visto que todos os três grupos apresentaram uma predominância significativa de indivíduos solteiros(as) ($\chi^2(1,152) = 137.41, p < .001$).

VII.2.1.4. Procedimento do estudo experimental

Os participantes, que foram previamente seleccionados, foram contactados durante o período de duas semanas por *email* e telefone para estarem presentes numa sessão de esclarecimento sobre o estudo experimental. Na sessão de esclarecimento, explicou-se verbalmente aos participantes que o estudo experimental tinha como intuito analisar as capacidades auditivas dos estudantes universitários. O mesmo consistia em ouvir conjuntos de sons que ocorrem naturalmente no meio ambiente. Os participantes recebiam um formulário de consentimento que tinham que assinar e a confidencialidade dos dados era assegurada. Após os participantes consentirem participar na experiência, era-lhes solicitado que preenchessem uma bateria de questionários pré-sessões experimentais. Deve-se referir que esta bateria de questionários pré-experiência foi preenchida exactamente uma semana antes das sessões experimentais começarem.

Questionários do Tempo 1 (pré-experiência - uma semana antes da experiência)

A bateria de questionários do tempo 1 era composta por um questionário que pela versão Portuguesa da “General Paranóia Scale” (GPS) (Fenigstein e Venable, 1992; traduzida e adaptada por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*) que mede índices de paranóia geral normalmente definidos como sendo uma tendência para a paranóia e que apresentou no nosso estudo uma boa consistência interna ($\alpha = 0.90$); a versão Portuguesa da “State Anxiety

Trait Inventory” (STAI) (Spielberger, Gorusch, Lushene, Vagg and Jacobs, 1983; “Inventário de Ansiedade-Estado/Traço”; tradução e adaptação de Ponciano, E.) que mede níveis de ansiedade tanto temperamental como de estado (*in loco*) (“ansiedade-estado *versus* traço”); a versão Portuguesa do “Aggression Questionnaire” (AQ) (Buss e Perry, 1992; traduzido e adaptado por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*), um questionário que mede as componentes comportamentais da raiva, atitudes e tendências agressivas, apresentando bons índices de consistência interna no nosso estudo para as suas sub-escalas: alphas de Cronbach de .84 “agressão física”; .69 “agressão verbal”; .80 “raiva” e .81 “hostilidade” e a versão Portuguesa da “Positive Negative Affect Schedule” (PANAS) (Watson, Clark e Tellegen, 1998; traduzida e adaptada por Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J., 2005), que mede dois tipos de afecto ortogonais. Esta escala apresentou neste estudo uma boa consistência interna ($\alpha = .91$ para a dimensão do afecto positivo e .86 para a dimensão do afecto negativo).

Os participantes tinham que preencher também a versão Portuguesa do “Launay Slade Revised Hallucination Scale” (LSHRS) (Morrison, Wells e Nothard, 2000; traduzida e adaptada por Lopes, B. e Pinto-Gouveia, J., *em preparação*) que é composta por 12 itens que medem a predisposição para experiências alucinatórias (alucinações visuais, olfactivas, auditivas, etc.) em indivíduos “normais” ao avaliar a frequência de fenómenos alucinatórios de cariz ambos psicopatológico (*e.g.* “Já ouvi a voz do Diabo”) e sub-clínico (*e.g.* “Os sons que eu ouço ao *sonhar acordado* são geralmente claros e distintos”). Os respondentes têm que indicar a frequência das alucinações numa escala de resposta Likert de quatro pontos (1 = nunca, 2 = às vezes, 3 = muitas vezes, 4 = sempre; Morrison, Wells, & Nothard, 2000). A pontuação mínima para esta escala é de 12 e a máxima de 48. As pontuações elevadas indiciam uma frequência maior de experiências alucinatórias e delirantes no dia à dia. Esta escala é usada de forma consistente na investigação da paranóia sub-clínica para medir experiências alucinatórias, especialmente, de tipo auditivo em indivíduos “normais” (Allen, Freeman, McGuire, Garety, Kuipers, Fowler, Bebbington, Green, Dunn & Ray, 2005). Esta escala apresentou no nosso estudo uma boa consistência interna ($\alpha = .91$).

VII.2.1.5. Design da experiência

Utilizou-se um *design* experimental semelhante ao do estudo de sons por Stevenson e James (2008) e ao estudo por Redondo, Fraga, Padrón & Piñeiro (2008). Deste modo, o nosso estudo apresenta um *design quasi*-experimental que é caracterizado por condições experimentais que são semelhantes às situações do dia-a-dia e que tentam replicar as condições do meio ambiente, ao usarem sons que ocorrem na natureza e que fazem parte de um conjunto de materiais sonoros validado universalmente, conhecido por IADS (“*International Affective Digitalized Sounds*”, Bradley e Lang, 1999b).

Primeiro que tudo seleccionaram-se para este estudo, dos blocos estandardizados de 37 sons utilizados por Redondo e colegas (2008) na sua experiência, um total de 32 sons. Utilizaram-se 8 sons para cada um dos quatro blocos de sons diferentes. Estes quatro blocos de sons foram categorizados e divididos segundo a dimensão da *valência* (agradável *versus* desagradável) em três blocos de *sons negativos* diferentes (desagradáveis): *raiva/irritação* (*e.g.* ruído de um alarme) *vs.* *medo/ameaça* (*e.g.* grito de uma mulher) *vs.* *tristeza/transtorno* (*e.g.* choro de uma mulher) *versus* um bloco de *sons positivos* (agradáveis): *alegria/calma* (*e.g.* sons de ondas do mar). Duas pessoas independentes e alheias ao propósito da investigação ouviram cada som e categorizaram-no segundo a valência positiva *versus* negativa. A concordância entre as respostas era alta, visto que o índice de fiabilidade apresentou um kappa .98.

As sessões experimentais eram programadas com o software Superlab-Pro (Abboud & Sugar, 1997), com o intuito de automatizar o procedimento de apresentação dos sons. Este software controla não só a apresentação no computador das instruções da experiência e dos sons de treino, assim como a apresentação dos sons da experiência através dos auscultadores. No nosso estudo, a duração de cada som era maior do que a duração apresentada no estudo dos sons de Bradley and Lang (1999b) (6 segundos para cada som). Por conseguinte, o nosso estudo apresentava uma duração de 60 segundos para todos os sons, sendo estes apresentados com o volume no máximo. Deve-se notar que, antes dos participantes começarem a experiência, ouviram três sons diferentes para praticarem. Não demonstraram dificuldades de audição. Após esta sessão de treino que teve o intuito de verificar se os participantes ouviam claramente os sons que lhes eram apresentados, passou-se à experiência propriamente dita.

Cada uma das sessões experimentais era composta por um grupo seleccionado à sorte de 15 participantes que se sentavam em frente ao ecrã do computador e era-lhes solicitado que lessem as instruções, que treinassem a audição ao ouvirem três sons diferentes e depois que relatassem por escrito a qualidade do som e eventuais dificuldades de percepção. Caso não houvessem dúvidas sobre as instruções e dificuldades de percepção auditiva, era dado início à sessão experimental propriamente dita. Antes da apresentação dos sons, os participantes tinham que preencher vinhetas visuais analógicas que medem a intensidade no presente momento da ansiedade e de sentimentos paranóides: “o quanto é que se sente ansioso(a) neste preciso momento?”; “o quanto é que acha que os outros estão a tentar prejudicá-lo (a) neste preciso momento no seu desempenho, ou a tentar diminuí-lo(a) ou humilhá-lo(a)?” (escala de Likert de resposta: 1= nada a 10= muito). Depois de preencherem as vinhetas visuais analógicas, era solicitado aos participantes que prestassem atenção e que se concentrassem pois a apresentação dos sons iria começar. Sendo assim, dá-se início à apresentação aleatória de um dos blocos de 8 sons de valência negativa ou positiva. Após a apresentação dos sons era solicitado aos participantes que preenchessem uma bateria de medidas que analisavam o impacto emocional dos sons e a presença de sentimentos ansiosos e paranóides. Deste modo, os participantes tinham que classificar:

a) 40 adjectivos (20 de dimensão afectiva positiva *versus* 20 de dimensão afectiva negativa) numa escala da *presença e respectiva intensidade emocional* de 0-3 (0= nada, 1= um pouco, 2= bastante, 3= extremamente), considerando que o valor mínimo nesta escala é de 0 e o máximo de 60 e as pontuações mais elevadas indicam a presença ou de emoções positivas *versus* negativas associadas a um nível mais elevado de intensidade das respectivas emoções; (deve-se notar que neste estudo as emoções positivas referem-se a estados e comportamentos afectivos positivos, como por exemplo, a curiosidade, concentração e alegria, enquanto as negativas se referem a estados e comportamentos afectivos negativos, como por exemplo, o tédio, desconcentração, tristeza, etc.; ver Bradley e Lang, 2000).

b) 6 adjectivos sobre a activação ($n= 3$) *versus* a desactivação ($n= 3$) do sistema nervoso simpático numa escala da dimensão da “excitação” (*arousal*) de 0 a 3 (0= nada, 1= um pouco, 2= bastante, 3= extremamente)

c) indicar a presença *in loco* de sensações subjectivas, sendo essas caracterizadas por 11 sintomas de ansiedade geral (*e.g.* suar, tremor de mãos e dores de cabeça) *versus* 2 indicadores fisiológicos de relaxamento e calma (*e.g.* músculo) numa escala de resposta categórica e dicotómica: “sim” *versus* “não”.

Solicitava-se aos participantes que voltassem a preencher as mesmas escalas visuais analógicas que foram apresentadas antes da apresentação dos sons e que medem os sentimentos de ansiedade e de paranóia após as sessões experimentais.

Por fim, era solicitado aos participantes que preenchessem uma bateria reduzida de questionários:.

Questionários do tempo 2 (após a experiência)

A bateria de questionários *a posteriori* das sessões experimentais era composta pela versão Portuguesa da GPS que mede índices de “paranóia geral” sub-clínica; pelo DASS-42 que mede níveis de sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress* e pelo STAI, que mede “ansiedade-estado e traço”. Cada sessão experimental tinha a duração de cerca de 45 minutos. No final das sessões, os investigadores explicavam oralmente quais eram os objectivos do estudo e esclareciam as dúvidas que pudessem existir, agradecendo a participação.

210

VII.3. Resultados

As médias e desvios padrões para cada grupo são apresentadas no quadro 1. Todas as medidas demonstram níveis aceitáveis de “Kurtosis” e “Skewness” (i.e valores entre +/-1).

VII.3.1. Diferenças entre os grupos relativamente aos factores de “vulnerabilidade” psicológica

VII.3.1.1. Paranóia geral e a paranóia multi-dimensional: frequência, convicção e transtorno da ideação paranóide sub-clínica

Fizeram-se ANOVAS “one-way” com o intuito de testar as diferenças entre os grupos para as medidas do tempo 1 (pré-experiência). Como seria de esperar, os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas entre o grupo paranóide (GP), o grupo de ansiedade social (GAS) e o grupo de controlo (GC), em primeiro lugar em relação aos níveis de paranóia geral medida pela GPS no tempo 1 (pré-experiência) $F(2,152) = 162.196$, $p < .001$. Testes Post-Hoc Tukey HSD demonstram que o GP apresentou níveis mais elevados de paranóia geral (GPS) no tempo 1 (pré-experiência) do que ambos o GAS e o GC, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos de “paranóia geral” ($M = 57.52$, $DP = 8.875$ vs. $M = 43.03$, $DP = 7.290$ vs. $M = 31.72$, $DP = 5.0875$ respectivamente). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para a “paranóia geral” ($t = 14.49020$, $p < .001$ e $t = 25.80392$, $p < .001$). O GAS apresenta também níveis significativamente mais elevados de “paranóia geral” do que o GC ($t = 11.31373$, $p < .001$) (tabela 42).

Em suporte destes resultados, ANOVAS “one-way” demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos relativamente aos índices das dimensões da paranóia sub-clínica medida pela PC: a “frequência” da ideação paranóide ($F(2,152) = 36.784$, $p < .001$); o grau de “convicção” da ideação paranóide ($F(2,152) = 16.851$, $p < .001$) e o grau de “transtorno” da ideação paranóide ($F(2,152) = 25.554$, $p < .001$). Fizeram-se testes Post-Hoc Tukey HSD com o intuito de analisar quais eram os grupos que diferiam entre si e em quais dimensões da PC. Deste modo, tal como seria de esperar, o GP apresentou as pontuações mais elevadas da “frequência” da ideação paranóide da PC do que ambos o GAS e o GC, que por sua vez, apresentou as pontuações mais baixas ($M = 37.21$, $DP = 11.621$ vs. $M = 29.66$, $DP = 7.078$ vs. $M = 22.21$, $DP = 6.986$). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para a dimensão da “frequência” da ideação paranóide da PC

($t= 7.54902$, $p<.001$ e $t= 15.0000$, $p<.001$). O GP demonstrou também as pontuações mais elevadas da “convicção” da ideação paranóide da PC do que ambos o GAS e o GC, que por sua vez apresentou as pontuações mais baixas ($M= 43.84$, $DP= 13.970$ vs. $M= 37.03$, $DP= 13.009$ vs. $M= 27.76$, $DP= 15.067$). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para a dimensão da “convicção” da ideação paranóide da PC ($t= 6.80392$, $p<.050$, $t= 16.07843$, $p<.001$). Por fim, o GP demonstrou, por um lado, as pontuações mais elevadas do “transtorno”/“*distress*” da ideação paranóide da PC do que o GC ($M= 32.19$, $DP= 15.353$ vs. $M= 12.11$, $DP= 14.475$), visto que a diferença entre estes dois grupos era estatisticamente significativa ($t= 20.07843$, $p<.001$). Por outro lado, o GP não apresentou diferenças estatisticamente significativas nas pontuações da dimensão do “transtorno” da PC em relação ao GAS ($M= 26.71$, $DP= 4.148$) ($t= 5.45098$, $p= .149$). Por sua vez, o GAS apresentou pontuações significativamente mais elevadas do que o GC para todas as dimensões da ideação paranóide medida pela PC: “frequência” ($t= 7.45098$, $p<.001$); “convicção” ($t= 9.27451$, $p<.005$) e “transtorno” ($t= 14.62745$, $p<.001$) (tabela 42).

Concluindo, o grupo paranóide (GP) demonstrou os níveis mais elevados de paranóia geral (GPS) assim como os índices mais elevados da frequência, convicção e do transtorno da ideação paranóide sub-clínica (PC), seguido pelo grupo de ansiedade social (GAS). Este resultado está de acordo com o argumento de Freeman (2007) que afirma que a paranóia sub-clínica e a ansiedade social partilham características em comum, tais como, a sensibilidade interpessoal e o medo do que os outros pensam. Por outro lado, o grupo de controlo (GC), tal como seria de esperar, demonstrou os níveis mais baixos de paranóia geral assim como da frequência, convicção, e do transtorno dos pensamentos paranóides.

VII.3.1.2. Psicopatologia (depressão, ansiedade e stress)

Fizeram-se ANOVAS “one-way” com o intuito de analisar as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para as dimensões de sintomatologia da DASS-42: depressão, ansiedade e *stress*, para o tempo 1 (pré-experiência). Os resultados demonstraram que os grupos diferiam significativamente entre si em relação aos níveis de “depressão” no tempo 1 ($F(2,152)= 27.826$, $p<.001$); aos níveis de “ansiedade” no tempo 1 ($F(2,152)= 25.824$, $p<.001$) e aos níveis de “*stress*” no tempo 1 ($F(2,152)= 32.085$, $p<.001$). Testes Post-Hoc Tukey HSD demonstraram, assim, que o GP apresentou níveis mais elevados de “depressão” e de “ansiedade” (DASS-42) no tempo 1 ($M= 11.94$, $DP= 9.602$ e $M= 8.94$, $DP= 7.330$) do que ambos o GAS ($M= 7.26$, $DP= 7.321$ e $M= 6.19$, $DP= 4.812$) e o GC, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa ($M= 1.50$, $DP= 2.2923$ e $M= 1.64$, $DP= 1.8742$) (tabela 42). As diferenças entre o GP e o GAS eram estatisticamente significativas ($t= 4.31373$, $p<.005$ para a “depressão” e $t= 2.74510$, $p<.030$ para a “ansiedade”). Para além disso, as diferenças entre o GP e o GC também eram estatisticamente significativas ($t= 10.43137$, $p<.001$ para a “depressão” e $t= 7.29412$, $p<.001$ for para a “ansiedade”). O GP demonstrou níveis mais elevados de “*stress*” (DASS-42) no tempo 1 do que o GAS ($M= 15.78$, $DP= 7.658$ vs. $M= 13.11$, $DP= 6.801$), embora a diferença entre os dois grupos não seja estatisticamente significativa ($t= 2.66667$, $p= .098$). No entanto, o GP apresentou mais elevados de “*stress*” no tempo 1 do que o GC ($M= 5.84$, $DP= 4.6059$), sendo a diferença entre estes dois grupos estatisticamente significativa ($t= 7.27451$, $p<.001$). Para além disso, como seria de esperar, o GAS, por sua vez, apresentou níveis significativamente mais elevados de “depressão” ($t= 6.11765$, $p<.001$), “ansiedade” ($t= 4.54092$, $p<.001$) e “*stress*” ($t=$

7.27451, $p < .001$) no tempo 1 do que o GC. Isto, quer dizer que, os grupos experimentais apresentaram índices mais elevados de sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress* que o grupo de controlo. Em conclusão, o grupo paranóide (GP) apresentou os índices mais elevados de psicopatologia de foro afectivo, tais como, sintomas de depressão e de ansiedade e particularmente mais sintomas de *stress* do que o grupo de ansiedade social (GAS).

VII.3.1.3. Ansiedade (estado e traço)

Fizeram-se ANOVAS “one-way” de modo a explorar as diferenças entre os grupos para as dimensões de “ansiedade-estado e traço” (STAI) no tempo 1. Os resultados demonstram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do estudo para a “ansiedade-estado” (STAI) t no tempo 1 ($F(2,152) = 18.510, p < .001$) e para a “ansiedade-traço” (STAI) no tempo 1 ($F(2,152) = 37.842, p < .001$). Testes Post-Hoc Tukey HSD demonstram que o GP apresentou índices mais elevados de ambas “ansiedade-estado” e “ansiedade-traço” (STAI) no tempo 1 ($M = 38.19, DP = 10.457$ e $M = 47.27, DP = 8.311$) do que o GC, que por sua vez, apresentou os índices mais baixos dos dois tipos de ansiedade ($M = 28.66, DP = 5.972$ e $M = 36.29, DP = 5.397$) (tabela 42). As diferenças entre o GP e o GC para a “ansiedade-estado” e a “ansiedade-traço” eram estatisticamente significativas ($t = 9.52941, p < .001$ para a “ansiedade-estado” e $t = 10.98039, p < .001$ para a “ansiedade-traço”, respectivamente). Em suporte do argumento de Freeman (2007), não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre o GP e o GAS para os níveis de “ansiedade-estado” e de “ansiedade-traço” no tempo 1 ($M = 35.64, DP = 7.493$ e $M = 45.84, DP = 6.771$) ($t = 2.54902, p = .261$ para a “ansiedade-estado” $t = 1.431437, p = .551$ para a “ansiedade-traço”, respectivamente). Por outro lado, o GAS apresentou níveis significativamente mais elevados de “ansiedade-estado” e de “ansiedade-traço” no tempo 1 que o GC ($t = 6.98039, p < .001$ e $t = 9.54902, p < .001$ respectivamente). Logo, os resultados sugerem e de acordo com o argumento de Freeman (2007), dando suporte à hipótese b) deste estudo, que a paranóia sub-clínica está associada a traços e sentimentos de ansiedade, pois ambos os grupos experimentais, o grupo paranóide e o de ansiedade social, apresentaram as pontuações mais elevadas da “ansiedade-estado e traço”, enquanto o grupo de controlo apresentou as pontuações mais baixas.

VII.3.1.4. Sentimentos ansiosos e ideação paranóide das vinhetas visuais analógicas no tempo 1

Dois testes de ANOVA “one way” apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do estudo para os sentimentos ansiosos $F(2,152) = 70.705, p < .001$ e para os sentimentos e ideação paranóide nas vinhetas visuais analógicas pré-experiência ($F(2,152) = 135.766, p < .001$). Testes Post Hoc Tukey HSD revelaram por um lado, que o GP apresentou níveis mais elevados de sentimentos e ideação paranóide nas vinhetas visuais analógicas pré-experiência ($M = 4.23, DP = 2.462$) do que o GAS ($M = .078, DP = .5601$) e do que o GC ($M = .078, DP = .3372$), sendo as diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC estatisticamente significativas ($t = 4.15686, p < .001$ para os dois grupos respectivamente). Por outro lado, o GAS apresentou níveis mais elevados de sentimentos ansiosos *in loco* nas vinhetas visuais analógicas pré-experiência ($M = 4.98, DP = .7871$) do que o GP ($M = 2.47, DP = 2.138$) e do que o GC, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos ($M = 1.43, DP = 1.417$) (tabela 42). As diferenças entre o GAS e o GP e entre o GAS e o GC eram estatisticamente significativas ($t = 2.50980, p < .001$ e $t = 3.54902, p < .001$ respectivamente). O GP também apre-

sentava níveis significativamente mais elevados de ansiedade *in loco* pré-experiência que o GC ($t= 1.03922$, $p= .003$). Os resultados sugerem então que o GP apresentou significativamente mais ideação paranóide *in loco* do que o GAS e o GC, que não diferiam entre si. Por outro lado, o GAS apresentou significativamente mais ansiedade *in loco* do que o GP e do que o GC.

Tabela 42. Médias e respectivos desvios padrões dos grupos do estudo para as variáveis da idade, anos escolaridade, ideação paranóide (PC), medo de avaliação negativa (FNE), paranóia geral (GPS), ansiedade estado e traço (STAI) e psicopatologia (DASS42) no tempo1

Variáveis	Grupo Paranóide N= 51		Grupo Ansioso Social N= 51		Grupo de Controlo N= 51	
	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	20.43	4.665	19.60	3.752	19.50	1.759
Anos de Escolaridade	13.19	1.844	12.82	1.506	12.96	.958
PC_Freq	37.21	11.621	29.66	7.078	22.21	6.986
PC_Conv	43.84	13.970	37.03	13.009	27.76	15.067
PC_Trans	32.19	15.353	26.74	14.148	12.11	14.475
FNE	100.09	16.279	108.45	13.705	84.29	11.689
STAI_ans_est_t1	38.19	10.457	35.64	7.493	28.66	5.972
STAI_ans_tr_t1	47.27	8.311	45.84	6.771	36.29	5.397
GPS_total_t1	57.52	8.875	43.03	7.290	31.72	5.088
DASS42_depre_t1	11.94	9.602	7.26	7.321	1.50	2.292
DASS42_ans_t1	8.94	7.330	6.19	4.812	1.64	1.874
DASS42_stre_t1	15.78	7.658	13.11	6.801	5.84	4.606
Vinheta_ansiedade_t1	2.47	2.138	4.98	.787	1.43	1.418
Vinheta_paranóia_t1	4.23	2.462	.08	.506	.08	.337

PC (versão Portuguesa da “Paranóia Checklist); Freq (dimensão da frequência); Conv (dimensão da convicção) e Trans (dimensão do transtorno); FNE (versão Portuguesa do “Medo das avaliações negativas” - Fear of Negative Evaluations); STAI_ans_est_t1 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade-estado no tempo 1); STAI_ans_tr_t1 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade traço nos tempos 1 e 2); GPS_total_t1 e (versão Portuguesa da “General Paranóia Scale”: pontuação total da “paranóia geral”no tempo 1); DASS_depre_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da depressão no tempo 1); DASS42_ans_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da ansiedade no tempo 1); DASS42_stre_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total do stress no tempo 1); Vinheta_ansiedade_t1 (sentimentos de ansiedade pré-experiência nas vinhetas visuais analógicas); Vinheta_paranóia_t1 (sentimentos e ideação paranóide pré-experiência nas vinhetas visuais analógicas).

VII.3.1.5. Traços, atitudes e comportamentos agressivos

Realizaram-se ANOVAS “one-way” para testar as diferenças entre os grupos para o total das pontuações do questionário da agressividade (AQ) e para as suas dimensões (agressão física, agressão verbal, raiva e hostilidade). Os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do estudo para o total da pontuação da agressividade temperamental (AQ) ($F(2,152)= 121.872$, $p<.001$) assim como para as dimensões da agressividade temperamental do AQ: “agressão física” ($F(2,152)= 53.174$, $p<.001$); “agressão verbal” ($F(2,152)= 53.127$, $p<.001$); “raiva” ($F(2,152)= 134.956$, $p<.001$) e “hostilidade” ($F(2,152)= 155.863$, $p<.001$). Testes Post Hoc Tukey HSD demonstraram que, como seria de esperar, o GP apresentou uma pontuação total da agressividade temperamental (AQ) mais elevada do que ambos o GAS e o GC, que por sua vez, apresentou a pontuação total de agressividade temperamental mais baixa ($M= 72.43$, $DP= 17.836$ vs. $M= 44.90$, $DP= 6.293$, vs. $M= 39.29$, $DP= 6.0968$) (tabela 43). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para a agressividade temperamental ($t= 27.5291$, $p<.001$; $t= 33.13725$, $p<.001$). O GAS, por sua vez, apresentou uma pontuação total de agressividade (AQ) significativamente mais elevada do que o GC ($t= 5.06784$, $p= .039$). Relativamente às

dimensões da agressividade temperamental do AQ, observou-se que o GP demonstrou níveis mais elevados de “agressão física” que ambos o GAS e o GC, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos ($M= 15.25, DP= 3.434$ vs. $M= 11.47, DP= 3.1327$ vs. $M= 9.84, DP= .75822$) (tabela 43). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para a “agressão física” ($t= 3.78431, p<.001$ e $t = 5.41176, p<.001$). Mais, o GP apresentou níveis significativamente mais elevados de “agressão verbal” do que ambos o GC e o GAS, que por sua vez e pela primeira vez, apresentou os níveis mais baixos ($M= 13.21, DP= 3.294$ vs. $M= 10.72, DP= 4.023$ vs. $M= 7.01, DP= .98975$) (tabela 43). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para a “agressão verbal” ($t= 6.19608, p<.001$ e $t= 2.49020, p<.001$, respectivamente). O GP apresentou níveis mais elevados de “raiva” do que ambos o GAS e o GC, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos ($M= 18.86, DP= 4.238$ vs. $M= 13.25, DP= 2.0961$ vs. $M= 9.29, DP= 1.9625$) (tabela 43). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para a “raiva” ($t= 5.60784, p<.001$ e $t= 9.56863, p<.001$, respectivamente). Por fim, o GP apresentou níveis significativamente mais elevados de “hostilidade” do que o GAS e do que o GC, que mais uma vez, apresentou os níveis mais baixos ($M= 25.09, DP= 7.795$ vs. $M= 13.15, DP= 1.7705$ vs. $M= 9.43, DP= 1.3602$) (tabela 43). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC eram estatisticamente significativas para a “hostilidade” ($t= 11.94118, p<.001$ e $t= 15.66667, p<.001$). O GAS, por sua vez, demonstrou níveis significativamente mais elevados de “agressão física” ($t= 1.62745, p= .008$), de “raiva” ($t= 3.96078, p<.001$) e de “hostilidade” ($t= 3.72549, p<.001$) do que o GC, embora as diferenças entre o grupo de ansiedade social (GAS) e o grupo de controlo (GC) para as dimensões da agressividade temperamental não sejam tão significativas como entre o grupo paranóide (GP) e os controlos. Por fim, o grupo de controlo apresentou níveis significativamente mais elevados de “agressão verbal” (AQ) do que o GAS ($t= 3.70588, p<.001$). Os resultados concedem suporte à hipótese a) deste estudo ao sugerir que o grupo paranóide apresenta mais agressividade temperamental, ou seja, uma tendência para apresentar sentimentos de raiva; demonstrar atitudes agressivas (hostilidade) e mostrar comportamentos agressivos (agressão física e verbal) que o grupo de ansiedade social. Por sua vez, o grupo de ansiedade social parece ser mais agressivo fisicamente e mais hostil mas menos agressivo verbalmente do que o grupo de controlo.

VII.3.1.6. Predisposição para as alucinações e estados afectivos

Fizeram-se ANOVAS “one-way” para analisar as diferenças entre os grupos deste estudo em relação à tendência ou predisposição para as alucinações (LSHRS) e aos estados afectivos (PANAS). Os resultados apresentam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos do estudo para a predisposição para as alucinações (LSHRS) ($F(2,152)= 284.501, p<.001$) e para as duas dimensões bipolares e ortogonais do afecto (PANAS): “afecto positivo” ($F(2,152)= 355.260, p<.001$) e “afecto negativo” ($F(2,152)= 529.081, p<.001$). Testes Post-Hoc Tukey HSD demonstram que o GP apresentou níveis mais elevados da predisposição para as alucinações (LSHRS) do que ambos o GC e o GAS, que por sua vez, apresentou os níveis mais baixos dos três grupos da predisposição para as alucinações ($M= 29.03, DP= 5.392$ vs. $M= 15.78, DP= 1.8034$ vs. $M= 14.54, DP= 1.540$) (tabela 43). As diferenças entre o GP e o GAS e entre o GP e o GC para a predisposição para as alucinações (LSHRS) eram estatisticamente significativas ($t= 14.49020, p<.001$ e $t= 13.25490, p<.001$). Este resultado sugere que o grupo paranóide apresentou uma tendência para experienciar significativamente

mais alucinações (auditivas e visuais) do que o grupo de ansiedade social e do que o grupo de controlo. Por outro lado, não se registou uma diferença estatisticamente significativa entre o GAS e o GC para a predisposição para as alucinações (LSHRS) ($t = -1.23529$, $p = .162$). Os resultados concedem, assim, suporte à hipótese a) deste estudo.

Por outro lado e tal como era esperado, observou-se que ambos o GP ($M = 22.09$, $DP = 2.385$) e o GAS ($M = 20.41$, $DP = .9203$), apresentaram os níveis mais baixos do “afecto positivo” (PANAS) em comparação com o GC, que por sua vez, demonstrou os níveis mais elevados do “afecto positivo” ($M = 38.64$, $DP = 6.0986$) (tabela 43). As diferenças entre o GP e o GC e entre o GAS e o GC eram estatisticamente significativas para o “afecto positivo” ($t = -16.54902$, $p < .001$ e $t = -18.23529$, $p < .001$, respectivamente). Para além disso, observou-se também que o GP apresentou uma tendência quase estatisticamente significativa para apresentar níveis mais elevados do “afecto positivo” (PANAS) em comparação com o GAS ($t = 1.68627$, $p = .069$). Contrariamente ao que foi registado para o “afecto positivo”, ambos os grupos experimentais, GP ($M = 22.70$, $DP = .4608$) e GAS ($M = 34.45$, $DP = 3.239$), apresentaram níveis mais elevados do “afecto negativo” (PANAS) do que o GC, que contrariamente ao que foi observado anteriormente, apresentou os níveis mais baixos ($M = 14.11$, $DP = 4.4074$) (tabela 43). As diferenças entre o GP e o GC e entre o GAS e o GC eram estatisticamente significativas para esta dimensão ($t = 8.58824$, $p < .001$ e $t = 20.33333$, $p < .001$, respectivamente). O GAS apresentou significativamente mais “afecto negativo” do que o GP, sendo a diferença entre os dois grupos estatisticamente significativa ($t = 11.74510$, $p < .001$). Logo, os resultados estão de acordo com a hipótese c) deste estudo mas sugerem também que o grupo de ansiedade social, entre os três grupos do estudo, foi aquele que apresentou um afecto positivo mais baixo e um afecto negativo mais elevado. Isto, quer dizer que, os indivíduos ansiosos sociais demonstram mais tristeza, letargia, nervosismo, medo, etc. e ainda menos interesse na tarefa do que os indivíduos paranóides e os controlos.

Tabela 43. Médias e desvios padrões dos grupos do estudo para a” predisposição para as alucinações” (LSHRS); as dimensões da agressividade temperamental (AQ); o afecto positivo versus negativo (PANAS) e a presença e intensidade de emoções positivas versus negativas após a experiência

Variáveis	Grupo Paranóide N= 51		Grupo Ansioso Social N= 51		Grupo de Controlo N= 51	
	M	DP	M	DP	M	DP
LSHRS_total	29.03	5.392	14.54	1.540	15.78	1.803
PANAS_AP	22.09	2.385	20.41	.920	38.64	6.099
PANAS_AN	22.70	.461	34.45	3.239	14.11	4.407
AQ_total	72.43	17.836	44.90	6.293	39.29	6.097
AQ_agressão física	15.25	3.434	11.47	3.133	9.84	0.758
AQ_agressão verbal	13.21	3.294	7.01	.990	10.72	4.023
AQ_raiva	18.86	4.238	13.25	2.096	9.29	1.963
AQ_hostilidade	25.09	7.795	13.15	1.771	9.43	1.360

LSHRS_total (versão Portuguesa da “Launay Slade Hallucination Revised Scale”: pontuação total da “predisposição para as experiências alucinatórias”); tempo 1 (antes da experiência)- tempo 2 (depois da experiência); PANAS (versão Portuguesa da “Positive Affect Negative Affect Scales”: AP (afecto positivo); AN (afecto negativo); AQ (versão Portuguesa do “Aggression Questionnaire e as suas dimensões)

Em conclusão, o grupo paranóide demonstrou vulnerabilidades psicológicas mais graves do que o grupo de ansiedade social. Por conseguinte, o grupo paranóide demonstrou uma frequência, convicção e transtorno maior dos pensamentos paranóides; mais sentimentos de paranóia e ainda, mais sintomas psicopatologia do foro afectivo (depressão, ansiedade e stress)

e mais agressividade temperamental (agressão física e verbal, raiva e hostilidade) do que o grupo de ansiedade social. O grupo paranóide apresentou também uma predisposição para as experiências alucinatórias bastante acentuada, ao contrário do grupo de ansiedade social que não demonstrou predisposição para alucinações. De facto, contrariamente ao grupo paranóide, o grupo de ansiedade social apresentou vulnerabilidades psicológicas menos pronunciadas, ao demonstrar somente, mais sentimentos de ansiedade e mais afecto negativo (*e.g.* letargia, nervosismo) do que o grupo paranóide.

VII.3.1.7. Diferenças entre o GP e o GAS em relação aos factores de stress ambiental (condições de sons negativos) versus o factor de “relaxamento” (*buffer*) (condição de sons positivos)

Os indivíduos classificados como paranóides foram divididos aleatoriamente e submetidos às quatro condições experimentais de sons diferentes. Do grupo paranóide (GP) constituído por 51 indivíduos, 12 foram submetidos aleatoriamente à condição experimental dos sons *negativos-medo/ameaça* (N/MA); outros 12 foram escolhidos aleatoriamente e submetidos à condição experimental dos sons *negativos-tristeza/transtorno* (N/TT); mais 12 indivíduos paranóides foram escolhidos aleatoriamente e submetidos à condição experimental de sons *negativos-raiva/irritação* (N/RI) e, por fim, 15 indivíduos paranóides foram escolhidos aleatoriamente e submetidos à condição experimental *positiva - alegria/calma* (P/AC). O mesmo procedimento foi aplicado ao grupo de ansiedade social (GAS) e ao grupo de controlo (GC), logo ambos os grupos tinham, por um lado, grupos de 12 indivíduos escolhidos aleatoriamente e submetidos a cada uma das condições experimentais dos sons negativos e, por outro lado, um grupo de 15 indivíduos também seleccionados aleatoriamente e submetidos à condição experimental de sons positivos, fazendo o total de 51 indivíduos para cada um dos grupos do estudo.

VII.3.1.8. Paranóia Geral (GPS) e sentimentos de paranóia (vinhetas visuais analógicas) do GP e do GAS nas condições diferentes de sons

Os indivíduos paranóides (GP) que foram submetidos a à condição de sons positivos (P/AC) em comparação com os outros indivíduos paranóides submetidos às outras condições apresentaram a pontuação mais baixa da paranóia geral (GPS) no tempo 2 (*i.e.* após ouvirem os sons do bloco) ($M = 57.91$, $DP = 21.6394$). Por outro lado, os indivíduos paranóides que foram submetidos à condição N/TT apresentaram os níveis mais elevados de paranóia geral (GPS) no tempo 2 ($M = 76.91$, $DP = 2.3677$), seguidos dos indivíduos paranóides que foram submetidos à condição N/RI ($M = 75.00$, $DP = 7.9200$) e, por fim, pelos indivíduos paranóides que foram submetidos condição N/MA ($M = 66.26$, $DP = 14.829$). O teste da ANOVA “one-way” apresentou diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos paranóides submetidos aleatoriamente às quatro condições experimentais de sons para a pontuação total da paranóia geral (GPS) no tempo 2 ($F(3,50) = 4.493$, $p = .007$). Testes Post-Hoc Tukey HSD revelaram que os indivíduos paranóides presentes na condição experimental de sons (P/AC) apresentaram significativamente níveis mais baixos de paranóia geral (GPS) no tempo 2 do que os indivíduos paranóides presentes tanto na condição experimental de sons N/TT ($t = -19.00000$, $p = .011$) como na condição experimental de sons N/RI ($t = -17.08333$, $p = .027$). Deste modo, os resultados sugerem que no geral, de todos os sons negativos, aqueles que se assume que induzam emoções de tristeza/transtorno e de raiva/irritação, tiveram a influência

mais acentuada nos indivíduos paranóides, fazendo com que estes apresentem níveis mais elevados de paranóia geral do que os sons negativos que induzem medo e sentimentos de ameaça. Para além disso, os sons positivos foram eficazes como “protecção” emocional, ao diminuírem significativamente a paranóia geral sub-clínica (GPS) nos indivíduos paranóides.

Da mesma forma, os resultados sugerem que os indivíduos paranóides submetidos à condição experimental de sons positivos (alegria/calma) - P/AC demonstraram as pontuações mais baixas dos sentimentos e ideação paranóides *in loco* (i.e. a ideia da malevolência intencional dos outros presentes nas sessões experimentais, ao tentarem diminuir ou prejudicar o indivíduo) medidos pela vinheta visual analógica no tempo 2 ($M= 1.0000$, $SD= .00000$). Mais, e de acordo com o que foi observado anteriormente, os indivíduos paranóides submetidos à condição experimental de sons negativos (tristeza/transtorno)- N/TT, pelo contrário, demonstraram as pontuações mais elevadas dos sentimentos e ideias paranóides *in loco* no tempo 2 ($M= 9.0000$; $DP= .000000$), seguidos pelos indivíduos paranóides presentes na condição experimental de sons negativos (medo/ameaça) - N/MA ($M= 8.8333$, $DP= .38925$) e pelos indivíduos paranóides submetidos à condição experimental de sons negativos (raiva/irritação) - N/RI ($M= 7.500$, $DP= .52223$), que foram aqueles das três condições de sons negativos que apresentaram a média mais baixa para os sentimentos e ideias paranóides na vinheta visual analógica no tempo 2 (ver tabela 1; anexo V).

Uma ANOVA “one-way” demonstrou existirem diferenças significativas entre os quatro grupos de indivíduos paranóides distribuídos pelas quatro condições experimentais em relação aos sentimentos e ideiação paranóides nas vinhetas visuais analógicas no tempo 2 ($F(3,50)= 2024.423$, $p<.001$). Testes Post-Hoc Tukey HSD revelaram que os indivíduos paranóides, submetidos à condição de sons positivos (alegria/calma), apresentaram significativamente níveis mais baixos de sentimentos e ideiação paranóides no tempo 2, não só em relação os indivíduos submetidos à condição de sons negativa N/MA ($t= -7.83333$, $p<.001$), mas também em relação aos indivíduos paranóides da condição de sons negativa N/TT ($t= -8.00000$, $p<.001$) e em relação aos indivíduos paranóides da condição sons negativos N/RI ($t= -6.50000$, $p<.001$). Os resultados sugerem que a condição dos sons positivos (alegria/calma) está associada à presença de índices mais baixos de sentimentos paranóides *in loco*. Por outro lado, testes Post-Hoc Tukey HSD demonstraram que os indivíduos paranóides submetidos às condições de sons negativos N/TT e N/MA pontuavam significativamente acima nos sentimentos e ideias paranóides das vinhetas visuais analógicas no tempo 2, do que os indivíduos paranóides submetidos à condição de sons negativos N/RI ($t= 1.5000$, $p<.001$ e $t= 1.33333$, $p<.001$). Não se verificou uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos paranóides presentes na condição de sons negativos N/TT e os indivíduos paranóides presentes na condição de sons negativa N/MA para os níveis de sentimentos e ideias paranóides no tempo 2 ($t= 1.6667$, $p= .567$).

Os ansiosos sociais, por sua vez, que foram submetidos à condição de sons negativos (medo/ameaça) demonstraram as pontuações mais elevadas de “paranóia geral” no GPS no tempo 2 ($M= 63.66$, $DP= 4.8679$), seguidos pelos indivíduos ansiosos sociais da condição de sons negativos (raiva/irritação) que mostram uma média na GPS ($M= 62.41$, $DP= 3.528$) e, por último, pelos indivíduos ansiosos sociais da condição de sons negativos (tristeza/transtorno) que, das três condições de sons negativas, era a que apresentou a média mais baixa das pontuações de “paranóia geral” na GPS no tempo 2 ($M= 58.58$, $DP= 7.4279$) (ver tabela 1; anexo V). Tal como era esperado, os indivíduos ansiosos sociais, submetidos à condição de

sons positivos (alegria/calma), foram aqueles que apresentaram a média das pontuações de “paranóia geral” na GPS mais baixa no tempo 2 ($M= 39.06$, $DP= 9.1062$). Uma ANOVA “one-way” demonstrou que existiam diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos ansiosos sociais das quatro condições de sons diferentes para a pontuação total da “paranóia geral” (GPS) no tempo 2 ($F(3,50)= 39.961$, $p<.001$).

Testes Post-Hoc Tukey HSD sugerem, tal como era esperado, que os indivíduos ansiosos sociais da condição de sons positivos (alegria/calma) demonstraram níveis significativamente mais baixos de “paranóia geral” na GPS no tempo 2 do que os indivíduos ansiosos sociais da condição de sons negativos (medo/ameaça) ($t= -24.60000$, $p<.001$), do que os indivíduos ansiosos sociais da condição de sons negativos (tristeza/transtorno) ($t= -19.51667$, $p<.001$) e ainda do que os ansiosos sociais da condição de sons negativos (raiva/irritação) ($t= -23.50000$, $p<.001$). Os resultados sugerem, então, que os ansiosos sociais submetidos à condição de sons positivos, contrariamente àqueles que foram submetidos às três condições de sons negativos, apresentaram a pontuação mais baixa da “paranóia geral” (GPS) no tempo 2. Mais, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos ansiosos sociais das três condições de sons negativos para as pontuações da paranóia geral no tempo 2. Os resultados sugerem que (contrariamente aos indivíduos paranóides que apresentaram as pontuações mais elevadas da “paranóia geral” no tempo 2 submetidos à condição de sons negativos (tristeza/transtorno), os ansiosos sociais parecem apresentar as pontuações mais elevadas da “paranóia geral” no tempo 2 quando submetidos à condição de sons negativos (medo/ameaça) e não quando estão presentes ou na condição de sons negativos (tristeza/transtorno) ($t= 5.08333$, $p= .270$) ou na condição de sons negativos (raiva/irritação) ($t= 1.25000$, $p= .969$). Mais, os ansiosos sociais (GAS), contrariamente aos indivíduos paranóides (GP), apresentaram no geral, as pontuações baixas de sentimentos e ideias paranóides nas vinhetas visuais analógicas no tempo 2. Sendo assim, os ansiosos sociais submetidos à condição de sons negativos (medo/ameaça) apresentaram a média mais alta para os sentimentos e ideias paranóides no tempo 2 ($M= 2.83$, $SD= .57735$), seguidos pelos ansiosos sociais submetidos à condição de sons negativos (raiva/irritação) ($M= 2.00$, $SD= .00$) e, por último, pelos ansiosos sociais submetidos à condição de sons negativos (tristeza/transtorno), que das três condições de sons negativos apresentou a média mais baixa para os sentimentos e ideiação paranóides *in loco* no tempo 2 ($M= 1.83$, $SD= .38925$). Mais, como seria de esperar, os ansiosos sociais presentes na condição de sons positivos (alegria/calma) não apresentaram sentimentos e ideiação paranóides *in loco* no tempo 2 ($M= .00$, $SD= .00$) (ver tabela 1; anexo V). Este resultados sugerem que os indivíduos ansiosos sociais, que ouviram sons positivos que induzem estados emocionais de alegria, e sensações de calma e relaxamento, não apresentam sentimentos paranóides na sessão experimental. O teste ANOVA “one-way” revelou existirem diferenças estatisticamente significativas entre os ansiosos sociais das quatro condições de sons para os sentimentos e ideiação paranóides no tempo 2 ($F(3,50)= 173.831$, $p<.001$). Da mesma forma com o que foi observado para a “paranóia geral” (GPS), testes Post-Hoc Tukey HSD demonstraram que os ansiosos sociais submetidos à condição de sons positivos (alegria/calma) diferem significativamente em relação aos sentimentos e ideiação paranóides no tempo 2 dos ansiosos sociais presentes na condição de sons negativos (medo/ameaça) ($t= -2.83333$, $p<.001$), dos ansiosos sociais submetidos à condição de sons negativos (tristeza/transtorno) ($t= -1.83333$, $p<.001$) e finalmente dos ansiosos sociais submetidos à condição de sons negativos (raiva/irritação) ($t= -2.00000$, $p<.001$). Por outro lado, os ansiosos sociais submetidos à condição de

sons negativos (medo/ameaça) apresentaram níveis significativamente mais elevados de “paranóia in loco” do que os ansiosos sociais presentes nas outras duas condições: condição de sons negativos (tristeza/transtorno) ($t = 1.00000$, $p < .001$) e condição de sons negativos (raiva/irritação) ($t = .83333$, $p < .001$). Não se registaram diferenças significativas entre estas duas condições de sons negativas ($t = -.16667$, $p = .622$). Logo, os resultados sugerem, tal como foi observado no caso da “paranóia geral” (GPS), que os ansiosos sociais submetidos à condição de sons negativos (medo/ameaça) apresentaram significativamente níveis mais elevados de sentimentos e ideação paranóides no tempo 2 do que os ansiosos sociais presentes nas outras três condições de sons.

VII.3.1.9. Diferenças entre as medidas do tempo 1, pré-experiência e tempo 2 para os grupos do estudo

Analisaram-se as diferenças para cada grupo do estudo entre as medidas do estudo (paranóia geral - GPS; psicopatologia: depressão, ansiedade e *stress* - DASS-42 e ansiedade-estado *versus* traço - STAI) no tempo 1 (uma semana antes da experiência) e pré-experiência (i.e. pontuações nas vinhetas visuais analógicas, que medem sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia e que são preenchidas antes das condições de audição) e o tempo 2 para as condições de sons negativos (medo/ameaça; tristeza/transtorno; e raiva/irritação) *versus* a condição de sons positivos (alegria/calma).

VII.3.1.9.1. Condições de sons negativos (factores de stress ambiental)

O GP apresentou por um lado, aumento significativos, nas condições de sons negativos (medo/ameaça; tristeza/transtorno e raiva/irritação), dos índices de “ansiedade-estado” e de “ansiedade-traço” (STAI) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2 ($M = 38.19$, $DP = 10.457$ para a “ansiedade-estado” no tempo 1 *versus* $M = 46.62$, $DP = 12.656$ para a “ansiedade-estado” no tempo 2; $t(25) = -3.389$, $p = .001$) e ($M = 47.27$, $DP = 8.311$ para a “ansiedade-traço” no tempo 1 *versus* $M = 50.35$, $DP = 4.367$ para a “ansiedade-traço” no tempo 2; $t(25) = -2.189$, $p = .033$ respectivamente). O GP apresentou também, um aumento estatisticamente significativo, nas condições de sons negativos (medo/ameaça; tristeza/transtorno e raiva/irritação), dos índices de “paranóia geral” entre o tempo 1 ($M = 57.53$, $DP = 8.875$) *versus* o tempo 2 ($M = 68.86$, $DP = 15.764$) ($t(25) = -4.383$, $p < .001$). Por outro lado, o GP demonstrou descidas estatisticamente significativas dos sintomas de “depressão” e de “*stress*” entre o tempo 1 e 2 ($M = 11.94$, $DP = 9.602$ para os sintomas de “depressão” no tempo 1 *versus* $M = 5.58$, $DP = 4.0651$ no tempo 2; $t(25) = 3.935$, $p < .001$) e ($M = 15.78$, $DP = 7.658$ para os sintomas de “*stress*” no tempo 1 *versus* o tempo 2 $M = 11.94$, $DP = 3.4751$; $t(25) = 3.031$; $p = .004$). Contrariamente ao que foi observado anteriormente, o GP apresentou em todas as condições de sons negativos (medo/ameaça; tristeza/transtorno; raiva/irritação) aumentos estatisticamente significativos entre os seus índices pré-experiência de sentimentos de ansiedade ($M = 2.47$, $DP = 2.138$) e de paranóia *in loco* ($M = 4.23$, $DP = 2.462$) *versus* os índices pós-experiência de sentimentos de ansiedade ($M = 3.91$, $DP = 2.591$) e de paranóia *in loco* ($M = 6.25$, $DP = 3.486$) ($t(25) = -3.491$, $p = .001$ para a diferenças entre índices de sentimentos de ansiedade pré *vs.* pós-experiência e $t(25) = -2.806$, $p = .007$ para as diferenças entre os índices de sentimentos e ideações paranóides pré *vs.* pós-experiência, respectivamente) (tabela 44). Os resultados sugerem, assim, que o GP demonstrou aumentos estatisticamente significativos nas pontuações da paranóia geral (GPS), da “ansiedade-estado” e da “ansiedade-traço” (STAI) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2

e ainda aumentos significativos dos índices de sentimentos pré-experiência de ansiedade e de paranóia *in loco* pré *versus* pós-experiência. Por outro lado, o GP apresentou uma descida estatisticamente significativa dos níveis de “depressão” e de “stress” (DASS-42) entre o tempo 1 e o tempo 2. Logo, embora os indivíduos paranóides, quando submetidos a condições experimentais que, segundo se assume, induzam *stress* e respectiva emoção negativa (i.e. a audição de sons com base afectiva negativa), apresentem níveis significativamente mais elevados de “paranóia geral” (GPS) e de “ansiedade-estado e traço” (STAI) e de sentimentos subjectivos *in loco* de ansiedade e de paranóia, demonstram também ao mesmo tempo, um descida nos níveis de sintomas de depressão e de *stress* (DASS-42). Deste modo, as condições negativas de sons parecem, por um lado, induzir um aumento significativo na ansiedade, na “paranóia geral” e nos sentimentos e ideação paranóides, por outro, parecem não agravar o estado de humor negativo. Este resultado pode ser explicado pelo facto da depressão e do *stress* serem estados afectivos e de humor que são flutuantes e instáveis ao longo do tempo. Logo e tendo em conta que não se controlou o efeito de variáveis parasitas, como o impacto de eventos do dia-a-dia e das situações traumáticas no humor do indivíduo, pode ter acontecido que os indivíduos paranóides em geral não deveriam estar a ser alvo de eventos negativos durante a semana das sessões experimentais e, como tal, não relatam níveis tão elevados de depressão e de *stress* como fizeram há uma semana atrás.

O GAS, por sua vez, em todas as condições de sons negativos (medo/ameaça, tristeza/transtorno; raiva/irritação), apresentou um aumento estatisticamente significativo das suas pontuações da “paranóia geral” (GPS) entre o tempo 1 (M= 43.03, DP= 7.290) *versus* o tempo 2 (M= 54.90, DP= 12.4006) ($t(25) = -5.845, p < .001$); acompanhado de um aumento estatisticamente significativo tanto das pontuações de “ansiedade-estado” (STAI) entre o tempo 1 (M= 35.64, DP= 7.493) *versus* o tempo 2 (M= 46.03, DP= 15.025) ($t(25) = -4.596, p < .001$) como das pontuações de “ansiedade-traço” (STAI) entre o tempo 1 (M= 45.84, DP= 6.771) *versus* o tempo 2 (M= 49.56, DP= 3.732) ($t(25) = -3.724, p < .001$). O GAS apresentou também em todas as condições de sons negativos (medo/ameaça, tristeza/transtorno; raiva/irritação), aumentos significativos entre os índices de sentimentos subjectivos pré-experiência de ansiedade (M= 4.98, DP= .78715) e de paranóia (M= .0784, DP= .50611) *versus* os sentimentos pós-experiência de ansiedade (M= 6.31, DP= 4.1206) e de paranóia (M= 1.56, DP= 1.135) ($t(25) = -2.258, p = .028$ para a diferença entre índices de sentimentos subjectivos de ansiedade pré *versus* pós-experiência e $t(25) = -9.076, p < .001$ para a diferença entre índices de sentimentos e ideação paranóides pré *versus* pós-experiência respectivamente). Por outro lado, o GAS apresentou em todas as condições de sons negativas uma descida estatisticamente significativa dos índices de “stress” (DASS-42) entre o tempo 1 (M= 13.11, DP= 6.810) *versus* o tempo 2 (M= 8.74, DP= 5.3435) ($t(25) = 3.343, p = .002$) (tabela 45). O GAS demonstrou, assim, aumentos significativos nas pontuações da “paranóia geral” (GPS), da “ansiedade-estado e traço” (STAI) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2 e nos índices de sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia pré *versus* pós-experiência. Por outro lado e da mesma forma que o GP, o GAS apresentou uma descida significativa nos níveis de “stress” (DASS-42) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2. Deste modo, os resultados sugerem que o GAS, tal como o GP, aumenta significativamente a “paranóia geral”, a “ansiedade-estado e traço” e ainda os sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia quando submetidos às condições de sons negativos. Por outro lado, o GAS demonstrou uma descida significativa nos níveis de *stress* entre o tempo 1 *versus* o tempo 2, o que sugere mais uma vez que os índices de psicopatologia e do humor negativo flutuam ao longo do tempo, já que não foram afectados pelas condições de sons negativos.

Tabela 44. Diferenças no GP e no GAS das pontuações entre os tempos 1 e 2 nas condições de sons negativos (medo/ameaça; tristeza/distress e raiva/irritação)

Grupo paranóide						Grupo ansioso social					
Variáveis	M	N	DP	t	p	Variáveis	M	N	DP	t	p
Par 1 STAI_ans_est_t1	38.20	26	10.458	-3.389	.001	STAI_ans_est_t1	35.65	26	7.494	-4.596	.000
STAI_ans_est_t2	46.63	26	12.657			STAI_ans_est_t2	46.04	26	15.025		
Par 2 STAI_ans_tr_t1	47.27	26	8.312	-2.189	.033	STAI_ans_tr_t1	45.84	26	6.772	-3.724	.000
STAI_ans_tr_t2	50.35	26	4.367			STAI_ans_tr_t2	49.57	26	3.732		
Par 3 Tot_sent_ans_t1	2.47	26	2.139	-3.491	.001	Tot_sent_ans_t1	4.98	26	0.787	-2.258	.028
Tot_sent_ans_t2	3.92	26	2.591			Tot_sent_ans_t2	6.31	26	4.121		
Par 4 Tot_sent_para_t1	4.24	26	2.462	-2.806	.007	Tot_sent_para_t1	0.08	26	0.560	-9.076	.000
Tot_sent_para_t2	6.25	26	3.486			Tot_sent_para_t2	1.57	26	1.136		
Par 5 GPS_total_t1	57.53	26	8.875	-4.383	.000	GPS_total_t1	43.04	26	7.291	-5.845	.000
GPS_total_t2	68.86	26	15.765			GPS_total_t2	54.94	26	12.401		
Par 6 DASS42_depre_t1	11.94	26	9.603	3.935	.000	DASS42_depre_t1	7.63	26	7.321	.677	.502
DASS42_depre_t2	5.59	26	4.605			DASS42_depre_t2	6.69	26	5.210		
Par 7 DASS42_ans_t1	8.94	26	7.331	-.441	.661	DASS42_ans_t1	6.20	26	4.813	.099	.921
DASS42_ans_t2	9.57	26	5.390			DASS42_ans_t2	6.10	26	4.973		
Par 8 DASS42_stre_t1	15.78	26	7.659	3.031	.004	DASS42_stre_t1	13.12	26	6.811	3.343	.002
DASS42_stre_t2	11.94	26	3.438			DASS42_stre_t2	8.75	26	5.344		

STAI_ans_est_t1; STAI_ans_est_t2 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade-estado nos tempos 1 e 2); STAI_ans_tr_t1; STAI_ans_tr_t2 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade traço nos tempos 1 e 2); Tot_sent_ans_t1 e Tot_sent_ans_t2 (total das pontuações nos sentimentos ansiosos *in loco* das vinhetas visuais análogas nos tempos 1 e 2); Tot_sent_para_t1 e Tot_sent_para_t2 (total das pontuações nos sentimentos e ideias paranóides *in loco* das vinhetas visuais análogas nos tempos 1 e 2); GPS_total_t1 e GPS_total_t2 (versão Portuguesa da “General Paranóia Scale”: pontuação total da “paranóia geral” nos tempos 1 e 2); DASS42_depre_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da depressão nos tempos 1 e 2); DASS42_depre_t2 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da depressão nos tempos 1 e 2); DASS42_ans_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da ansiedade nos tempos 1 e 2); DASS42_ans_t2 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da ansiedade nos tempos 1 e 2); DASS42_stre_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total do *stress* nos tempos 1 e 2); tempo 1 (antes da experiência)- tempo 2 (depois da experiência); **a negrito** encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

O grupo de controlo (GC), por sua vez, apresentou em todas as condições de sons negativos (medo/ameaça; tristeza/transtorno e raiva/irritação), um aumento estatisticamente significativo nas pontuações de “paranóia geral” (GPS) entre o tempo 1 (M= 26.35, DP= 5.820) *versus* o tempo 2 (M= 31.72, DP= 5.0875) ($t(25) = -5.821, p < .001$). Por outro lado, o GC apresentou em todas condições de sons negativas (medo/ameaça; tristeza/transtorno; raiva/ameaça), uma descida estatisticamente significativa dos sintomas de psicopatologia (DASS-42) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2: índices de “depressão” no tempo 1 (M= 1.509, DP= 2.2923) *versus* no tempo 2 (M= .6471, DP= 1.6831) ($t(25) = 2.229, p = .030$); índices de “ansiedade” no tempo 1 (M= 1.64, DP= 1.874) *versus* no tempo 2 (M= .627, DP= 1.5226) ($t(25) = 2.948, p = .005$) e índices de “*stress*” no tempo 1 (M= 5.84, DP= 4.6059) *versus* no tempo 2 (M= 2.35, DP= 2.5125) ($t(25) = 4.499, p < .001$) (tabela 45). Deste modo, tal como foi observado no GP e no GAS, observou-se também no GC que os índices de psicopatologia desceram significativamente do tempo 1 para o tempo 2.

Contrariamente ao que foi observado anteriormente, o grupo de controlo submetido às condições de sons negativos (medo/ameaça; tristeza/transtorno; raiva/ameaça), apresentou aumentos estatisticamente significativos das pontuações de “ansiedade-estado” (STAI) entre o tempo 1 (M= 28.66, DP= 5.9721) *versus* o tempo 2 (M= 32.86, DP= 8.6139) ($t(25) = -2.940, p = .005$) e de “ansiedade-traço” (STAI) entre o tempo 1 (M= 32.41, DP= 3.4303)

versus o tempo 2 (M= 36.29, DP= 5.3973) (t (25)= -4.742, p<.001). Registaram-se também no grupo de controlo submetido às condições de sons negativos (medo/ameaça; tristeza/transtorno; raiva/ameaça) aumentos estatisticamente significativos dos seus sentimentos subjectivos de ansiedade pré-experiência (M= 1.43, DP= 1.417) e dos sentimentos e ideação paranóides pré-experiência (M= .0784, DP= .33723) relativamente aos sentimentos de ansiedade pós-experiência (M= 2.25, DP= 1.8637) e aos sentimentos de paranóia pós-experiência (M= .3725, DP= .79902) (t (25)= -2.411, p= .020 para a diferença entre os sentimentos subjectivos de ansiedade pré *vs.* pós-experiência e t (25)= -2.455, p= .018 para os sentimentos e ideação paranóides pré *vs.* pós-experiência, respectivamente).

222 Concluindo, os três grupos do estudo: grupo paranóide (GP), grupo de ansiedade social (GAS) e o grupo de controlo (GC) eram afectados pelas condições de sons negativos relativamente aos índices de paranóia geral, de ansiedade (estado e traço) e de sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia *in loco*. De facto, os três grupos apresentaram aumentos significativos da ideação paranóide (paranóia geral) e dos sentimentos paranóides *in loco* e da ansiedade-estado e traço após serem submetidos a condições que provocam *stress* e afecto negativo ao apresentarem sons de valência afectiva negativa. Logo, estas condições experimentais parecem ter sido eficazes como factores de *stress* ao provocarem aumentos não só da paranóia geral e de sentimentos e ideação paranóides como também da ansiedade (sentimentos, comportamentos e traço). No entanto, as condições de sons negativos, provaram ser ineficazes para o aumento dos índices de depressão, ansiedade e *stress* nos três grupos diferentes.

Tabela 45. Diferenças no GC das pontuações entre os tempos 1 e 2 nas condições de sons negativos no Grupo de Controlo

Variáveis	M	N	DP	t	p
Par 1 STAI_ans_est_t1	28.67	26	5.972	-2.940	.005
STAI_ans_est_t2	32.86	26	8.614		
Par 2 STAI_ans_tr_t1	32.41	26	5.397	-4.742	.000
STAI_ans_tr_t2	36.29	26	3.430		
Par 3 Tot_sent_ans_t1	1.43	26	1.418	-2.411	.020
Tot_sent_ans_t2	2.25	26	1.864		
Par 4 Tot_sent_para_t1	0.08	26	0.337	-2.455	.018
Tot_sent_para_t2	0.37	26	0.799		
Par 5 GPS_total_t1	26.35	26	5.088	-5.821	.000
GPS_total_t2	31.73	26	5.820		
Par 6 DASS42_depre_t1	1.51	26	2.292	2.229	.030
DASS42_depre_t2	0.65	26	1.683		
Par 7 DASS42_ans_t1	1.65	26	1.874	2.948	.005
DASS42_ans_t2	0.63	26	1.523		
Par 8 DASS42_stre_t1	5.84	26	4.606	4.499	.000
DASS42_stre_t2	2.35	26	2.513		

a negro encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de p<.05

VII.3.1.9.2. Condição de Sons positivos (alegria/calma) (“buffer”)

O GP demonstrou descidas estatisticamente significativas na condição de sons posi-

tivos (alegria/calma) para os níveis de “ansiedade estado” e de psicopatologia depressiva entre o tempo 1 e 2. Os resultados demonstram que o grupo paranóide submetido à condição de sons positivos (alegria/calma) apresentou descidas estatisticamente significativas das suas pontuações de “ansiedade-estado” (STAI) entre o tempo 1 (M= 40.73, DP= 13.7701) *versus* o tempo 2 (M= 27.33, DP= 1.7593) ($t(14) = 3.616, p = .003$), dos sintomas de “depressão” (DASS-42) entre o tempo 1 (M= 14.46, DP= 11.5750) *versus* o tempo 2 (M= 2.00, DP= .00) ($t(14) = 4.171, p = .001$) e dos sintomas de “stress” (DASS-42) entre o tempo 1 (M= 17.13, DP= 8.7820) *versus* o tempo 2 (M= 1.00, DP= .00) ($t(14) = 2.705, p = .017$). O GP apresentou também descidas nos níveis de “paranóia geral” (GPS), “ansiedade-traço” (STAI) e sintomas de “ansiedade” (DASS-42) entre o tempo 1 *versus* o tempo 2. No entanto, as diferenças entre as pontuações do GP para cada medida, nos dois tempos diferentes, não foram suficientemente fortes para atingir significância estatística ($t(14) = 1.848, p = .086$ para a diferença entre as pontuações de paranóia geral; $t(14) = 1.952, p = .071$ para a diferença das pontuações de “ansiedade-traço” e $t(14) = 1.942, p = .072$ para as diferenças dos sintomas de ansiedade, respectivamente) (tabela 47). Deste modo, os resultados sugerem que a condição de sons positivos (alegria/calma) induziu uma descida significativa dos níveis de “ansiedade-estado” nos indivíduos paranóides e parece estar associada a níveis mais baixos de níveis de “depressão e de “stress”. No entanto, não se pode argumentar que haja uma relação causa-efeito, em que esta condição provocasse níveis mais baixos de psicopatologia porque, como já foi dito anteriormente, não se controlou o efeito de variáveis parasitas, tais como o impacto dos eventos do dia-a-dia, nos sintomas de “neurose”.

O GAS, por sua vez, apresentou também descidas significativas na condição de sons positivos (alegria/calma) nos níveis de “ansiedade estado”, de “paranóia geral” e de psicopatologia depressiva entre o tempo 1 e 2. Os resultados demonstram assim que o GAS, submetido à condição de sons positivos (alegria/calma), apresentou descidas estatisticamente significativas nas suas pontuações de “ansiedade-estado” (STAI) entre o tempo 1 (M= 34.60, DP= 6.50055) *versus* o tempo 2 (M= 23.00, DP= .00) ($t(14) = 6.911, p < .001$), dos sintomas de “depressão” (DASS-42) entre o tempo 1 (M= 8.40, DP= 7.62327) *versus* o tempo 2 (M= 1.26, DP= .59362) ($t(14) = 3.580, p = .003$); dos sintomas de “ansiedade” entre o tempo 1 (M= 6.33, DP= 4.9521) *versus* o tempo 2 (M= 3.26, DP= .79881) ($t(14) = 2.265, p = .040$) e, finalmente, dos sintomas de “stress” (DASS-42) entre o tempo 1 (M= 13.80, DP= 7.5138) *versus* o tempo 2 (M= 2.26, DP= .70370) ($t(14) = 5.910, p < .001$) (tabela 46). Os resultados demonstraram também que o GAS, por um lado, apresentou uma descida estatisticamente significativa entre as suas pontuações de “paranóia geral” (GPS) do tempo 1 (M= 44.20, DP= 4.394) *versus* o tempo 2 (M= 39.067, DP= 9.106) ($t(14) = 1.925, p = .025$) e, por outro lado, apresentou uma tendência para uma descida das pontuações de “ansiedade-traço” (STAI) no tempo 1 *versus* no tempo 2. No entanto, esta diferença entre os dois tempos para o GAS, não era suficientemente forte para atingir significância estatística ($t(14) = .443, p = .664$ para a diferença entre as pontuações de “ansiedade-traço”). Sendo assim, a condição de sons positivos (alegria/calma) parece ter sido eficaz em diminuir não só os níveis de ansiedade-estado mas também de paranóia geral nos ansiosos sociais, o que significa que este tipo de condição para os ansiosos sociais teve um efeito positivo e de protecção de sentimentos de ansiedade e paranóia.

Tabela 46. Diferenças no GP e no GAS das pontuações entre os tempos 1 e 2 na condição de sons positivos (alegria/calma)

GRUPO PARANÓIDE						GRUPO ANSIOSO SOCIAL					
Variáveis	M	N	DP	t	p	Variáveis	M	N	DP	t	p
1 STAI_ans_est_t1	40.73	15	13.771	3.616	.003	STAI_ans_est_t1	34.60	15	6.501	6.911	.000
STAI_ans_est_t2	27.33	15	1.759			STAI_ans_est_t2	23.00	15	0.000		
2 STAI_ans_tr_t1	49.67	15	11.242	1.952	.071	STAI_ans_tr_t1	44.80	15	6.992	.443	.664
STAI_ans_tr_t2	44.00	15	0.000			STAI_ans_tr_t2	44.00	15	0.000		
3 Tot_sent_ans_t1	2.00(a)	15	0.000			Tot_sent_ans_t1	5.00(a)	15	0.000		
Tot_sent_ans_t2	0.00(a)	15	0.000			Tot_sent_ans_t2	.00(a)	15	0.000		
4 Tot_sent_para_t1	6.00(a)	15	0.000			Tot_sent_para_t1	.00(a)	15	0.000		
Tot_sent_para_t2	1.00(a)	15	.0.000			Tot_sent_para_t2	.00(a)	15	0.000		
5 GPS_total_t1	66.27	15	11.151	1.848	.086	GPS_total_t1	44.20	15	4.395	1.925	.025
GPS_total_t2	57.73	15	14.830			GPS_total_t2	39.07	15	9.106		
6 DASS42_depre_t1	14.47	15	11.575	4.171	.001	DASS42_depre_t1	8.40	15	7.623	3.580	.003
DASS42_depre_t2	2.00	15	0.000			DASS42_depre_t2	1.27	15	.594		
7 DASS42_ans_t1	10.73	15	9.438	1.942	.072	DASS42_ans_t1	6.33	15	4.952	2.265	.040
DASS42_ans_t2	6.00	15	0.000			DASS42_ans_t2	3.27	15	.799		
8 DASS42_stre_t1	17.13	15	8.782	2.705	.017	DASS42_stre_t1	13.80	15	7.514	5.910	.000
DASS42_stre_t2	11.00	15	0.000			DASS42_stre_t2	2.27	15	.704		

STAI_ans_est_t1; STAI_ans_est_t2 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade-estado nos tempos 1 e 2); STAI_ans_tr_t1; STAI_ans_tr_t2 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade traço nos tempos 1 e 2); Tot_sent_ans_t1 e Tot_sent_ans_t2 (total das pontuações nos sentimentos ansiosos *in loco* das vinhetas visuais análogas nos tempos 1 e 2); Tot_sent_para_t1 e Tot_sent_para_t2 (total das pontuações nos sentimentos e ideias paranóides *in loco* das vinhetas visuais análogas nos tempos 1 e 2); GPS_total_t1 e GPS_total_t2 (versão Portuguesa da “General Paranoia Scale”: pontuação total da “paranóia geral” nos tempos 1 e 2); DASS42_depre_t1; DASS42_depre_t2 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da depressão nos tempos 1 e 2); DASS42_ans_t1; DASS42_ans_t2 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da ansiedade nos tempos 1 e 2); DASS42_stre_t1; DASS42_stre_t2 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total do *stress* nos tempos 1 e 2); tempo 1 (antes da experiência)- tempo 2 (depois da experiência); a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

Por último, o grupo de controlo demonstrou descidas significativas dos níveis de “ansiedade-estado”, “paranóia geral” e de psicopatologia entre o tempo 1 e 2. Os resultados demonstram que o grupo de controlo submetido à condições de sons positivos (alegria/calma), apresentou descidas estatisticamente significativas dos seus níveis de “ansiedade-estado” (STAI) entre o tempo 1 ($M = 28.73$, $DP = 5.47027$) *versus* o tempo 2 ($M = 23.00$, $DP = .00$) ($t(14) = 4.059$, $p = .001$); das suas pontuações de “paranóia geral” (GPS) entre o tempo 1 ($M = 31.20$, $DP = 5.62139$) *versus* o tempo 2 ($M = 25.25$, $DP = 3.59497$) ($t(14) = 3.605$, $p = .003$); dos sintomas de “depressão” (DASS-42) entre o tempo 1 ($M = 1.53$, $DP = 2.0655$) *versus* o tempo 2 ($M = .00$, $DP = .00$) ($t(14) = 2.875$, $p = .012$); dos sintomas de “ansiedade” (DASS-42) entre o tempo 1 ($M = 2.20$, $SD = 2.45531$) *versus* o tempo 2 ($M = .00$, $DP = .00$) ($t(14) = 3.470$, $p = .004$) e ainda dos sintomas de “*stress*” (DASS-42) entre o tempo 1 ($M = 8.06$, $DP = 5.1334$) *versus* o tempo 2 ($M = 1.26$, $DP = .70373$) ($t(14) = 5.279$, $p < .001$) (tabela 48). O grupo de controlo demonstrou também uma descida estatisticamente significativa, quando submetido à condição de sons positivos (alegria/calma), de sentimentos de ansiedade pré-experiência ($M = 2.66$, $DP = .48795$) *versus* pós-experiência ($M = 1.00$, $DP = 1.46385$) ($t(14) = 3.511$, $p = .003$). Por fim, o grupo de controlo também apresentou uma tendência para uma descida dos níveis de “ansiedade-traço” (STAI) na condição de sons positivos entre o tempo 1 *versus* o tempo 2, pelo que esta diferença não atingiu significância estatística ($t(14) = 1.564$, $p = .140$) (tabela 47).

Concluindo, os resultados sugerem que a condição de sons positivos (alegria/calma) foi capaz de estabilizar o humor ansioso dos indivíduos dos três grupos diferentes ao reduzir os níveis de “ansiedade-estado” (STAI). A condição de sons positivos (alegria/calma) parece estar associada a níveis mais baixos de depressão, ansiedade e *stress* nos três grupos, embora não seja claro se foi capaz de os induzir; pois parece-nos que estes sintomas foram afectados por eventos extra condição experimental. No entanto, a condição de sons positivos foi capaz de induzir tanto nos ansiosos sociais (GAS) como nos sujeitos do grupo de controlo (GP) níveis mais baixos de paranóia geral, o que significa que “protegeu” estes indivíduos de ideação paranóide. Logo, a exposição a sons, que supostamente instauram estados de calma e relaxamento, parece ter um impacto emocional positivo nos sujeitos, ajudando a manter um bem-estar psicológico, ao reduzir a ansiedade *in loco*.

Tabela 47. Diferenças no GC das pontuações entre os tempos 1 e 2 na condição de sons positivos

Variáveis	M	N	DP	t	p
Par 1 STAI_ans_est_t1	28.73	15	5.470	4.059	.001
STAI_ans_est_t2	23.00	15	0.000		
Par 2 STAI_ans_tr_t1	35.93	15	4.788	1.564	.140
STAI_ans_tr_t2	34.00	15	0.000		
Par 3 Tot_sent_ans_t1	2.67	15	0.488	3.511	.003
Tot_sent_ans_t2	1.00	15	1.464		
Par 4 Tot_sent_para_t1	0.00(a)	15	0.000		
Tot_sent_para_t2	0.00(a)	15	0.000		
Par 5 GPS_total_t1	31.20	15	5.621	3.605	.003
GPS_total_t2	25.27	15	3.595		
Par 6 DASS42_depre_t1	1.53	15	2.066	2.875	.012
DASS42_depre_t2	0.00	15	0.000		
Par 7 DASS42_ans_t1	2.20	15	2.455	3.470	.004
DASS42_ans_t2	0.00	15	0.000		
Par 8 DASS42_stre_t1	8.07	15	5.133	5.279	.000
DASS42_stre_t2	1.27	15	0.704		

a negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos ao nível de $p < .05$

VII.3.1.9.3. Efeitos directos lineares e interacções

Decidiu-se fazer uma MANCOVA 3x4 (análise multivariada da covariância) com o intuito de analisar os efeitos directos e lineares e as potenciais interacções entre as variáveis independentes “grupo” e “condição experimental de sons” para explicar a variância da “paranóia geral” (GPS) do tempo 2; sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia pós-experiência e a presença e intensidade das emoções positivas *versus* negativas após a experiência (tempo 2).

O grupo foi inserido no modelo como um factor de três níveis (Grupo paranóide -GP; Grupo de ansiedade social - GAS e grupo de controlo- GC), enquanto a condição experimental de sons foi inserida como um factor de quatro níveis (condições de sons negativos: medo/ameaça *versus* tristeza/transtorno *versus* raiva/irritação *versus* a condição de sons positivo: alegria/calma), por outro lado, a pontuação total da “paranóia geral” (GPS) no tempo 2 ; as pontuações totais da presença e intensidade das emoções positivas *versus* negativas após a experiência e as pontuações totais dos sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia pós-experiência foram inseridos no modelo como variáveis dependentes. Dadas as di-

ferenças entre os grupos do estudo relativamente a índices de tendências alucinatórias, afecto, agressividade-traço, ansiedade e psicopatologia, introduziram-se no modelo as variáveis da predisposição para as experiências alucinatórias (LSHRS); do afecto positivo *versus* negativo (PANAS) e das quatro dimensões da agressividade-traço (AQ): “agressão física”, “agressão verbal”, “raiva” e “hostilidade”; da “ansiedade-estado” e da “ansiedade-traço” e dos índices de psicopatologia no tempo 2 (depressão, ansiedade e *stress*) como potenciais variáveis de covariância. Os resultados demonstram que no geral a variável independente “grupo” apresentou um efeito estatisticamente significativo nas múltiplas variáveis dependentes, apresentando um Wilk’s Lambda = 786.139, $p < .001$, $\eta^2_p = .001$. A variável independente “condição experimental de sons” também apresentou um efeito estatisticamente significativo nas variáveis dependentes, apresentando um Wilk’s Lambda = 246.962, $p = < .001$, $\eta^2_p = .001$. Quanto às variáveis de covariância, a predisposição para as experiências alucinatórias (LSHRS) apresentou-se como variável de covariância que demonstrou efeitos lineares, directos e estatisticamente significativos na “paranóia geral” (GPS) do tempo 2 ($F(1,153) = 4.154$, $p = .044$). Para além disso, a “ansiedade-estado” (STAI) demonstrou um efeito linear e directo estatisticamente significativo na pontuação total da presença e intensidade das emoções negativas pós-experiência ($F(1,153) = 32.086$, $p < .001$). A “ansiedade-traço” (STAI), por sua vez, demonstrou efeitos lineares, directos e estatisticamente significativos na pontuação total da presença e intensidade de ambas emoções positivas ($F(1,153) = 4.661$, $p = .003$) *versus* negativas ($F(1,153) = 23.629$, $p < .001$) no tempo 2. O “afecto negativo” (PANAS) também demonstrou efeitos lineares, directos e estatisticamente significativos na pontuação total da presença e intensidade de ambas as emoções positivas ($F(1,153) = 8.955$, $p = .003$) *versus* negativas ($F(1,153) = 10.874$, $p = .001$) após a experiência e nas pontuações dos sentimentos subjectivos e ideação paranóides pós-experiência nas vinhetas visuais analógicas ($F(1,153) = 5.053$, $p = .027$). Por fim, as três dimensões da psicopatologia medida pela DASS-42: “depressão”, “ansiedade” e “*stress*” apresentaram efeitos directos, lineares e estatisticamente significativos na pontuação total da presença e intensidade de ambas as emoções positivas pós-experiência ($F(1,153) = 36.235$, $p < .001$ para a depressão); ($F(1,153) = 41.589$, $p < .001$ para a ansiedade) e ($F(1,153) = 5.979$, $p = .016$ para o *stress*, respectivamente) *versus* as emoções negativas pós-experiência ($F(1,153) = 88.086$, $p < .001$ para a depressão), ($F = 116.278$, $p < .001$ para a ansiedade) e ($F(1,153) = 9.216$, $p = .003$ para o *stress*, respectivamente). Os resultados sugerem assim, associações significativas entre os índices de “ansiedade-estado” e “traço”, de “afecto negativo” e de sintomas de “depressão”, “ansiedade” e *stress* com níveis mais elevados de emoções negativas ($r = .95$, $p < .001$; $r = .53$, $p < .001$; $r = .37$, $p < .001$; $r = .55$, $p < .001$; $r = .42$, $p < .001$ e $r = .50$, $p < .001$ respectivamente) *versus* níveis mais baixos de emoções positivas pós-experiência ($r = -.93$, $p < .001$; $r = -.52$, $p < .001$; $r = -.45$, $p < .001$; $r = -.56$, $p < .001$; $r = -.41$, $p < .001$ e $r = -.48$, $p < .001$ respectivamente). Por fim, os resultados revelam que os efeitos directos das variáveis independentes são moderados por uma interacção 3 x 4 (entre os três níveis da variável “grupo” e os quatro níveis da variável “condição experimental de sons”), que é estatisticamente significativa nas variáveis dependentes, apresentando um Wilk’s Lambda = 83.853, $p < .001$, $\eta^2_p = .001$.

VII.3.1.9.4. Efeitos Directos Lineares do “Grupo”

A variável independente “grupo” apresentou efeitos directos, lineares estatisticamente significativos na “paranóia geral” (GPS) no tempo 2 ($F(2,153) = 263.396$, $p < .001$), na presença e intensidade das emoções positivas no tempo 2 ($F(2,153) = 1338.792$, $p < .001$) *versus* a

presença e intensidade das emoções negativas no tempo 2 ($F(2,153)= 1220.913, p<.001$) e em ambos sentimentos subjectivos de ansiedade pós-experiência ($F(2,153)= 386.386, p<.001$) e sentimentos e ideações paranóides pós-experiência ($F(2,153)= 2079.613, p<.001$). Fizeram-se testes Post-Hoc Tukey HSD com o intuito de analisar as diferenças entre os grupos. Os resultados revelam que o GP ($M= 68.86, DP= 15.764$) apresentou níveis mais elevados de “paranóia geral” (GPS) do que o GAS ($M= 54.94, DP= 12.406$), sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas ($t= 13.9216, p<.001$). O GP também apresentou níveis mais elevados de emoções e intensidade emocional tanto positiva como negativa pós-experiência ($M= 18.87, DP= 24.278; M= 28.35, DP= 18.551$ respectivamente) do que o GAS ($M= 15.35, DP= 19.414; M= 26.11, DP= 17.299$ respectivamente), sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas ($t= 3.4706, p<.001$ para os níveis de presença e intensidade de emoções positivas e $t= 2.2353, p<.001$ para os níveis da presença e intensidade de emoções negativas pós-experiência). Logo, o GP parece apresentar mais reacções emocionais, independentemente da valência afectiva (por exemplo, tanto apresenta sentimentos de alegria, como irritação) do que o GAS. Para além disso, o GP apresentou níveis mais elevados dos sentimentos e ideação paranóides pós-experiência ($M= 6.25, DP= 3.486$) nas vinhetas visuais analógicas que o GAS ($M= 1.56, DP= 1.135$), sendo as diferenças entre os dois grupos estatisticamente significativas ($t= 4.6863, p<.001$). Por outro lado, o GAS apresentou níveis mais elevados dos sentimentos de ansiedade pós-experiência ($M= 6.31, DP= 4.4120$) nas vinhetas visuais analógicas que o GP ($M= 3.92, DP= 2.591$), visto que a diferença entre os dois grupos eram estatisticamente significativas ($t= 2.3922, p<.001$) (tabela 49).

O grupo de controlo por sua vez, apresentou os níveis mais baixos de “paranóia geral” no tempo 2 ($M= 26.35, DP= 5.820$), dos sentimentos subjectivos de ansiedade ($M= 2.25, DP= 1.863$) e dos sentimentos e ideação paranóide ($M= .372, DP= .7990$) nas vinhetas visuais analógicas pós-experiência e ainda de emoções e intensidade emocional negativas pós-experiência ($M= 17.50, DP= 12.007$) (tabela 49). Por outro lado, o grupo de controlo apresentou os níveis mais elevados dos três grupos, da presença e intensidade das emoções positivas pós-experiência ($M= 30.96, DP= 19.479$). Os resultados demonstram assim, diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de controlo (GC) e o GP para a “paranóia geral” (GPS) no tempo 2 ($t= 42.5098, p<.001$); para as pontuações da presença e a intensidade das emoções positivas ($t= -12.1373, p<.001$) *versus* as emoções negativas pós-experiência ($t= 10.8431, p<.001$) para os sentimentos subjectivos de ansiedade *in loco* pós-experiência ($t= 1.6667, p<.001$) e ainda para os sentimentos e ideação paranóides *in loco* pós-experiência ($t= 5.8824, p<.001$). Logo, os resultados sugerem que o GP, tal como era esperado, apresentou níveis significativamente mais elevados de “paranóia geral”, da presença e intensidade de emoções negativas pós-experiência, tais como, sentimentos de apreensão, tristeza, irritação, etc. e de sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia pós-experiência do que o grupo de controlo que, por sua vez, demonstrou níveis significativamente mais elevados de presença e intensidade de emoções positivas pós-experiência, tais como, sentimentos de conforto, segurança, serenidade e alegria, do que o GP. Por fim, os resultados demonstraram também diferenças estatisticamente significativas entre o GAS e o GC para a “paranóia geral” (GPS) no tempo 2 ($t= 28.5882, p<.001$); para as pontuações da presença e intensidade das emoções positivas pós-experiência ($t= -15.6078, p<.001$) *versus* as emoções negativas pós-experiência ($t= 8.6078, p<.001$) e para os sentimentos de ansiedade *in loco* pós-experiência ($t= 4.0588, p<.001$) e para os sentimentos e ideação paranóides *in loco* pós-experiência ($t= 1.1961, p<.001$). Da mes-

ma forma que o grupo paranóide (GP), o grupo de ansiedade social (GAS) apresentou níveis significativamente mais elevados de “paranóia geral” no tempo 2, de presença e intensidade de emoções negativas pós-experiência (*e.g.* tristeza) e de sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia pós-experiência do que o grupo de controlo (GC). Este, mais uma vez, e tal como seria de esperar, demonstrou níveis significativamente mais elevados da presença e intensidade das emoções positivas pós-experiência (*e.g.* alegria) do que o GAS. Os resultados sugerem assim, que o grupo paranóide apresentou uma vulnerabilidade psicológica e um impacto emocional diferentes do grupo de ansiedade social, demonstrando mais paranóia geral, sentimentos de paranóia e mais emoções tanto positivas como negativas no tempo 2, enquanto que o grupo de ansiedade social, por sua vez, apresentou mais sentimentos de ansiedade.

Tabela 49. Médias, desvios padrões para os três grupos nas medidas do tempo 2

Medidas do tempo 2	Grupo Paranóide		Grupo de Ansiedade Social		Grupo de Controlo	
	M	DP	M	DP	M	DP
GPS_total_t2	68.86	15.764	54.94	12.406	26.35	5.820
DASS42_depre_t2	5.58	4.605	6.68	5.209	.65	1.683
DASS42_ans_t2	9.56	5.389	6.09	4.972	.63	1.523
DASS42_stre_t2	11.94	3.437	8.74	5.343	2.35	2.513
STAI_ans_est_t2	46.62	12.659	46.03	15.052	32.86	8.632
STAI_ans_tr_t2	50.35	4.367	49.56	3.732	32.41	3.430
Vinheta_ansiedade_t2	3.92	2.591	6.31	4.120	2.25	1.863
Vinheta_paranóia_t2	6.25	3.486	1.56	1.135	.37	.799
Tot_emo_posi	18.87	24.278	15.35	19.414	30.96	19.479
Tot_emo_neg	28.35	18.551	26.11	17.299	17.50	12.007

STAI_ans_est_t1 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade-estado no tempo 1); STAI_ans_tr_t1 (versão Portuguesa da “State Trait Anxiety Inventory”: ansiedade traço nos tempos 1 e 2); GPS_total_t1 e (versão Portuguesa da “General Paranóia Scale”: pontuação total da “paranóia geral” no tempo 1); DASS_depre_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da depressão no tempo 1); DASS42_ans_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total da ansiedade no tempo 1); DASS42_stre_t1 (versão Portuguesa das “Depression Anxiety Stress Scales-42”: pontuação total do *stress* no tempo 1); Vinheta_ansiedade_t1 (sentimentos de ansiedade pré-experiência nas vinhetas visuais analógicas); Vinheta_paranóia_t1 (sentimentos e ideação paranóide pré-experiência nas vinhetas visuais analógicas); Tot_emo_posi (total das pontuações da presença e intensidade das emoções positivas após a experiência); Tot_emo_neg (total das pontuações da presença e intensidade das emoções negativas após a experiência)

VII.3.1.9.5. Efeitos Directos Lineares da “condição experimental de sons”

A variável independente de “condição experimental de sons” apresentou, por sua vez, efeitos lineares estatisticamente significativos na “paranóia geral” (GPS) do tempo 2 ($F(3,153) = 10.368, p < .001$); nas pontuações totais da presença e intensidade das emoções positivas após a experiência ($F(3,153) = 8341.048, p < .001$) *versus* as pontuações da presença e intensidade das emoções negativas após a experiência ($F(3,153) = 8015.944, p < .001$) e ainda na pontuação total dos sentimentos de ansiedade pós-experiência ($F(3,153) = 503.988, p < .001$) e na pontuação total dos sentimentos e ideações paranóides pós-experiência ($F(3,153) = 478.403, p < .001$). Testes Post-Hoc Tukey HSD demonstraram diferenças estatisticamente significativas entre a condição de sons positivos (alegria/calma) e as três condições de sons negativas para a pontuação total da “paranóia geral” (GPS) no tempo 2. A condição de sons positivos (alegria/calma) induziu nos três grupos, níveis significativamente mais baixos da “paranóia geral” (GPS) no tempo 2 do que a condição de sons negativos (medo/ameaça) ($t = -7.7167, p = .002$); do que a condição de sons negativos (tristeza/transtorno) ($t = -10.3278, p < .001$) e ainda do que a condição de sons negativos (raiva/irritação) ($t = -9.6611, p < .001$). Por outro lado, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre as três condições de sons negativos para as pontuações da “paranóia geral” no tempo 2. Outros testes Post-Hoc Tukey HSD revelaram diferenças estatisticamente significativas em relação às pontuações totais da presença e intensidade das emoções positivas após a experiência entre a condição de sons

positivos (alegria/calma) e as três condições de sons negativos (medo/ameaça) ($t= 45.9167$, $p<.001$); (tristeza/transtorno) ($t= 44.8889$, $p<.001$) e (raiva/irritação) ($t= 45.0000$, $p<.001$). Os resultados sugerem que a condição de sons positivo, tal como seria de esperar, induziu nos três grupos, níveis significativamente mais elevados da presença e intensidade de emoções positivas após experiência em comparação com as três condições de sons negativos. Registou-se também uma diferença estatisticamente significativa entre a condição de sons negativos (medo/ameaça) e a condição de sons negativos (tristeza/transtorno) ($t= -1.0278$, $p= .038$) e ainda uma diferença quase estatisticamente significativa entre a condição de sons negativos (medo/ameaça) e a condição de sons negativos (raiva/irritação) ($t= -.9167$, $p= .080$) para as pontuações da presença e intensidade das emoções positivas pós-experiência. Os resultados sugerem, assim, que a condição de sons negativos (medo/ameaça) induziu nos três grupos, níveis significativamente mais baixos da presença e intensidade das emoções positivas pós-experiência do que a condição de sons negativos (tristeza/transtorno).

Os resultados apresentaram também diferenças estatisticamente significativas entre a condição de sons positivos (alegria/calma) e as condições de sons negativos (medo/ameaça) ($t= -34.6667$, $p<.001$); (tristeza/transtorno) ($t= -32.4772$, $p<.001$) e (raiva/irritação) ($t= -34.8333$, $p<.001$) para as pontuações da presença e intensidade das emoções negativas pós-experiência. Os resultados sugerem, ao contrário do que foi observado para as emoções positivas pós-experiência, que a condição de sons positivos (alegria/calma), tal como seria de esperar, induziu nos três grupos, níveis significativamente mais baixos da presença e intensidade de emoções negativas pós-experiência do que as outras três condições de sons negativos. Por fim, registaram-se diferenças estatisticamente significativas entre a condição de sons negativos (tristeza/transtorno) e as condições de sons negativos (medo/ameaça) e (raiva/irritação) para os índices da presença e intensidade de emoções negativas pós-experiência ($t= 2.1994$, $p<.001$ e $t= 2.3661$, $p<.001$, respectivamente). Os resultados sugerem que a condição de sons negativos (tristeza/transtorno) induziu nos três grupos, níveis significativamente mais elevados da presença e intensidade das emoções negativas pós-experiência do que as outras duas condições de sons negativos (medo/ameaça e raiva/irritação). Registaram-se diferenças estatisticamente significativas, e tal como seria de esperar, entre a condição de sons positivos (alegria/calma) e as três condições de sons negativos (medo/ameaça) ($t= -5.6667$, $p<.001$), (tristeza/transtorno) ($t= -5.7778$, $p<.001$) e (raiva/irritação) ($t= -4.8333$, $p<.001$) para os níveis de sentimentos de ansiedade *in loco* pós-experiência. Os resultados sugerem, assim, que a condição de sons positivos (alegria/calma) induziu nos três grupos, níveis significativamente mais baixos de sentimentos subjectivos de ansiedade *in loco* após a experiência do que as três condições de sons negativas. Os resultados demonstraram ainda diferenças estatisticamente significativas entre a condição de sons negativos (raiva/irritação) e a condição de sons negativos (medo/ameaça) ($t= -.8333$, $p<.001$) e a condição de sons negativos (tristeza/transtorno) ($t= -.9444$, $p<.001$) para os níveis de sentimentos subjectivos de ansiedade pós-experiência. Os resultados sugerem que a condição de sons negativos (raiva/irritação) das três condições de sons negativos, foi aquela que induziu nos três grupos, os níveis significativamente mais baixos de sentimentos subjectivos de ansiedade *in loco* pós-experiência. Por fim, observaram-se também diferenças estatisticamente significativas entre a condição de sons positivos (alegria/calma) e as três condições de sons negativos (medo/ameaça) ($t= -3.6111$, $p<.001$), (tristeza/transtorno) ($t= -3.5000$, $p<.001$) e (raiva/irritação) ($t= -3.0833$, $p<.001$) para os níveis de sentimentos e ideações paranóides pós-experiência. Registaram-se ainda diferenças estatisticamente significativas entre a condição de sons negativos (raiva/irritação) e as outras

duas condições de sons negativos (medo/ameaça) ($t = -.5278$, $p < .001$) e (tristeza/transtorno) ($t = -.4167$, $p = .004$) para os níveis de sentimentos subjectivos e ideação paranóides pós-experiência. De acordo com o que foi observado no caso de sentimentos de ansiedade pós-experiência, a condição de sons positivos (alegria/calma) induziu nos três grupos, níveis significativamente mais baixos de sentimentos subjectivos e ideação paranóides pós-experiência em comparação com as três condições de sons negativos (medo/ameaça, tristeza/transtorno e raiva/irritação). Para além disso, a condição de sons negativos (raiva/irritação) apresentou para os três grupos, níveis significativamente mais baixos de sentimentos subjectivos e ideações paranóides pós-experiência do que as outras duas condições de sons negativos (medo/ameaça e tristeza/transtorno).

VII.3.1.9.6. Modelo vulnerabilidade x stress ambiental

A interacção entre as variáveis independentes do “grupo” x “condição experimental de sons” foi estatisticamente significativa não só para a “paranóia geral” (GPS) no tempo 2 ($F(6,153) = 11.102$, $p < .001$); como também para as pontuações da presença e intensidade das emoções positivas pós-experiência ($F(6,153) = 115.778$, $p < .001$) *versus* as pontuações da presença e intensidade das emoções negativas pós-experiência ($F(6,153) = 254.545$, $p < .001$) e ainda para os sentimentos subjectivos de ansiedade *in loco* pós-experiência ($F(6,153) = 83.172$, $p < .001$) e para os sentimentos e ideação paranóides *in loco* pós-experiência ($F(6,153) = 189.602$, $p < .001$). Os resultados sugerem, assim, uma interacção significativa entre a vulnerabilidade psicológica, aqui medida pela pertença a um grupo paranóide *versus* ansioso social ou de controlo, e factores de *stress* que neste estudo são a audição de diversos sons negativos para os índices de “paranóia geral” (GPS), para a presença e intensidade de emoções positivas *versus* negativas (por exemplo, alegria, conforto *vs.* tristeza, desconforto) e de sentimentos subjectivos de ansiedade e de paranóia (vinhetas visuais analógicas). Isto, quer dizer que, os três grupos diferentes comportaram-se de forma semelhante nas diversas condições de sons. Por outras palavras, as condições de sons negativos comparativamente à condição de sons positivos, aumentam significativamente os índices de paranóia geral e de emoções negativas (*e.g.* desconforto, irritação, tristeza, etc.) nos três grupos.

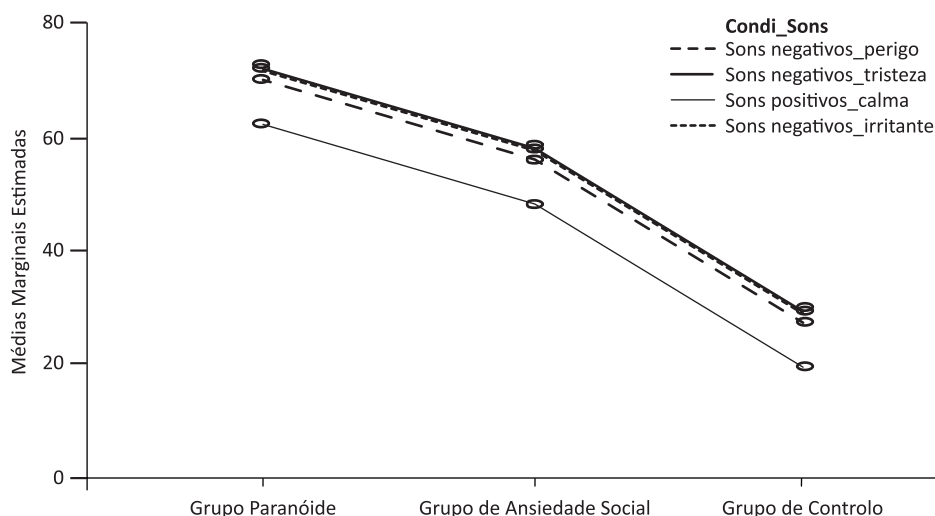


Figura 12. Níveis de “Paranóia Geral” (GPS) dos três grupos do estudo nas condições de sons negativos vs. positivos

VII.3.1.9.7. O efeito da predisposição para as experiências alucinatórias

Observou-se no modelo, uma interacção entre as variáveis independentes do “grupo” x “predisposição para experiências alucinatórias” (LSHRS) x “condição experimental de sons” estatisticamente significativa para a “paranóia geral” (GPS) no tempo 2 ($F(6, 153) = 20.091, p < .001$). Logo, a “predisposição para as experiências alucinatórias” concede força estatística à interacção entre o grupo x condição experimental. Isto, quer dizer que, os indivíduos dos três grupos que apresentaram níveis mais elevados da “predisposição para as experiências alucinatórias”, aumentaram significativamente os índices de paranóia geral nas diferentes condições de sons ($r = .65, p < .001$).

VII.4. Discussão

O objectivo principal deste estudo era o de analisar as diferenças entre um grupo paranóide *versus* um grupo ansioso social relativamente aos seus perfis de vulnerabilidade psicológica e às suas reacções emocionais e a presença de ideação paranóide e predisposição alucinatória quando submetidos a condições de sons negativos (*stress* ambiental) *versus* positivos (*buffer*). Fizeram-se ANOVAS “one-way” para testar as diferenças relativamente ao perfil psicológico dos grupos do estudo: grupo paranóide, de ansiedade social e de controlo. Os resultados concedem suporte às hipóteses. Observou-se de acordo com o que foi observado anteriormente noutros estudos, que o grupo paranóide apresenta significativamente os índices mais elevados de frequência, convicção e transtorno de ideação paranóide; de paranóia geral; de sintomas de depressão e de *stress*; de “ansiedade-estado” e “ansiedade-traço”; da agressividade temperamental (agressão física, agressão verbal, raiva e hostilidade); da predisposição alucinatória comparativamente a ambos os grupos de ansiedade social e o grupo de controlo. O grupo de ansiedade social apresenta, por sua vez, índices mais elevados de paranóia sub-clínica, psicopatologia, ansiedade-estado e traço e agressividade temperamental, excepto a agressão verbal, do que o grupo de controlo. Deste modo, tal como foi observado por Martin e Penn (2001), os indivíduos paranóides da população “normal” apresentam sintomas de depressão e de ansiedade, o que sugere que a paranóia está associada a um quadro psicológico mais grave em termos de índices de psicopatologia do que a ansiedade social (Freeman, 2007). Mais, os nossos resultados suportaram o argumento de Freeman e colegas (2008) que postula que a predisposição alucinatória diferencia os paranóides dos ansiosos sociais numa população normal. De facto, os indivíduos paranóides da nossa amostra de estudantes apresentaram níveis significativamente elevados da predisposição para alucinações auditivas e visuais o que não aconteceu com os ansiosos sociais e o grupo de controlo. Para além disso, demonstrou-se, de acordo com a teoria evolucionária de Gilbert (2001), que os indivíduos paranóides apresentaram significativamente mais tendências agressivas (a nível físico e verbal) e hostis do que os ansiosos sociais. Isto, quer dizer que, perante as ameaças percebidas os paranóides desenvolvem sentimentos de raiva que perduram ao longo do tempo, acabando por fazer parte das características da personalidade, podendo assim ajudar a manter um esquema paranóide sobre a malevolência injusta dos outros contra eles(as).

O nosso estudo tinha outro objectivo, de testar o modelo de vulnerabilidade x *stress* ambiental noutras condições que não as do estudo anterior, que focavam no sucesso *versus* insucesso pessoal. Neste estudo utilizou-se a metodologia experimental usada no estudo do impacto emocional de sons diversos (Bradley e Lang, 1999 *b*; Stevenson e James, 2008) pa-

ra avaliar o efeito de sons negativos como factores de *stress versus* sons positivos como factores de relaxamento (*buffer*) nos três grupos do estudo. À luz da teoria evolucionária de Gilbert (1998b) – que propõe a existência de dois sistemas de processamento de informação (o sistema primitivo “*bottom up*”) que trata a informação sensorial com base afectiva de forma rápida e inconsciente, com o intuito de preparar respostas de ataque ou de fuga perante possíveis ameaças, *versus* um sistema complexo (“*top down*”) que usa o raciocínio lógico e deductivo e monitoriza a actividade do sistema primitivo, ao activar memórias de situações semelhantes e ao testar a adequação das respostas) – propôs-se que os sons negativos de raiva/transtorno, tristeza/transtorno e medo/ameaça iriam ter um impacto emocional negativo em todos os grupos de estudo pois deverão activar respostas de ansiedade e de medo. Testes *t* de amostras *emparelhadas* demonstram que para os grupos paranóide, ansioso social e de controlo, as condições de sons negativas levaram a um aumento significativo da paranóia geral; da “ansiedade-estado e traço”; dos sentimentos pós-experiência de ansiedade e de paranóia sub-clínica e da presença e intensidade de emoções negativas. Logo, os resultados sugerem que os sons negativos (medo/ameaça; tristeza/transtorno e raiva/irritação) foram eficazes em induzirem a activação de sentimentos de ansiedade, de paranóia (i.e. a vigilância do meio ambiente e dos comportamentos e intenções dos outros) e ainda estados afectivos negativos intensos (e.g. irritação, desconforto, apreensão, insegurança, etc.). Por outro lado, e de acordo a literatura da área que sugere que sons que ocorrem naturalmente na natureza produzem um efeito relaxante e diminuem a ansiedade nos estudantes (Knight & Richard, 2001), os resultados sugerem que, no nosso estudo, os sons positivos (alegria/calma) provaram serem eficazes nos três grupos, como factores da protecção do humor negativo, ao reduzir a ansiedade-estado e os sentimentos de “ansiedade” *in loco* e após a experiência, visto que também protegeram os ansiosos sociais e os do grupo de controlo de sentimentos e ideias paranóides. Por conseguinte, os sons que induzem estados de relaxamento podem ter desactivado o sistema primitivo de vigilância que se “alimenta” da ansiedade do indivíduo perante o *stress* provocado por estímulos do meio ambiente (Gilbert, 1998 b).

Tendo-se estabelecido um impacto diferente das condições de sons negativos *versus* positivos nos grupos do estudo, procedeu-se à avaliação da interacção das vulnerabilidades psicológicas de cada grupo com as condições de sons (negativos *versus* positivos) para a explicação da paranóia geral sub-clínica, sentimentos de paranóia e ansiedade *in loco* e para a presença e nível de intensidade das emoções positivas, tais como sentimentos de alegria, conforto e segurança *versus* negativas, tais como sentimentos de desconforto, insegurança, apreensão, irritação, tristeza. Fez-se uma MANCOVA 3x4 cujos resultados demonstraram em primeiro lugar, que a variável independente “grupo” tem efeitos lineares e directos na paranóia geral no tempo 2 e dos sentimentos de paranóia e ansiedade no tempo 2 e na presença e intensidade das emoções positivas *versus* negativas no tempo 2. Testes Post-Hoc Tukey HSD revelaram que o grupo paranóide apresentava índices significativamente mais elevados de paranóia geral; de sentimentos de paranóia pós-experiência *in loco* e uma presença e intensidade mais significativas das emoções positivas e negativas no tempo 2 do que o grupo de ansiedade social que, por sua vez, apresentava índices significativamente mais elevados de sentimentos de ansiedade pós-experiência *in loco* do que o grupo paranóide. Logo, os resultados sugerem que o grupo paranóide apresenta uma vulnerabilidade maior para um aumento significativo do afecto negativo e da ideiação paranóide, do que o grupo ansioso social. Pelo contrário, o grupo de controlo, tal como seria de esperar, apresentou os níveis significativamente mais baixos de paranóia geral

no tempo 2; de sentimentos ansiedade e paranóia *in loco* e pós-experiência e, por outro lado, apresenta a presença e intensidade mais significativas das emoções positivas após a experiência (tais como a curiosidade, concentração, alegria) em comparação com o grupo paranóide e ansioso social. Os resultados da MANCOVA apresentam também efeitos significativos lineares e directos da variável independente “condição experimental de sons” para as variáveis dependentes de paranóia geral no tempo 2; sentimentos de ansiedade e de paranóia *in loco* após a experiência e a presença e intensidade de emoções positivas *versus* negativas após a experiência. Testes Post-Hoc Tukey HSD revelaram que a condição de sons positivos (alegria/calma) das quatro condições de sons apresenta os índices significativamente mais baixos de paranóia geral no tempo 2; de sentimentos de ansiedade pós-experiência; dos sentimentos de paranóia pós-experiência e da presença e intensidade de emoções negativas após a experiência (i.e. reduz estados e comportamentos afectivos negativos tais como a desconcentração, tristeza e irritação). Por outro lado, não se registaram diferenças significativas entre as condições de sons negativos para os níveis de paranóia geral no tempo 2. No entanto, a condição de sons negativos (medo/ameaça) apresentou os índices mais baixos da presença e intensidade de emoções positivas no tempo 2; enquanto as condições de sons negativos (medo/ameaça) e (tristeza/transtorno) apresentam os níveis mais elevados de sentimentos de ansiedade e de paranóia *in loco* pós-experiência e a condição de sons negativos (raiva/irritação) apresentou, por sua vez, os níveis mais elevados da presença e intensidade de emoções negativas (e.g. desconforto) após a experiência. No geral, os resultados estão de acordo com a literatura sobre sons que argumenta que os sons positivos que ocorrem na natureza estão associados a níveis baixos de ansiedade em estudantes (Knight e Richard, 2001) independentemente das suas características psicológicas, enquanto os sons negativos que indicem ou a presença de um dano emocional (tristeza/transtorno), ou uma possível ameaça (medo/ameaça) estão associados à presença de sentimentos de paranóia e ansiedade *in loco* nas sessões experimentais. Por outro lado, os sons que activam o sistema nervoso central, ao activarem reflexos de alerta (raiva/irritação), estão associados à presença e intensidade mais significativas das emoções negativas após a experiência, tais como a irritação, insegurança, desconforto e apreensão. Por fim, os resultados da MANCOVA concederam suporte às nossas hipóteses, ao apresentarem uma interacção significativa entre a variável independente “grupo” (vulnerabilidade) x “condição experimental” (factores de *stress versus buffer*) para as variáveis dependentes de paranóia geral no tempo 2; sentimentos de paranóia e de ansiedade *in loco* pós-experiência e para a presença e intensidade das emoções negativas (e.g. desconforto, irritação, insegurança, etc.) após a experiência. Isto, quer dizer que, os três grupos comportaram-se de forma semelhante relativamente aos índices de paranóia geral e à presença de emoções positivas *versus* negativas nas condições de sons diferentes. Testes ANOVA “one-way” revelaram de facto, que ambos os indivíduos paranóides como os ansiosos sociais submetidos a sons negativos desagradáveis (tristeza/transtorno) apresentaram os índices mais significativos de psicopatologia (níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, ansiosa e de *stress*) em comparação com os outros indivíduos paranóides e ansiosos sociais submetidos aos outros sons negativos.

Por outro lado, os grupos paranóide e ansiedade social diferem entre si ao apresentarem aumentos da paranóia e dos sentimentos e ideação paranóide *in loco* no tempo 2 perante condições de sons negativos diferentes. De facto, enquanto os indivíduos paranóides submetidos aos sons negativos (tristeza/transtorno) apresentaram os níveis mais elevados de paranóia geral e de sentimentos de paranóia e de ansiedade *in loco* no tempo 2, os indivíduos ansiosos so-

ciais submetidos aos sons negativos (medo/ameaça) apresentaram os índices mais elevados de paranóia geral e de sentimentos de paranóia *in loco* após a experiência e ainda de “ansiedade-estado” no tempo 2. Deste modo, os resultados sugerem, assim, que para os indivíduos paranóides ouvir sons que indiquem a presença de estímulos que provoquem o transtorno emocional e “*distress*” está associado à activação de ideias paranóides, de respectivos sentimentos de ansiedade e à activação de um humor depressogénico. Por outro lado, para os ansiosos sociais, ouvir sons que indiquem a presença de estímulos que activem o sistema de vigilância e o sistema nervoso central ao provocarem respostas automáticas de medo, está associado nestes indivíduos, à activação da ideação paranóide sub-clínica e de sentimentos de ansiedade. Estes resultados concedem suporte à teoria evolucionária de Gilbert (1998 *b*) sobre os mecanismos de processamento de informação. Segundo Gilbert, os seres humanos aprenderam a detectar rapidamente ameaças no meio ambiente com o intuito de responderem (*fight ou flee*) para sobreviverem mais um dia. Embora o ser humano use a informação visual para tomar decisões e responder ao meio ambiente, os sons têm uma importância vital para a sobrevivência. Desde os primórdios da evolução humana, que determinados sons no meio ambiente foram associados a determinadas ameaças e este condicionamento permitiu que os humanos respondessem de forma eficaz aos perigos evitando danos custosos. Os sons que indiquem, portanto, uma provável ameaça, tais como um grito na selva, activam os mecanismos de resposta automáticos de um sistema primitivo que não utiliza processos complexos de tratamento de informação. A activação deste sistema, por sua vez, faz com que sentimentos de ansiedade e de paranóia se desenvolvessem, visto que estes são adaptativos a curto prazo para uma resposta de defesa e de prevenção de dano, tornando-se inadaptados a longo prazo para lidar com as situações (Gilbert, Boxall, Cheung e Irons, 2005). Outros sons que indiquem o transtorno e *distress* emocional, ou seja, que demonstrem ter havido um dano provável, activam não só um sistema primitivo de vigilância mas também o sistema de “*top down*” que procura memórias traumáticas de situações onde o indivíduo sofreu a rejeição ou o abuso dos outros, activando, por sua vez, o humor negativo e a ideação paranóide associada (Gilbert, 2001 *a b*). Os indivíduos paranóides são particularmente susceptíveis a estes sons que provocam “*stress*” e “*distress*” (transtorno), pois assume-se que irão activar as memórias de experiências da malevolência intencional dos outros e outros traumas que, por sua vez, levam ao aparecimento de um humor depressogénico e a activação consequente do esquema paranóide de defesa (i.e. a atenção aos comportamentos e intenções dos outros de forma a prevenir possíveis danos). Estes dados sugerem, assim, que a paranóia sub-clínica partilha características com a ansiedade social sub-clínica, como a ansiedade (Freeman, 2007), visto que a paranóia está associada a um quadro de vulnerabilidade psicológica mais grave (índices de agressividade e de psicopatologia) e a memórias de trauma emocional (Campbell e Morrison, 2007).

Observou-se ainda no modelo da MANCOVA, uma interacção estatisticamente significativa entre as variáveis independentes de “grupo” x “predisposição para as experiências alucinatórias x “condição experimental” para a paranóia geral no tempo 2. Este resultado sugere que a “predisposição para as experiências alucinatórias” age como um factor de vulnerabilidade para o aparecimento de ideação paranóide, contribuindo para o aumento significativo de índices de “paranóia geral” nos três grupos do estudo. Por conseguinte, este resultado está de acordo com o argumento de Freeman e colegas (2008) segundo o qual a paranóia sub-clínica caracteriza-se por uma sensação de que “algo não está certo”, pois este sentimento faz parte da tendência do indivíduo paranóide para experienciar alucinações auditivas e visuais. Os pensamentos de suspeita são, assim, precedidos por eventos externos que causam *stress* ao indivíduo

(neste caso, pela audição de sons negativos) e por eventos internos (anomalias de percepção). Em conclusão, o estudo sugere que os indivíduos paranóides apresentam um quadro de vulnerabilidade psicológica mais grave que os ansiosos sociais, apresentando já de base tendências não só para a agressividade mas também uma predisposição para experiências alucinatórias (i.e. mostram anomalias de percepção). Se, por um lado, a ansiedade é a ponte entre a paranóia e ansiedade social sub-clínica (Martin e Penn, 2001), por outro, o temperamento agressivo e especialmente a predisposição para as alucinações apresentam-se como clivagens entre os dois fenómenos. A experiência de audição de sons negativos leva ao aumento de índices de paranóia geral nos ansiosos sociais, o que implica que este tipo de estímulos activa esquemas paranóides de resposta a possíveis ameaças. Enquanto sons que assinalam dano psicológico como o choro de uma mulher (tristeza/transtorno) parecem ser particularmente “perigosos” para os indivíduos paranóides, já que induzem um aumento da ideação paranóide nestes indivíduos, os sons (medo/perigo) que activam um estado de “alerta” para uma possível ameaça induzem um aumento da ideação paranóide e da ansiedade nos ansiosos sociais. Estes resultados sugerem então a interacção entre o tipo de perfil psicológico (paranóide *versus* ansioso social) e determinados sons que são factores de *stress* e para o aumento significativo da paranóia geral e de sentimentos de paranóia em estudantes.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta várias limitações. Por um lado, a amostra era reduzida e constituída maioritariamente por mulheres o que dificulta a generalização dos resultados. Por outro lado, deparamo-nos com problemas metodológicos relativos ao controlo de variáveis parasitas, tais como a presença de eventos negativos que possam ter influenciado os níveis de sintomatologia depressiva, ansiedade e de *stress*. De facto, observou-se que os índices de psicopatologia eram significativamente mais elevados uma semana antes do que depois da experiência. Logo, é possível que os indivíduos da nossa amostra tenham sido alvo de eventos provocadores de *stress* e de um humor depressivo durante essa semana. Outras variáveis parasitas como por exemplo o “ruído” podem ter influenciado também os resultados. Embora os sujeitos usassem auscultadores, não se encontravam em cabines à prova de som, logo poderiam ser distraídos por outros sons que ocorriam no ambiente. O estudo também apresenta limitações devido ao tempo ser limitado, relacionadas com o facto de não se ter usado outra medida para a ideação paranóide que não a paranóia geral. Ao usarem-se outras medidas para medir a ideação paranóide sub-clínica concedia-se mais validade ao estudo deste fenómeno. O estudo apresenta também uma limitação que se prende com a medida das reacções emocionais aos sons. Neste estudo utilizou-se uma medida de auto-resposta que é usada de forma consistente nas experiências sobre as emoções (Bradley e Lang, 2000) e que consiste em caracterizar as emoções activadas na presença dos sons ao assinalar a presença de adjectivos bipolares (positivos *versus* negativos) que as descrevem, atribuindo-lhes um grau de intensidade. Este tipo de medidas de auto-resposta, que são baseadas nas capacidades linguísticas do indivíduo, não permitem avaliar de forma complexa e válida a activação do sistema de vigilância e respectivas emoções de ansiedade, por exemplo. Propõe-se que, para propósito de investigações futuras, se utilizem medidas fisiológicas como, por exemplo, a pressão arterial, o nível de cortisol no sangue, o ritmo cardíaco, etc. para medir a activação do sistema nervoso simpático e os consequentes níveis de *stress*, de ansiedade e de outras emoções negativas. Por fim, sendo um estudo feito num contexto laboratorial retira-lhe validade “ecológica”, no entanto, os sons que se utilizaram ocorrem naturalmente no meio ambiente.

Em conclusão, a paranóia e a ansiedade social sub-clínicas são dois fenómenos semelhantes já que ambos estão associados com a vigilância do meio ambiente para potenciais ameaças ao *self*, no entanto, enquanto a ansiedade social apresenta um enviesamento da atenção para os aspectos negativos do *self* (i.e. “bully interno”) a paranóia demonstra um “enviesamento” da atenção para as intenções e comportamentos dos outros e para consequentes estímulos que indiquem a presença de uma ameaça de transtorno psicológico e emocional (Gilbert e colegas, 2005). A paranóia está também associada a comportamentos de agressão como defesa e a uma predisposição para experiências alucinatórias. De facto, os resultados sugerem mais uma vez a importância da hostilidade e agressividade geral na paranóia como mecanismos de *coping* com a ameaça percebida. Logo, podem-se implementar medidas preventivas de ideação paranóide ao ensinar estratégias novas mais adaptativas para lidar com as situações e as interações sociais (e.g. “*role-playing*”) com o intuito de, por um lado, desactivação do sistema primitivo de vigilância de ameaça-defesa (i.e. o “*Threat System*” de Gilbert 2002 *a*) e, por outro, activação do sistema de relaxamento e de calma (i.e. o “*Soothing System*”). A activação do sistema de “*soothing*” (apaziguamento) leva a um aumento de oxitocina no cérebro. A oxitocina é um neuropéptido que têm sido associado a um aumento de comportamentos pró-sociais caracterizados pela vontade de aceitar riscos nas interações pessoais (Kosfeld, Heinrichs, Fischbacher e Fehr, 2005) e, segundo as teorias da vinculação nos mamíferos, está associado também à formação de vínculos afectivos com os pais e com os parceiros românticos (Porges, 2003). O quadro psicológico da paranóia é extremamente debilitante e faz com que a nível clínico tenha que se implementar terapias que abordem tanto o “bully” interno (aspectos negativos do *self*) como o “bully externo” (a percepção das ameaças externas), tendo em especial atenção o impacto da activação de memórias traumáticas de infância e adolescência em que o indivíduo paranóide sofreu de abuso físico, negligência parental e de *bullying* por parte de colegas e do respectivo afecto negativo associado (i.e. sentimentos de ansiedade, depressão e paranóia). Considerando que os resultados sugerem que a audição de sons positivos (alegria/calma) está associada a uma descida dos níveis de ansiedade e de paranóia *in loco* para todos os grupos (paranóide, de ansiedade social e de controlo) e de paranóia geral para os ansiosos sociais e para os controlos, dever-se-á ensinar, a nível clínico ou como medida preventiva, técnicas de controlo da raiva (“*anger management*”) e de relaxamento tal como o “*Mindfulness*”, com a ajuda de sons relaxantes para evitar o aparecimento e a manutenção de ideação paranóide.

CAPÍTULO VII

Discussão geral

Discussão dos resultados dos estudos

Limitações dos estudos

Direcções para investigações futuras

Conclusões gerais

Aplicações clínicas e medidas preventivas

Capítulo VII

Discussão geral

O programa de estudos propôs-se a analisar, medir e compreender o fenómeno da paranóia sub-clínica no contexto Português, comparando-o com a ansiedade social em termos de perfis cognitivos e comportamentais e de reacções a situações de *stress* social e ambiental.

VII.1. Discussão dos resultados dos estudos

Os resultados do primeiro estudo transversal demonstram que a paranóia sub-clínica, em primeiro lugar, é um fenómeno comum no contexto Português, já que uma proporção substancial de indivíduos de uma amostra de estudantes Portugueses refere ter crenças sobre a malevolência intencional dos outros. Em segundo lugar a “vergonha externa” enquanto variável de *ranking* e as recordações de ambientes ameaçadores na infância são as variáveis que explicam melhor a variância da paranóia geral. Os dados concedem suporte à teoria das mentalidades sociais que argumenta que a paranóia está associada a uma vigilância e preocupação com o que os outros pensam sobre nós e com o que vão fazer acerca disso (Gilbert, Boxall, Cheung e Irons, 2005). Esta preocupação está associada a índices elevados de vergonha interna que, por sua vez, estão associados a experiências de infância em que a criança percepçiona os pais como sendo ameaçadores e poderosos. Este tipo de experiências leva ao adoptar de comportamentos de submissão e ao desenvolvimento não só de sentimentos de inadequação social, de sensibilidade à crítica e à vergonha pessoal mas também ao aparecimento da paranóia. Logo, as implicações clínicas deste estudo são importantes para a abordagem do impacto no adulto de ambas as memórias traumáticas de abuso na infância e da vergonha externa e respectivos comportamentos de submissão e a consequente activação de esquemas paranóides do mundo social.

O estudo também aponta a importância de memórias de vitimação por *bullying* na infância. De facto, os adultos que reconhecem terem sido vítima de vários tipos de abuso pelos pares e pelos pais e familiares durante a infância e adolescência poderão desenvolver índices de psicopatologia (Gilbert, 2002). Os resultados do estudo sugerem que os indivíduos que sofreram de *bullying* na infância apresentam índices significativamente mais elevados da frequência e convicção da ideação paranóide sub-clínica, de vergonhas externa e interna (vergonha do carácter, do comportamento e da aparência física) e de sintomas de depressão, ansiedade e *stress*. Para além disso estes indivíduos recordam também mais experiências de “ameaça”, de “submissão” e de “(des)valorização” no seio familiar do que aqueles que não foram vítimas de *bullying*. Deste modo, os resultados sugerem que existe uma associação significativa entre ser vítima de *bullying* pelos pais e pelos colegas e a presença de ideação paranóide e respectivos sentimentos associados de vergonha e sintomas de depressão.

Os estudos experimentais com amostras da população “normal”, permitiram, por sua vez, estudar os fenómenos da paranóia e da ansiedade social sub-clínica através da recriação em laboratório de situações “novas” e diferentes, que induzem *stress* social ao avaliarem o desempenho pessoal dos indivíduos e *stress* ambiental ao apresentarem sons extremamente desagradáveis (e.g. um grito estridente). Os estudos foram inovadores ao aplicarem e adaptarem o modelo de vulnerabilidade x *stress* em condições de avaliação e de comparação social, que se basearam nos postulados da teoria das mentalidades sociais (Gilbert e colegas, 2005) e em condições da apresentação de sons negativos *versus* positivos, que se basearam nos estudos das emoções (Bradley e Lang, 1999 *a b*). Os resultados de ambos os estudos apresentam, em primeiro lugar, perfis psicológicos diferentes para os indivíduos que apresentam ideação paranóide sub-clínica e para os indivíduos que apresentam ansiedade social sub-clínica. Por um lado, ambos os paranóides e os ansiosos sociais, demonstram índices elevados de ansiedade-estado e traço comparativamente ao grupo de controlo. Isto sugere, de acordo com o argumento de Freeman (2007), que a ansiedade é comum à paranóia e à ansiedade social, visto que a paranóia sub-clínica é considerada como sendo um tipo de ansiedade cuja atenção está direccionada para uma ameaça externa enquanto a ansiedade social apresenta um “enviesamento” da atenção para os aspectos negativos do *self* (i.e. ameaça interna) (Gilbert e colegas, 2005). Por outro lado, os paranóides apresentaram um perfil psicológico caracterizado por índices elevados de raiva-traço (especialmente de raiva temperamental e da reacção à crítica); da agressividade temperamental (agressão física e verbal, raiva e hostilidade); da “vergonha externa” e da predisposição para as experiências alucinatórias, enquanto os ansiosos sociais por sua vez, apresentaram um perfil psicológico caracterizado por índices elevados de comportamentos de submissão e uma tendência para se verem como sendo inferiores aos outros (como tendo um estatuto inferior na hierarquia social).

Os resultados das experiências sugerem também que os paranóides e os ansiosos sociais reagem de maneira diferente ao sucesso *vs.* insucesso pessoal. Os resultados demonstram assim, que o insucesso leva a um aumento significativo nos paranóides, da ideação paranóide, dos índices de raiva-estado e dos índices de vergonha externa. Por outro lado, o insucesso leva nos ansiosos sociais, a um aumento dos índices de ansiedade-estado, da vergonha externa e de sentimentos de paranóia *in loco*.

Quanto ao sucesso, verificou-se que no geral, age como um “buffer” (uma protecção) para os estados de depressão ansiedade e *stress* e para os níveis de agressividade e raiva nos três grupos (paranóide, ansioso social e controlo). Deste modo, por um lado, não se verifica um aumento na sintomatologia depressiva e, por outro, regista-se uma descida nos níveis de “raiva-estado” e “raiva-traço” para os três grupos. No entanto, o sucesso não foi eficaz em proteger os indivíduos paranóides de um aumento significativo da frequência, convicção e transtorno da ideação paranóide e também não protege os ansiosos sociais de um aumento significativo da convicção e transtorno da ideação paranóide, de sentimentos de ansiedade *in loco* e da “vergonha externa”. Logo, a condição de sucesso é particularmente ineficaz em proteger os ansiosos sociais contra sentimentos paranóides *in loco* e contra a vergonha em relação ao que os outros pensam. Para além disso, o sucesso ao contrário do insucesso, leva nos ansiosos sociais, a um aumento da paranóia social-estado e da ideação paranóide. Sendo assim, os ansiosos sociais apresentam medo da avaliação positiva (Weeks e colegas, 2008), sentindo-se ameaçados pelo sucesso. Isto implica que quando os ansiosos sociais são elogiados, desenvolvam ideias de perseguição e de suspeita, pois consideram que a avaliação não é fidedigna. Por conseguinte,

os ansiosos sociais sentem-se ameaçados pela subida de estatuto social, devido ao sucesso pessoal. De facto, parece-nos que os ansiosos sociais desconfiam da avaliação feita pelo investigador, pois não está de acordo com as suas auto-percepções negativas. Logo, o sucesso e insucesso pessoal e as respectivas avaliações negativas e positivas são ambas problemáticas para os ansiosos sociais. Por outro lado, o sucesso para os paranóides parece ser menos problemático e menos ameaçador, do que para os ansiosos sociais, tendo um impacto mais positivo, pois estes(as) apresentam mais reacções emocionais positivas (*e.g.* contentamento, valorização pessoal) nesta condição.

Embora tanto os paranóides como os ansiosos sociais apresentem comportamentos de defesa semelhantes, ao suprimirem a raiva perante a avaliação do seu desempenho, eles(as) diferem entre si relativamente à atribuição das causas do seu desempenho. De facto e de acordo com a teoria da paranóia como defesa de Bentall e colegas (2001), os paranóides apresentam um “*self-serving bias*” ao atribuírem as causas do insucesso pessoal a circunstâncias externas (ruído, a comportamentos das outras pessoas, etc.). Por outro lado, os ansiosos sociais não apresentam este tipo de “enviesamento” nas atribuições das causas do insucesso de desempenho pessoal. Mais, os paranóides apresentam estilos de ruminação do afecto negativo que se centram em pensamentos intrusivos sobre o “ressentimento” em relação aos outros e o “medo das percepções negativas dos outros” em relação a si próprios e a conseqüente vergonha externa, enquanto os ansiosos sociais apresentam um estilo de ruminação “derrotista” que foca nos aspectos “negativos” e defeituosos do *self*. Estes resultados estão, assim, de acordo com a teoria das mentalidades sociais (Gilbert e colegas, 2005) que afirma que a paranóia está associada a percepções de ameaça externa enquanto a ansiedade social, embora partilhe com a paranóia a vigilância para possíveis ameaças externas, direcciona depois a atenção para os aspectos negativos do “eu”. Logo, os paranóides ruminam sobre o que os outros fazem e sobre as suas intenções e percepções acerca das suas qualidades e comportamentos, enquanto os ansiosos sociais ruminam sobre as suas qualidades negativas e sobre a falta de capacidades para um bom desempenho.

Os paranóides e os ansiosos sociais apresentam ambos afecto negativo, embora os paranóides apresentem índices mais elevados de depressão (Martin & Penn, 2001). Os resultados deste estudo também sugerem que, enquanto os sintomas de “ansiedade” servem de factor de vulnerabilidade para o “transtorno” da ideação paranóide sub-clínica, os índices de hostilidade temperamental (atitudes de ressentimento para com os outros) servem como factor de vulnerabilidade para os índices da “frequência” da ideação paranóide sub-clínica. Logo, o estudo não só concede suporte ao argumentos de Freeman e Garety (2003) a favor do papel da ansiedade para o aparecimento da ideação paranóide, como demonstra, pela primeira vez, que, enquanto a ansiedade parece estar associada com o aspecto afectivo da ideação paranóide sub-clínica, a hostilidade temperamental parece estar associada com o aspecto cognitivo da ideação paranóide. Deste modo, este estudo apresenta dados interessantes e inovadores ao salientar a importância da agressividade temperamental para o desenvolvimento da paranóia sub-clínica.

O segundo estudo experimental por sua vez, apresenta mais dados que sugerem que os paranóides apresentam um perfil psicológico com características de agressividade temperamental, atitudes hostis e uma predisposição para as alucinações mais acentuadas, sendo portanto mais severo, do que o perfil da ansiedade social sub-clínica. Para além disso, este estudo é inovador ao ser o único do nosso conhecimento a analisar o efeito de estímulos auditivos, nomeadamente de sons negativos (desagradáveis) *versus* positivos (agradáveis) nos indivíduos

os paranóides *versus* ansiosos sociais numa população não-clínica. Os resultados parecem ser interessantes e promissores, já que demonstram que sons que ocorrem naturalmente no meio ambiente que têm uma base emocional negativa (*e.g.* choro e gritos) (Bradley & Lang, 2000) induzem um aumento significativo da paranóia geral e da presença e intensidade de emoções negativas, tais como, a irritação, o medo e o desconforto, para ambos os indivíduos paranóides e ansiosos sociais. Por outro lado, os sons positivos (*e.g.* sons das ondas) parecem ter um efeito calmante e relaxante, ao induzirem, por um lado, uma descida significativa nos índices de ansiedade e nos sentimentos de ansiedade e de paranóia *in loco* e, por outro lado, um aumento significativo da presença e intensidade das emoções positivas (*e.g.* alegria, serenidade). Para além disso e de acordo com a teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 1998 *a b*), os sons negativos, que têm uma base afectiva de sentimentos de tristeza e do transtorno (*e.g.* choro), têm um impacto especialmente negativo nos paranóides, ao aumentarem os índices de psicopatologia (depressão, ansiedade e *stress*) e de paranóia geral, enquanto os sons negativos, que têm uma base afectiva do medo e da sensação de ameaça (*e.g.* gritos), têm um impacto especialmente negativo nos ansiosos sociais, ao aumentarem significativamente a ansiedade e a paranóia geral neste grupo. Isto sugere, de acordo com o argumento de Gilbert (1998 *a b*), que ambos os paranóides e os ansiosos sociais, utilizam um sistema de vigilância de ameaça/defesa, que usa o afecto e responde de forma automática às ameaças percebidas (*e.g.* gritos que indiciem a probabilidade de sofrer danos físicos). No entanto, os paranóides parecem aceder a memórias traumáticas de experiências sobre danos físicos, psicológicos ou emocionais e que tiveram um impacto emocional severo. Sendo assim, os estímulos que indiciam não só *stress* mas também “*distress*” ou transtorno são especialmente problemáticos para os paranóides. Na verdade, no caso dos paranóides, estes estímulos indiciam a probabilidade da ameaça já ter acontecido e de ter tido um impacto devastador a nível emocional, enquanto os outros estímulos indiciam a probabilidade da ameaça acontecer, activando por isso o sistema de vigilância e preparando o indivíduo para lidar com a ameaça, adoptando assim, comportamentos de fuga ou de ataque (Gilbert, 2001; 2002). Em conclusão, os paranóides são particularmente sensíveis a estímulos sobre o transtorno emocional dos outros indivíduos, porque provavelmente já sofreram de várias experiências traumáticas, como, por exemplo e de acordo com o que foi observado no primeiro estudo transversal, a vitimação por *bullying* ou a experiência de um ambiente familiar “ameaçador”. Este estudo apresenta também dados consistentes com o argumento de Freeman e colegas (2008) em relação ao papel da predisposição para as alucinações, para o desenvolvimento da ideação paranóide sub-clínica. De facto, a predisposição para as experiências alucinatórias tem um efeito significativo na paranóia geral, já que esta tendência para alucinações auditivas e visuais é uma característica dos paranóides mas não dos ansiosos sociais. Em conclusão, estes estudos apresentam um padrão interessante de características psicológicas e de *ranking* típicas da paranóia sub-clínica, que parece ser mais severo e disfuncional do que o padrão típico da ansiedade social sub-clínica.

Por último, o programa de estudos incluía também um estudo clínico de *design* transversal que avaliava as diferenças entre um grupo de indivíduos que sofriam de esquizofrenia paranóide e um grupo de indivíduos que sofriam de ansiedade social relativamente a diversas variáveis psicológicas, variáveis de *ranking*, experiências traumáticas e sintomas depressivos. Os resultados estão de acordo com a teoria multifactorial dos delírios paranóides de Freeman e colegas (2008), ao demonstrarem que o grupo de esquizofrenia paranóide apresenta índices significativamente mais elevados de vergonha externa (vergonha do que os outros

pensam sobre nós principalmente que eles(as) nos achem inferiores e incapazes); de agressividade temperamental (agressão física e hostilidade); de recordações de infância de ambientes familiares “ameaçadores”; de sentimentos de (des)valorização; e de comportamentos de submissão perante os familiares e de experiências traumáticas do abuso físico e da antipatia/frieza e negligência por ambos os pais do que os ansiosos sociais. Os esquizofrênicos paranóides também se comparam mais favoravelmente em relação aos outros do que os ansiosos sociais. Nomeadamente, os esquizofrênicos paranóides consideram que têm um estatuto e uma posição na hierarquia superiores aos dos outros e apresentam índices mais elevados do evitamento das situações sociais do que os ansiosos sociais. Por outro lado, os ansiosos sociais parecem demonstrar índices mais elevados de sintomas de depressão clínica e de comportamentos ansiosos. No entanto, ambos os esquizofrênicos paranóides e os ansiosos sociais, apresentam estilos de vinculação adulta semelhantes, ao demonstrarem um estilo “evitante-medroso”. Este estudo sugere também que ambos os grupos, reconhecem terem sido vítimas de *bullying* na infância por parte dos colegas. No entanto, uma proporção mais significativa de esquizofrênicos do que de ansiosos sociais reconhece ter sido vítima de *bullying*. Os resultados sugerem ainda, que os indivíduos que lembram terem sido vítimas de *bullying* apresentaram significativamente índices mais elevados de ideação paranóide; de agressividade temperamental (nomeadamente de agressão física e de hostilidade); de experiências traumáticas na infância (experiências da antipatia e frieza por parte de ambos os pais; da negligência e abuso físico por parte de ambos os pais); de recordações de ameaça percebida nos ambientes familiares; de comportamentos de submissão perante os familiares e ainda de sentimentos de desvalorização. Logo, os resultados sugerem não só que o *bullying* é uma experiência traumática para os indivíduos que sofrem de esquizofrenia paranóide e de ansiedade social, mas também está associado a experiências de abuso por parte dos pais (Baldry, 2003).

Em conclusão, os resultados dão suporte ao postulado de um contínuo entre as experiências da paranóia sub-clínica e nos delírios paranóides pois ambos apresentam semelhanças entre si. De facto, tanto os indivíduos paranóides de uma população não-clínica, como os esquizofrênicos paranóides, parecem apresentar um estilo de paranóia “coitado de mim” na versão Portuguesa da PEPS, que é caracterizado por índices relativamente baixos de depressão e pela crença que a malevolência dos outros contra eles(as) não é merecida e, como tal, é totalmente injusta (Trower e Chadwick, 1996). Mais, ambos, os indivíduos paranóides de uma população não-clínica de estudantes e os esquizofrênicos paranóides, apresentam um “enviesamento” positivo para as comparações sociais, visto que se percebem como tendo um estatuto e posição mais elevados na hierarquia social do que os outros (Gilbert, Boxall, Cheung e Irons, 2005). Para além disso, ambos os indivíduos paranóides de uma população não-clínica e os esquizofrênicos paranóides, apresentam temperamentos agressivos e tendências para a agressão física; apresentando também experiências traumáticas de *bullying* na infância e a experiência de um ambiente familiar ameaçador; de comportamentos de submissão perante os pais e familiares e de sentimentos de (des)valorização e, como tal, demonstram também níveis elevados de “vergonha externa” (i.e. preocupação com o que os outros pensam sobre eles(as)) e de ansiedade.

VII.2. Limitações dos estudos

Estes estudos apresentam diversas limitações:

- a) As amostras eram consideravelmente pequenas o que faz com que seja difícil generalizar os resultados;

- b) As amostras eram compostas predominantemente por indivíduos do sexo feminino;
- c) As medidas utilizadas para a análise das experiências traumáticas na infância quer no ambiente familiar quer na escola apresentavam um formato retrospectivo e de auto-resposta, o que implica que não controlam os efeitos de “enviesamentos” das memórias subjectivas;
- d) Os estudos experimentais não controlaram o efeito de variáveis parasitas, tais como o experienciar de eventos negativos durante o período da experiência e o controlo de outras variáveis (tais como o ruído de fundo no laboratório) que possam ter influenciado os resultados;
- e) Os estudos experimentais utilizam questionários de auto-resposta para medirem estados afectivos e reacções emocionais às condições experimentais, o que significa que possam ter existido efeitos parasitas das percepções subjectivas erróneas do estado afectivo;
- f) O estudo clínico utiliza questionários de auto-resposta em vez de entrevistas, considerando que o facto dos esquizofrénicos paranóides apresentarem algumas limitações a nível linguístico, de memória e de concentração e isso pode ter afectado a compreensão das questões e consequentemente os resultados.
- g) Os estudos continuam a não poder examinar relações de causa-efeito especialmente no caso dos estudos transversais com amostras clínicas e não clínicas;

VII.3. Direcções para investigações futuras

Deste modo sugere-se que sejam feitos outros estudos clínicos com amostras mais alargadas, que usem entrevistas que meçam as experiências traumáticas, tais como a “*Life Events and Difficulties Schedule*” (Bifulco e Harris) e, de preferência, que estes estudos sejam feitos com indivíduos na fase *prodromal* da doença. Parece-nos importante que sejam feitos estudos também com uma amostra clínica que testem as reacções dos esquizofrénicos paranóides e dos ansiosos sociais a situações de desempenho pessoal e de *feedback* positivo *versus* negativo, de modo a comparar os resultados com os indivíduos da população normal. Sugerimos também que estes estudos utilizem medidas fisiológicas para medir as reacções emocionais às condições experimentais e a activação do sistema nervoso simpático (tais como, o ritmo cardíaco, níveis de cortisol no sangue, etc.).

Apresentamos a sugestão de elaborar estudos experimentais com amostras da população não-clínica, onde os indivíduos sejam submetidos a condições que aumentem a auto-consciência pública (por exemplo, fazerem uma tarefa quando estão a ser gravados por uma câmara de vídeo) e analisar o impacto dessas condições no aparecimento de ideação paranóide (Bodner e Mikulincer, 1998). Para além disso, sugerimos que os comportamentos apresentados pelos indivíduos sejam observados por investigadores “naïves”, que classificarão os comportamentos relativamente a atitudes de evitamento, ou agressividade perante o investigador e depois comparar estes comportamentos com as auto-percepções do comportamento pessoal.

VII.4. Conclusões gerais

Em conclusão, gostaríamos de realçar que os dados dos nossos estudos parecem em primeiro lugar comprovar que a paranóia é um fenómeno bastante comum no contexto Português, apresentando semelhanças e diferenças com a ansiedade social em termos do perfil cognitivo e de comportamentos de defesa. Os pontos fortes dos nossos estudos são a utilização de várias medidas para a medição da paranóia, o que concede validade aos resultados e de *designs* transversais e experimentais que, por sua vez, estudam as diferenças e semelhan-

ças entre paranóia sub-clínica e a ansiedade social relativamente a diversas variáveis psicológicas e de *ranking* numa perspectiva “fresca” e diferente, que precisa de ser aperfeiçoada, pois estes estudos são ainda tentativas exploratórias e únicas, segundo o nosso conhecimento da literatura. Apesar disso, os dados parecem ser promissores, ao sugerirem um quadro para a paranóia sub-clínica composto por tendências agressivas, hostilidade temperamental e pela raiva; vergonha externa; predisposição para as alucinações e consequentes comportamentos de defesa tais como, a supressão da raiva. A paranóia está ainda associada à percepção do insucesso como uma ameaça, sendo mais perigoso que o sucesso e à consequente atribuição do insucesso pessoal ao *locus* externo e ainda à sensibilidade ao *stress* ambiental, nomeadamente aos sons que indiciam tristeza/transtorno (*e.g.* choro), que por sua vez, induzem paranóia em indivíduos que apresentam traços paranóides. A paranóia no nosso estudo, está associada também à experiência de traumas na infância tais como o *bullying* por parte de colegas; à experiência de ameaças percebidas durante a infância no ambiente familiar, de sentimentos de desvalorização na família e ainda à demonstração de comportamentos de submissão perante os familiares. Estas características da paranóia estão relacionadas com o afecto negativo e com a presença de sintomas de depressão e de ansiedade, sendo portanto problemáticas, ao terem um impacto tumultuoso e negativo no indivíduo, o que, por sua vez, leva ao ciclo vicioso próprio da paranóia da percepção da ameaça externa e da vigilância em busca de dados que confirmem o esquema paranóide do mundo social. Por outro lado, a ansiedade social sub-clínica apresenta um perfil psicológico caracterizado por sentimentos de ansiedade, o medo do sucesso (que segundo o nosso conhecimento da literatura ainda não foi observado em estudos sobre a ansiedade social), e consequentes comportamentos de submissão, associados a uma tendência ao contrário da paranóia, para atribuir o insucesso ao *locus* interno e para as rumações “derrotistas”. A ansiedade social apresenta também sensibilidade ao *stress* ambiental, nomeadamente aos sons que indiciam ameaça/medo (*e.g.* gritos) que por sua vez, induzem paranóia nos ansiosos sociais. A ansiedade social demonstra ainda níveis menos elevados do que a paranóia, de “vitimação” por *bullying* e de experiências traumáticas na infância da percepção da ameaça no ambiente familiar.

O facto dos perfis da paranóia sub-clínica e da ansiedade social serem semelhantes, diferindo em termos da gravidade e dos níveis de agressividade temperamental, de vergonha externa e de experiências traumáticas na infância tanto na família como na escola, faz com que seja possível argumentar a favor de uma ponte entre as neuroses e a psicose (Freeman e Garety, 2003), ajudando, assim, a que o estigma associado à paranóia seja melhorado (Link, 1988). Por fim, um aspecto bastante positivo dos nossos estudos são as medidas preventivas e as aplicações clínicas que os dados sugerem:

VII.5. Aplicações clínicas e medidas preventivas

Deste modo sugerimos as seguintes medidas e aplicações clínicas:

- a) examinar a relação entre o “bully” interno (*i.e.* a auto-crítica) e o “bully externo” (a percepção da crítica e perseguição por parte dos outros) como perpetuadores de ideação paranóide e dos comportamentos da ansiedade social;
- b) avaliar a importância da hostilidade e agressividade na paranóia como mecanismos de *coping* (desactivar o “Threat System” de Gilbert enquanto se activa o “Soothing System”) e ensinar estratégias novas mais adaptativas para lidar com as situações e as interações sociais (*e.g.* *role-playing* e o treino da mente compassonada de Gilbert, 1999), para prevenir o aparecimento da ideação paranóide;

c) ensinar técnicas de “anger management” (i.e. mecanismos de *coping* para lidar com a raiva) e de relaxamento em situações de stress, tais como as técnicas do “mindfulness” e o uso de sons agradáveis e relaxantes para evitar o desenvolvimento do afecto negativo e a manutenção de ideação paranóide;

d) prevenir o aparecimento de sintomas psicopatológicos ao detectar sinais de abuso e negligência na família e de *bullying* na escola;

e) ensinar estratégias de adaptação e de *coping* com as experiências traumáticas de *bullying* na escola e de abuso e negligência na família numa perspectiva multidisciplinar; de cooperação e de ensino de habilidades de interacção social;

f) ensinar técnicas de “empowerment” e de reforço da auto-estima para evitar o aparecimento de comportamentos de ansiedade social e de ideação paranóide como defesa do *self*;

g) elaborar estratégias de aceitação do trauma, ensinando aos adultos maneiras novas e criativas para lidar com as memórias e as experiências negativas e o respectivo afecto associado.

Em conclusão, os nossos estudos concedem suporte às “pontes” conceptuais entre a neurose e a psicose, o que traz implicações clínicas para o tratamento dos delírios e alucinações. De facto, tem sido demonstrado a nível clínico que modificações subtis à teoria cognitiva comportamental, que foi originalmente formulada para o tratamento das neuroses, provaram ser eficazes no tratamento dos delírios e alucinações (Drury, Birchwood, Cochrane & MacMillan, 1996). As hipóteses clínicas terão uma maior eficácia, ao aperfeiçoar a compreensão teórica entre a emoção, os processos afectivos e os delírios e alucinações. A literatura tem demonstrado o papel importante da emoção e de processos associados que contribuem directamente para a formação, manutenção e percepção dos delírios e alucinações. O terapeuta, ao tratar a emoção disfuncional, irá muito provavelmente reduzir o nível de sintomatologia “positiva”. Sempre que a avaliação individual demonstre que a emoção tem um papel importante, o terapeuta deve conceptualizar os delírios como crenças com bases afectivas, considerando, assim, os processos das neuroses que ajudam a manter os delírios sem negligenciar o papel dos processos específicos às psicoses (Freeman & Garety, 2002). O mesmo procedimento deverá ser aplicado às crenças acerca das alucinações (Morrison, 1998). Deste modo, as técnicas e formulações modificadas para o tratamento dos distúrbios de foro afectivo são úteis para o tratamento das psicoses.

A associação entre os processos emocionais e os delírios e alucinações é uma área fundamental para a investigação na prática clínica, pois providencia resultados importantes não só a nível teórico mas também clínico.

REFERÊNCIAS

Referências

- Abbott, M. J. & Rapee, R. M. (2004) Post-event rumination of negative *self*-appraisal os social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, **113**, 136-144.
- Adolphs, R.; Damásio, H., & Tranel, D. (2002) Neural systems for recognition of emotional prosody: A 3-D lesion study. *Emotion*, **2**, 23-51.
- Adolphs, R.; Tranel, D., & Damásio, H. (2001) Emotion recognition from faces and prosody following temporal lobectomy. *Neuropsychology*, **15**, 396-404.
- Alden L.E.; & Beiling, P. (1998) Interpersonal consequences of the pursuit of safety. *Behaviour Research and Therapy*, **36**, pp. 53–65.
- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994) An exploration of shame measures II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, **17**, 719–722.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1995) A social comparison scale: psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences*, **19**, 293–299.
- Allan, S. & Gilbert, P. (1997) Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, **36** (4), 467-488.
- Allen, P.; Freeman, D.; McGuire, P.; Garety, P.; Kuipers, E.; Fowler, D.; Bebbington, P.; Green C.; Dunn, G. & Ray, K. (2005) The prediction of hallucinatory predisposition in non-clinical individuals: examining the contribution of emotion and reasoning. *British Journal Of Clinical Psychology*, **44** (Pt1) 127-32.
- Andrews, B.; Quian, M. & Valentine, J.D. (2002) Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: the Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, **41**, 29-42
- Anttonen, J. (2005) *Using the EMFI chair to measure the user's emotion-related heart rate responses*. Unpublished doctoral dissertation. University of Tampere, Tampere, Finland.
- American Psychiatric Association (1994) *The diagnostic criteria from DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baldry, A.C. (2003) *Bullying* in schools and exposure to domestic violence. *Child Abuse and Neglect*, **27** (7), 713-32.
- Barlow, D.H. (1991) Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*; **2**:58–71.
- 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** pp. 226–244
- Baum, S. R., & Dwivedi, V. D. (2003) Sensitivity to prosodic structure in left- and right-hemispheric-damaged individuals. *Brain & Language*, **87**, 278-289.
- Baumeister, R., & Leary, M. (1995) The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, **117**, 497–529.
- Bebbington, P.E., Bhugra D., Brugha T. Singleton, N.; Farrell, M.; Jenkins, R. (2002) Psychosis, victimisation and childhood disadvantage. *British Journal of Psychiatry*; **185**:220–226.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Approach*. New York: Basic.

- Beck, A.T., Freeman, A., & Associates. (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Wiley.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77–100.
- Belsky, J.; Steinberg, L., & Draper, P. (1991) Childhood experiences, interpersonal development, and reproductive strategy: an evolutionary theory of socialization. *Child Development*, 62, 647–670.
- Bendall, S.; McGorry, P. and Krstev, H.(2006) The trauma of being psychotic: an analysis of posttraumatic stress disorder in response to acute psychosis. In: W. Larkin and A.P. Morrison, Editors, *Trauma and psychosis: New directions for theory and therapy*, Routledge, London pp. 58–74.
- Bendixen, B. & Olweus, D. (1999) Measuring anti-social behaviour in early adolescence and in adolescence: *Psychometric properties and substantive findings*. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9, 323-354.
- Bentall, R. P. (1990) The syndromes and symptoms of psychosis: Or why you can't play 20 questions with the concept of schizophrenia and hope you can't win. In R. P. Bentall (Ed.), *Reconstructing schizophrenia* (pp. 23-60). London:Routledge.
- Bentall, R.P. (1994) Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. In: A.S. David and J. Cutting, Editors, *The neuropsychology of schizophrenia*, LEA, London (1994), pp. 337–360.
- Bentall, R. P.; Claridge, G. S. & Slade, P. D. (1989) The multidimensional nature of psychotic traits: A factor analytic study with normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 117-129.
- Bentall, R. P.; Corcoran, R.; Howard, R.; Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001) Persecutory delusions: A review and theoretical interpretation. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143–1192.
- Bentall, R. P. & Kaney, S. (1989) Content specific information processing and persecutory delusions: an investigation using the emotional Stroop test. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 355-364.
- Bentall, R. P. Kinderman P. & Kaney, S. (1994) The *self*, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341
- Bentall, R. P. & Kaney, S. (1996) Abnormalities of *self*-representation and persecutory delusions: a test of cognitive model of paranoia. *Psychological Medicine*, 26 (6), 1231-1237.
- Bentall, R. P., & Kaney, S. (2005) Attributional liability in depression and paranoia. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 475-488.
- Bentall, R. P.; Kaney, S.; & Bowen-Jones, K. (1995) Persecutory delusions and recall of threat-related, depression-related, and neutral words. *Cognitive Therapy and Research*, 19, pp. 445–457.
- Bentall, R. P. & Kinderman, P. (1998) Psychological processes and delusion beliefs: implications for the treatment of paranoid states. In T. Wykes, N. Tarrier & S. Lewis (eds.) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, pp 119-144. Chichester: Wiley.
- Bentall, R.; Rowse, G.; Shryane, N.; Kinderman, P.; Howard, R.; Blackwood, N.; Moore R. & Corcoran, R. (2009) The Cognitive and Affective Structure of Paranoid Delusions. A Transdiagnostic Investigation of Patients with Schizophrenic Spectrum Disorders and Depression. *Archives of General Psychiatry*, 66 (3), 236-247.
- Bentall, R. P., & Slade, P. D. (1985) Reality testing and auditory hallucinations: A signal detection analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 3, 159–169.
- Berry, K.; Barrowclough, C.; Wearden, A. (2008) Attachment theory; a framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis, *Behaviour Research and Therapy*, 46 (12); 1275-82.
- Bifulco, A.; Bernazzani, O.; Moran, P. M. & Jacobs, C. (2005) The Childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA. Q): Validation in a community series. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44 563-581

- Bifulco, A.; Kwon, J.; Jacobs, C.; Moran, P.M.; Bunn, A. & Beer, N. (2006) Adult attachment style as mediator between childhood neglect/abuse and adult depression and anxiety, *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* **41** pp. 796–805
- Birchwood, M. (2003) Pathways to emotional dysfunction in first episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, **182**, 373–375.
- Birchwood, M. & Iqbal, Z. (1998) Depression and suicidal thinking in psychosis: a cognitive approach. In T. Wikes, N. TARRIER & S. Lewis (Eds.) *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, pp 81-100. Chichester: Wiley.
- Birchwood, M. , Iqbal, Z., Chadwick, P. e Trower, P. (2000) Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis I: ontogeny of post-psychotic depression. *British Journal of Psychiatry*, **177**, pp. 516–521
- Birley, J.L. & Brown, G.W. (1970) Crises and life changes preceding the onset or relapse of acute schizophrenia : clinical aspects. *British Journal of Psychiatry* **116**, 327–333.
- Blackwood, N. J.; Howard, R. J.; Bentall, R. P. & Murray, R. M. (2001) Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusions. *American Journal of Psychiatry*, **158** (4) 527-539
- Bodner, E. & Mikulincer, M. (1998) Learned Helplessness and the Occurrence of Depressive-Like and Paranoid-Like Responses: The Role of Attentional Focus. *Journal of Personality and Social Psychology*, **74** (4), 1010-1023.
- Bradley, M. M.; Codispoti, M.; Cuthbert, B. N., & Lang, P. J. (2001) Emotion and motivation: I. Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, **1**, 276-298.
- Bradley, M. M.; Codispoti, M.; Sabatinelli, D., & Lang, P. J. (2001) Emotion and motivation: II. Sex differences in picture processing. *Emotion*, **1**, 300-319.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (1994) Measuring emotion: The *Self*: Assessment Manikin and the semantic differential. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, **25**, 49-59.
- Bradley, M. M. & Lang, P. J. (1999a) *Affective norms for English Words (ANEW): Stimuli, instruction manual and affective ratings*. (Tech. Rep. N° C-1). Gainesville: FL: University of Florida
- Bradley, M. M. & Lang, P. J. (1999b) *International Affective Digitized Sounds (IADS): Stimuli, instruction manual and affective ratings* (Tech. Rep. No. B-2). Gainesville, FL: University of Florida.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (2000a) Affective reactions to acoustic stimuli. *Psychophysiology*, **37**, 204-215.
- Bradley, M. M., & Lang, P. J. (2000b) Measuring emotion: Behavior, feeling, and physiology. In R. D. Lane & L. Nadel (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 242-276). New York: Oxford University Press.
- Brennan, K.A.; Clark, C.L. & Shaver, P.R. (1998) *Self-report measurement of adult attachment: an integrative overview*. In: J.A. Simpson and W.S. Rholes, Editors, *Attachment theory and close relationships*, Guilford Press, London pp. 46–76
- Bruner, J. (1996) A narrative model of *self* construction. *Psyke & Logos*, **17**, 154-170
- Buchanan, T. W.; Lutz, K.; Mirzazade, S.; Specht, K.; Shah, N. J.; Zilles, K. & Jäncke, L. (2000) Recognition of emotional prosody and verbal components of spoken language: An fMRI study. *Cognitive & Brain Research*, **9**, 227-238.
- Buss, D. M. & Craik, K. H. (1986) Acts, dispositions and clinical assessment: the psychopathology of everyday conduct. *Clinical Psychology Review*, **6**, 387-406.
- Buss, A. H. & Perry, M. (1992) The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, **63** (3), 452-9.
- Butler, P.D.; Javitt, D.C. (2005) Early-stage visual processing deficits in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, **18**, 151–157.
- Callaghan, S. & Joseph, S. (1995) *Self*-concept and peer victimization among School children. *Personality and Individual Differences*, **18** (1), 161-163.
- Campbell, M. & Morrison, A. P. (2007) The relationship between *bullying*, psychotic-like experiences and appraisals in 14-16 year olds. *Behaviour Research and Therapy*, **45** (7), 1579-91.

- Canavarro, M.C. (1997). *Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M. C., Dias, P. & Lima, V. (2006) A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R(AAS-R)na população portuguesa. *Psicologia*, 20, 155-186.
- Carpenter, W. T., & Strauss, J. S. (1991) The prediction of outcome in schizophrenia IV: Eleven-year follow-up of a Washington IPSS cohort. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 517-25.
- Chadwick, P. D. J. & Birchwood, M.J. (1994) The omnipotence of voices: a cognitive approach to hallucinations. *British Journal of Psychiatry* 164 (1994), pp. 190–201.
- Chadwick, P. D. J., & Trower, P. (1996 a) Cognitive therapy for punishment paranóia: A single case experiment. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 351-356.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996 b) *Cognitive therapy for delusions, voices and paranóia*. Chichester: England, U.K. John Wiley and sons.
- Chadwick, P. D. J., & Trower, P. (1997). To defend or not to defend: A comparison of paranóia and depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 11, 63-71
- Chadwick, P. & Taylor, G. (2000) Are deluded people usually prone to illusory correlation? *Behaviour Modification*, 24 (1) 130-141.
- Chadwick, P.J., Trower, P., Juusti-Butler, T.-M., & Maguire, N. (2005) Phenomenological evidence for two types of paranóia. *Psychopathology*, 38, 327-333.
- Chen, Y. P.; Ehlers, A.; Clark, A. M. & Mansell, W. (2002) Patients with generalized social phobia direct their attention away from faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 677-687
- Cheung, S.P.M.; Gilbert, P. & Irons, C. (2004) An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 1143-1153.
- Claridge, G. (1972) The schizophrenias as nervous types. *British Journal of Psychiatry*, 121, 1–17.
- Claridge, G. S. (1985) *Origins of mental illness*. Oxford: Blackwell Press
- Claridge, G.S. (1987) "The Schizophrenias as nervous types" Revisited. *British Journal of Psychiatry*, 151, 735-743.
- Claridge, G. (1994) Single indicator of risk for schizophrenia. Probable fact or likely myth? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 151-168.
- Claridge, G. (1997) Schizotypy: implications for illness and health. Oxford: Oxford University Press.
- Claridge, G., & Broks, P. (1984) Schizotypy and hemisphere function 1. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5 (6), 633-648.
- Clark, D. M. (2001). *Social Attitudes Questionnaire, revised*. Unpublished manuscript, University of Oxford.
- Clark D.M. and Wells, A. (1995) A cognitive model of social phobia. In: R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope and F. Schneier, Editors, *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*, Guilford, New York
- Clay, D., Anderson, W., & Dixon, W. (1993) Relationship between anger expression and stress in predicting depression. *Journal of Counselling and Development*, 72, 91–94.
- Cohen, D.; Vandelto, J. & Rantilla, A. K. (1998). The sacred and the social: cultures of honor and violence. In P.Gilbert, & B. Andrews, *Shame: interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 261-282). New York:Oxford University Press.
- Coles, M. E. ; Turk, C. L.; Heimberg, R. G. & fresco, D. M. (2001) Effects of varying levels of anxiety within social situations: relationship to memory percepttive and attributions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 651-665.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- Collins, N.L., & Read, S.J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663
- Combs, D. R., & Penn, D. L. (2004) The role of sub-clinical paranóia on social perception and behavior. *Schizophrenia Research*, 69, 93-104.

- Combs, R. D.; Penn, D.; Chadwick, P.; Trower, P. Christopher O. Michael; Basso, M.; (2007) Subtypes of paranóia in a non-clinical sample. *Cognitive NeuroPsychiatry*, 12 (6), 537-553
- Combs, D.R., Michael, C.O., & Penn, D.L. (2006) Paranóia and emotion perception across the continuum. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 19-31
- Combs, R. D.; Penn, D.; Michael, C.; Basso, M.; Wiedeman, R.; Siebenmorgan, M.; Tiegreen, J. & Chapman, D. (2009) Perceptions of Hostility by persons with and without Persecutory Delusions. *Cognitive NeuroPsychiatry*, 14 (19), 30-52
- Combs, D. R., Penn, D. L., Wicher, M., & Waldheter, E. (2007) The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): A new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranóia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 128-143.
- Constans, J., Penn, D. L., Ihnen, G., & Hope, D. A. (1999) Interpretation biases in social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 37, 643-651.
- Corcoran, R., Cahill, C. & Frith, C. D. (1997) The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia: A study of 'mentalizing' ability. *Schizophrenia Research*, 24, 319-327.
- Cosmides, L. (1989) The logic of social exchange: has natural selection shaped how humans reason? Studies with the Wason selection task. *Cognition*, 31, 187-276
- Costello, C., G. (1994) Two dimensional views of psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 391-402
- Cosoff, S.J. & Hafner, R.J (1998) The prevalence of comorbid anxiety in schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32 pp. 67-72
- Craig, W. (1998) The relationship among *Bullying*, Victimization, Depression, Anxiety, and Aggression in Elementary School Children. *Personality and Individual Differences*, 1, 123-130.
- Crawford, J. R & Henry, J. D. (2003) The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical population. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 111-131.
- Cullari, S. (1994) Levels of anger in psychiatric inpatients and normal subjects. *Psychological Reports*, 75, pp. 1163-1168.
- Curtis, R. C. & Miller, K. (1986) Believing another likes and dislikes you: behaviours making the beliefs come true. *Journal of Personality and Social psychology*, 51, 284-290
- Dalery, J. & D' Amato, T. (1999) *A Esquizofrenia: Investigações Actuais e Perspectivas*. Lisboa Climepsi Editores
- Dannahy, L. & Stopa, L. (2007) Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 110-115
- Davidson R.J. (1998) Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience. *Cognition and Emotion*, 8, 307-330
- Davidson, R. J.; Pizzagalli, D.; Nitschke, J. B. & Putnam, K. (2002) Depression: perspectives from neuroscience. *Annual Review of Psychology*, 53, 545-574.
- Davison G. & Neale J. (1996) *Abnormal psychology (7th edition)*. John Wiley and Sons
- Dicionário Editora da Língua Portuguesa*. (2006) Porto: Porto Editora
- Di'Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised*. New York: Graywind Publications.
- Dixon, K. A. (1991) Cut-off strategies in depressed and psychotic patients. *Biological Psychiatry*, 29 (11s), 348S abstract, P-02-36.
- Dixon, K. A. (1998) Ethological strategies for defence in animals and humans: their role in some psychiatric disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71 (4), 417-445.
- Dolan, R. J.; Morris, J. S., & de Gelder, B. (2001) Crossmodal binding of fear in voice and face. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 98, 10006-10010.
- Doody, G. A.; Gotz, M.; Johnstone, E. C.; Frith, C. D. & Cunningham-Owens, D. G. (1998) Theory of mind and psychosis. *Psychological Medicine*, 28, 397-405.

- Dozier, M.; Stovall, K.C. & Albus, K.E. (1999) Attachment and psychopathology in adulthood. In: J. Cassidy and P.R. Shaver, Editors, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, Guilford Press, New York (1999), pp. 497–519
- Drury, V.; Birchwood, M.; Cochrane, R. & MacMillan, F. (1996) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, **169**, pp. 593–601.
- D'Souza, D.C.; Perry, E.; MacDougall, L.; Ammerman, Y.; Cooper, T. Wu, Y. Braley, G. Gueorguieva, R. & Krystal, J.H. (2004) The psychotomimetic effects of intravenous delta 9-tetrahydrocannabinol in healthy individuals : implications for psychosis. *Neuropsychopharmacology*, **29**, 1558–1572.
- Dudley, R. E.; John, C. E.; Young, A. W. & Over, D. E. (1997) Normal and abnormal reasoning in people with delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, **36**, 575-584.
- Dudley, R. E. J., & Over, D. E. (2003) People with delusions jump to conclusions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **10**, 263–274.
- Dutton K. A & Brown J. D. (1997) Global *self*-esteem and specific *self*-views as determinants of people's reactions to success and failure. *Journal of personality an social psychology*, **73**, 139-148
- Drury, V.; Birchwood, M.; Cochrane, R. & MacMillan, F. (1996) Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry* **169** (1996), pp. 593–601.
- Easterbrook, J. A. (1959) The effect of emotion on cue utilisation and the organisation of behaviour. *Psychological Review*, **66**, 183-201
- Eisenberg, N. (2002) Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. In Davidson, R., & Harrington, A. (Eds.), *Visions of compassion: western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature* (pp. 131–164). New York: Oxford University Press.
- Ekman, P. (1992) Are there basic emotions? *Psychological Review*, **99**, 550-553.
- Ekman, P. (1993) Facial expression and emotion. *American Psychologist*; **48** :384–392.
- Ellett, L.; Lopes, B. & Chadwick, P. (2003) Paranóia in a Normal College Population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **191** (7), 425-230
- Ellis, A. (1980) An overview of the clinical theory of rational-emotive therapy. In R. Grieger & J. Boyd (Eds.) *Rational-emotive therapy: A skills-based approach*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Eng, W.; Heimberg, R. G.; Hart, T. A.; Schneier, F. R.; Liebowitz, M. R. (2001) Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety and depression *Emotion*. Vol 1(4), 365-380.
- Ethofer, T.; Anders, S.; Wiethoff, S.; Erb, M.; Herbert, C.; Saur, R., *et al.* (2006) Effects of prosodic emotional intensity on activation of associative auditory cortex. *NeuroReport*, **17**, 249-253.
- Fear, C. F. & Healy, D. (1997) Probabilistic reasoning in obsessive-compulsive and delusional disorders. *Psychological Medicine*, **27**, 199-208.
- Felsten, G. & Hill, V. (1999) Agression Questionnaire Hostility Scale predicts anger in response to mistreatment. *Behaviour Research and Therapy*, **37** (1), 87-97.
- Fenigstein, A. (1997) Paranoid thought and schematic processing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, **16** (1), 77-94
- Fenigstein, A. & Vanable, P. A. (1992) Paranóia and *self*-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **62**, 129-138.
- Foa, E. B.; Franklin M. E., M. J.; Perry, K. J. & Herbert, J. D. (1996) Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, **105**, 433-439.
- Fornells-Ambrojo & Garety, P. A. (2005) Bad me paranóia in early psychosis: a relatively rare phenomenon. *British Journal of Clinical Psychology*, **44** (Pt.4), 521-8
- Fornells-Ambrojo, M. & Garety, P. A. (2008) Understanding attributional biases, emotions and *self*-esteem in “poor me” paranóia: findings from an early Psychosis sample. *British Journal of Clinical Psychology*, (Pt.4), 521-8

- Foucault, M. (1965) *Madness and civilisation: a history of insanity in the age of reason*. New York and Toronto, New American library.
- Foucault, M. (1970) *The order of things*. New York: Vintage.
- Foucault, M. (1972) *The archaeology of knowledge and the discourse on language*. New York: Pantheon.
- Foulds, G.A. & Bedford, A. (1975) Hierarchy of classes of personal illness. *Psychological Medicine*, **5**, pp. 181–193.
- Freeman, D. (2006) Delusions in the non-clinical population. *Current Psychiatry Reports*, **8**, 191–204.
- Freeman, D. (2007) Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, **27**, 425–457
- Freeman, D. & Fowler, D. (2009) Routes to psychotic symptoms: trauma, anxiety and psychotic-like experiences. *Psychiatry Research*, **169** (2), 107–112
- Freeman, D. & Freeman, J. (2008) *Paranóia: The 21st Century Fear*. Oxford University Press, in press.
- Freeman, D., Freeman, J., & Garety, P. (2006) *Overcoming paranoid and suspicious thoughts*. London: Robinson Constable.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (1999) Worry, worry processes and dimensions of delusions: An exploratory investigation of a role for anxiety processes in the maintenance of delusional distress. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **27**, 47–62.
- Freeman, D. & Garety, P. (2000) Comments on the content of persecutory delusions: does the definition need clarification? *British Journal of Clinical Psychology*, **39**, 407–414
- Freeman D. & Garety, P.A. (2002) Cognitive therapy for an individual with a long-standing persecutory delusion: incorporating emotional processes into a multi-factorial perspective on delusional beliefs. In: A.P. Morrison, Editor, *A casebook of cognitive therapy for psychosis*, Brunner Routledge, Hove (2002), pp. 173–196.
- Freeman, D. Garety, P. A. (2003) Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, **41** (8), 923–47.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2004 a) *Paranóia: The psychology of persecutory delusions*. New York: Psychology Press.
- Freeman, D. & Garety, P. A. (2004 b) Bats among birds. *The Psychologist*, **17** (11), 642–645
- Freeman, D. Garety, P., Fowler, D., Kuipers, E. Dunn, G., Bebbington, P. Hadley, C. (1998) The London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis IV: self-esteem & persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, **37**, pp. 415–430.
- Freeman, D.; Garety, P. A. & Kuipers, E. (2001) Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*, **31**(7), 1293–306.
- Freeman, D.; Garety, P.A.; Kuipers, E.; Fowler, D. & Bebbington, P.E. (2002) A cognitive model for persecutory delusions. *British Journal Of Clinical Psychology*, **41** (Pt 4), 331–47
- Freeman, D.; Garety, P.A. & Phillips, M. L. (2000) An examination of hypervigilance for external threat in individuals with generalised anxiety disorder and individuals with persecutory delusions using visual scan paths. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, **53A** (2), 549–567.
- Freeman, D., Slater, M., Bebbington, P. E., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., Met, A., Read, C.M., Jordan, J., & Vinayagamoorthy, V. (2003). Can virtual reality be used to investigate persecutory ideation?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, **191** (8), 509–514
- Freeman, D.; Garety, P. A.; Bebbington, P.E.; Smith, B.; Rollinson, R.; Fowler, D.; Kuipers, E.; Ray, K. & Dunn, G. (2005 a) Psychological investigation of the structure of paranóia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, **186**, 427–435.
- Freeman, D.; Dunn, G.; Garety, P.; Bebbington, P. E.; Slater, M. .; Kuipers, E; Fowler, D.; Green, C.; Jordan, J. & Ray, K. (2005 b) The psychology of persecutory ideation I: a questionnaire survey. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **193** (5), 302–308
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., *et al.* (2005c) Psychological investigation of the structure of paranóia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, **186**, 427–435.

- Freeman, D.; Garety, P. A.; Kuipers, E.; Fowler, D.; Bebbington, P.E. & Dunn, G. (2006) Acting on persecutory delusions: the importance of safety seeking. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 89-99
- Freeman, D., Garety, P. A., McGuire, P., & Kuipers, E. (2005) Developing a theoretical understanding of therapy techniques: Reasoning, therapy and symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, *44*, 241-254.
- Freeman, D.; Gittins, M.; Pugh, K.; Antley, A.; Slater, M. & Dunn, G. (2008) What makes one person paranoid and another person anxious? The differential prediction of social anxiety and persecutory ideation in an experimental situation. *Psychological Medicine*, *38*, 1121-1132
- Freeman, D.; Pugh, K.; Green, C.; Valmaggia, L.R.; Dunn, G.; Garety, P.A. (2007) A measure of state persecutory ideation for experimental studies. *Journal of Nervous and Mental Disease* *195*, 781-784.
- Freeman, D.; Pugh, K.; Antley, L.; Slater, M.; Bebbington, P.; Gittins, M.; Dunn, G.; Kuipers, E.; Fowler, D. & Garety, P. A. (2008) Virtual reality study of paranoid thinking in the general population. *British Journal of Psychiatry*, *192*, 258-263.
- Frey, S.; Kostopoulos, P. & Petrides, M. (2000) Orbitofrontal involvement in the processing of unpleasant auditory information. *European Journal of Neuroscience*, *12*, 3709-3712.
- Frith, C. D. (1992) *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*. Hove: Lawrence, Erlbaum.
- Frith, C. D. (2004) Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine*, *34*, 385-389.
- Frith, C. D. & Corcoran, R. (1996) Exploring a theory of mind in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, *26*, (3), 521-530.
- Galinha, C. I. & Pais-Ribeiro, J. L. (2005) Contribuição para o estudo da versão Portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): Estudo Psicométrico. *Análise Psicológica*, *2* (XXIII), 219-227.
- Gandour, J.; Larsen, J.; Dechongkit, S.; Ponglorpisit, S.; & Khunadorn, F. (1995) Speech prosody in affective contexts in Thai patients with right hemisphere lesions. *Brain & Language*, *51*, 422-443.
- Garety, P.A. and Hemsley, D.R. (1994) *Delusions: investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford University Press, Oxford
- Garety, P. A. & Freeman, D. (1999) Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, (1), 113-154.
- Garety, P. A., Hemsley, D. R. & Wessely, S. (1991) Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients: biases in performance in a probabilistic inference task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *179*, 194-201.
- Garety, P. A.; Kuipers, E.; Fowler, D.; Freeman, D. & Bebbington, P. E. (2001) A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, *31*, 189- 195.
- Garety, P.; Bebbington, D.; Fowler, D.; Freeman, D. & Kuipers, E. (2007) Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis, *Psychological Medicine*, *37*, pp. 1377-1391
- Gato, J.J. (2003) *Evolução e Ansiedade Social*. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra na área de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental.
- Gilbert, P. (1989) *Human Nature and Suffering*. London: Erlbaum.
- Gilbert, P. (1992) *Depression: the evolution of Powerlessness*. Lawrence Erlbaum: Hove.
- Gilbert, P. (1993) Defence and Safety – their function in Social behaviour and Psychopathology. *British Journal of Social Psychology*, *32* (2), 131-133.
- Gilbert, P. (1998a) Evolutionary psychopathology: why isn't the mind designed better than it is? *British Journal of Medical Psychology*, *71*, (4), 353-373
- Gilbert, P. (1998b). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *British Journal of Medical Psychology*, *71*, 447-463.

- Gilbert, P. (2000) Varieties of Submissive behaviour as forms of social defence: their evolution, and role in depression. In Sloman, L. & Gilbert, P. (Eds.) *Subordination and Defeat: An Evolutionary Approach to Mood Disorders and their Therapy*. Lawrence Erlbaum, Mahawh, páginas 3-45.
- Gilbert, P. (2001a). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *35*, 17-27.
- Gilbert, P. (2001b). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition and social hierarchies. In F.R. Schneier (Ed.), *Social Anxiety Disorder: The Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 24, pp. 723-751). Philadelphia, PA: Saunders.
- Gilbert, P. (2002) Evolutionary approaches to psychopathology and cognitive therapy. In P. Gilbert (Ed.) *Cognitive Psychotherapy: an International Quarterly (Evolutionary Psychology and Cognitive Therapy Special Edition)*, *16*, 236-264.
- Gilbert, P. (2003) Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social Research*, *70* (4), 1205-1230
- Gilbert, P. & Allan, S. (1998) The role of defect and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, *28*, 585-598.
- Gilbert, P.; Allan, S.; Brough, S.; Melley, S. & Miles, J. (2002) Anhedonia and positive affect: relationship to social rank, defeat and entrapment. *Journal of Affective Disorders*, *71*, 141-151.
- Gilbert, P.; Allan, S. & Trent, D. (1995) Involuntary subordination or dependency as key dimensions of depressive vulnerability. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 740-752.
- Gilbert, P.; Boxall, M.; Cheung, M. & Irons, C. (2005) The relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed population *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*, 124-133
- Gilbert, P.; Cheung, M.; Grandfield, T.; Campey, F. & Irons, C. (2003) Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: development of a new Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 108-115
- Gilbert, P; Gilbert, J. & Irons, C. (2004) Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, *79* (1-3) 149-160.
- Gilbert, P.; Irons, C.; Olsen, K.; Gilbert, J. & McEwan, K. (2006) Interpersonal sensitivities: their links to mood, anger and gender. *Psychological Psychotherapy*, *79* (pt.1), 37-51
- Gilbert, P. & Mayhew, S. L. (2008) Compassionate mind training with people that hear malevolent voices: a case series report. *Journal of Clinical Psychotherapy*, *115* (2), 113-138
- Gilbert, P. & McGuire, M.T., (1998) Shame, social roles and status; the psychobiological continuum from monkey to human. In: Gilbert, P. and Andrews, B., Editors, 1998. *Shame, Interpersonal Behavior Psychopathology and Culture*, Oxford University Press, New York, pp. 99-125.
- Gilbert, P. & Miles, J. N. V. (2000) Sensitivity to social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, *29*, 757-774.
- Gilbert, P.; Pehl, J. & Allan, S. (1994) The phenomenology of shame and guilt: an empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, *67* (Pt.1), 23-36.
- Gilbert, P., Price, J. & Allan, S. (1995) Social comparison, social attractiveness and evolution: how might they be related? *New Ideas in Psychology*, *13*, 149-165.
- George, M. S.; Parekh, P. I.; Rosinsky, N.; Ketter, T. A.; Kimbrell, T. A.; Heilman, K. M., et al. (1996) Understanding emotional prosody activates right hemisphere regions. *Archives of Neurology*, *53*, 665-670.
- Gomez, P., & Danuser, B. (2004) Affective and physiological responses to environmental noise and music. *International Journal of Psychophysiology*, *53*, 91-103.
- Goss, K.; Gilbert, P. & Allan, S. (1994) An exploration of Shame measures I: "The Other as Shamer Scale". *Personality and Individual differences*, *17*, 713- 717.
- Gosselin, N.; Peretz, I.; Johnsen, E., & Adolphs, R. (2007) Amygdala damage impairs emotion recognition from music. *Neuropsychologia*, *45*, 236-244.

- Gracie, A.; Freeman, D.; Green, S.; Garety P. A.; Kuipers, E.; Hardy, A.; Ray, K.; Dunn, G.; Bebbington, P. & Fowler, D. (2007) The association between traumatic experience, paranóia and hallucinations: a test of the predictions of psychological models. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **116** (4), 280-289.
- Grandjean, D.; Sander, D.; Pourtois, G.; Schwartz, S.; Seghier, M. L.; Scherer, K. R., & Vuilleumier, P. (2005) The voices of wrath: Brain responses to angry prosody in meaningless speech. *Nature Neuroscience*, **8**, 145-146.
- Grant, K.A.; Shively, C. A.; Nader, M. S.; Ehrenkaufner, R. L.; Line, S. W.; Morton, T. E.; Gage, H.D. & Mach, R. H. (1998) Effects of social status on striatal dopamine D2 receptor binding characteristics in cynomolgus monkeys assessed with positron emission topography. *Synapse*, **29**, 80-83
- Greig, T. C., Bryson, G. J., & Bell, M. D. (2004) Theory of mind performance in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **192**, 12-18.
- Hackmann, A.; Clark, D.M. & McManus, F. (2000) Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **38**, pp. 601-610.
- Haddock, G. & Slade, P. (1996) *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Routledge Publishers: London and New York.
- Hans, P.; Eckart, A., & Hermann, A. (1997) The cortical processing of perceived emotion: A DC-related study on affective speech prosody. *NeuroReport*, **8**, 623-627.
- Harber, S. N.; Barchas, P. R.; & Barchas, J. D. (1981) A primate analogue of amphetamine induced behaviours in homans. *Biological Psychiatry*, **16**, 181-196
- Hardy, A.; Fowler, Freeman, D.; Smith, B.; Steel, C.; Evans, J.; Garety, P.; Kuipers, E.; Bebbington, P. & Dunn, G. (2005) Trauma and hallucinatory experience in psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **193** (8), 501-7.
- Heinrichs, N. & Hoffman, S. G. (2001) Information processing in social phobia: a critical review. *Clinical Psychology Review*, **21**, 751-770.
- Hemsley, D.R. (2005) The schizophrenic experience : taken out of context ? *Schizophrenia Bulletin*, **31**, 43-53.
- Heponiemi, T.; Ravaja, N.; Elovainio, M. Keltikangas-Järvinen, L. (2007) Relationships between hostility, affective ratings of pictures and state affects during task-induced stress. *Journal of Psychology*, **141** (2), 183-201
- Hoffman, S.G. & Heinrichs, N. (2003) Differential effect of mirror manipulation on self-perception in social phobia subtypes. *Cognitive Therapy and Research*, **27**, 131-142.
- Horan, W.P.; Ventura, J.; Nuechterlein, K.H.; Subotnik, K.L.; Hwang, S.S. & Mintz, J. (2005). Stressful life events in recent onset schizophrenia : reduced frequencies and altered subjective appraisals. *Schizophrenia Research* **75**, 363-374.
- Huhnan, K.L.(2006) Social conflict models: can they inform us about psychopathology? *Hormones and Behavior*, **50**, 640-646.
- Humphreys, L. & Barrowclough, C. (2006) Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: Symptom-specific or general coping strategy? *British Journal of Clinical Psychology*, **45** (Pt.2), 231-46.
- Imaizumi, S.; Mori, K.; Kiritani, S.; Kawashima, R.; Sugiura, M.; Fukuda, H., *et al.* (1997) Vocal identification of speaker and emotion activates different brain regions. *NeuroReport*, **8**, 2809-2812.
- Jäncke, L.; Vogt, J.; Musial, F.; Lutz, K. & Kalveram, K. T. (1996) Facial EMG responses to auditory stimuli. *International Journal of Psychophysiology*, **22**, 85-96.
- Janis, I. L. & Mann, L. (1977) *Decision Making: A Psychological Analysis of conflict, Choice and Commitment*. New York: Free Press
- Jaspers, K. (1913/1963) *General Psychopathology* (J. Hoenig & M. Hamilton, Trans.) Manchester, Manchester University Press.

- Jolley, S., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Dunn, G., Freeman, D., Kuipers, E., *et al.* (2006) Attributional style in psychosis—the role of affect and belief type. *Behaviour Research and Therapy*, **44**, 1597–1607.
- Johns, L. C.; Cannon, M.; Singleton, N.; Murray, R. M.; Farrell, M.; Brugha, T.; *et al.* (2004) The prevalence and correlates of self-reported psychotic symptoms in the British population. *British Journal of Psychiatry*, **185**, 298–305.
- Johns, L. C., & van Os, J. (2001) The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, **21**, 1125–1141.
- Jones, C.; Kugelmass, S.; Faber, N.; Ingraham, L.J.; Frenkel, E.; Nathan, M.; Mirsky, A.F. & Shakhar, G.B. (1995) Reanalysis of SCOR and anxiety measures in the Israeli High-Risk Study. *Schizophrenia Bulletin* **21** (1995), pp. 205–217
- Juslin, P. N., & Laukka, P. (2001) Impact of intended emotional intensity on cue utilization and decoding accuracy in vocal expression of emotion. *Emotion*, **1**, 381–412.
- Kaney, S. & Bentall, R. P. (1992) Persecutory delusions and the self-serving bias: evidence from contingency judgement task. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **180**, 773–780.
- Kahneman, D., Slovic, P. & Tversky, A. (1982) *Judgement Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. Cambridge: Cambridge University Press
- Kapur, S. (2003) Psychosis as a state of aberrant salience : a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology. *American Journal of Psychiatry*, **160**, 13–23.
- Kashdan, T. B. (2007) Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: theoretical synthesis and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, **27**, 348–365.
- Kessler, R.C.; McGonagle, K.A.; Zhao, S.; Nelson, C.B.; Hughes, M.; Eshleman, S.; Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*; **51**:8–19.
- Khalfa, S.; Bella, S.D.; Roy, M. Peretz, I. & Lupien, S.J. (2003) Effects of relaxing music on salivary cortisol level after psychological stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **999**:374–6
- Kilcommons, A. M. & Morrison, A. P. (2005) Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; **112**:351–359.
- Kilcommons, A. M.; Morrison, A. P.; Knight, A.; Lobban, F. (2008) Psychotic experiences in people who have been sexually assaulted. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, **43**, 602–611.
- Kinderman, P. & Bentall (1996a) A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire. *Personality and Individual Differences*, **20**, 261–64.
- Kinderman, P. & Bentall, R. P. (1996b) Self-discrepancies and persecutory delusions: evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, **105** (1), 106–113.
- Kinderman, P. & Bentall, R. P. (1997) Causal attributions in paranoia and depression: internal, personal and situational attributions for negative events. *Journal of Abnormal Psychology*, **106** (2), 341–345.
- Kinderman, P., & Bentall, R. P. (2000) Self-discrepancies and causal attributions: Studies of hypothesized relationships. *British Journal of Clinical Psychology*, **39**, 255–273.
- Knight, W.E. & Richard, N.S. (2001) Relaxing music prevents stress-induced increases in subjective anxiety, systolic blood pressure, and heart rate in healthy males and females. *Journal of Music Therapy*, **38** (4); 254–72
- Kosfeld, M.; Heinrichs, M.; Zak, P.J.; Fischbacher, U. & Fehr, E. (2005) Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, **2**;435(7042):673–6
- Kraepelin, E. (1919) *Dementia praecox and paraphrenia* (R. M. Barclay, Trans.) Edinburgh: Livingstone.
- Kraepelin, E. (1921) *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh: Livingstone.
- Kramer, R. M. (1994) The sinister attribution error B paranoid cognition and collective distrust in organisations. *Motivation and Emotion*, **18** (2), 199–230.

- Kramer, R. M. (1998) Paranoid cognition in social systems: thinking and acting in the shadow of doubt. *Personality and Social Psychology Review*, **2** (4), 251-275
- Kring, A.M.; & Werner, K.H. (2004) Emotion regulation and psychopathology. In: Philippot, P.; Feldman, R.S. Editors. *The regulation of emotion*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, p. 359-385.
- Kuipers, E. ; Fowler, D. ; Garety, P.A.; Chisholm, D.; Freeman, D.; Dunn, G.; Bebbington, P.E. and Hadley, C. (1998) The London-East Anglia Randomised Controlled Trial of Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis III: Follow-up and economic evaluation at 18 months. *The British Journal of Psychiatry* **173**, pp. 61–68.
- Kujala, T.; Lepistö, T.; Nieminen-von Wendt, T.; Näätänen, P.; & Näätänen, R. (2005) Neurophysiological evidence for cortical discrimination impairment of prosody in Asperger syndrome. *Neuroscience Letters*, **383**, 260-265.
- Kurzban, R. & Leary, M. R. (2001) Evolutionary origins of Stigmatization: the functions of Social Exclusion. *Psychological Bulletin*, **127** (2), 187-208.
- Lang, P. (1994) The varieties of emotional experience: A meditation on James-Lange theory. *Psychological Review*; **101**:211–221.
- Lang, P. J. (1995) The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, **50**, 372-385.
- Launay, G., & Slade, P. D. (1981) The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, **2**, 221–234.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **9**, 371-375.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). *Social anxiety*. New York: Guilford.
- Leff, J., Tress, K. & Edwards, B. (1988) The clinical course of depressive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, **1**, pp. 25–30
- Leibowitz, M. R. (1987) Social phobia. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, **22**, 141-173.
- Leon, R. L.; Bowden, C. L. & Faber, R. A. (1989) Diagnosis and psychiatry: Examination of the psychiatric patient. In H. Kaplan & B. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed., pp. 449-462).
- Lincoln, T. M.; Peter, N.; Schäfer, M. & Moritz, S. (2008) Impact of stress on paranóia: an experimental investigation of moderators and mediators. *Psychological Medicine*, **22**, 1-11
- Link, B. (1982) Mental patient status, work and income: An examination of the effects of the psychiatric label. *American Sociological Review*, **47**, 202-215
- Lovibond, P & Lovibond, S. (1995) The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, **33** (3), 335-343.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., & Ventura, J. (1986). Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophrenia Bulletin*, **12**, 594-602.
- Lutgen-Sandik, P. (2006) Take This Job and . . . : Quitting and Other Forms of Resistance to Workplace Bullying. *Communication Monographs* Vol. 73, No. 4, December, pp. 406- 433
- Lyon, H. M., Kaney, S. & Bentall, R. P. (1994) The defensive function of persecutory delusions: evidence from attribution tasks. *British Journal of Psychiatry*, **164**, 637-646.
- MacDonald, A.W.; Cohen, J.D.; Stenger, V.A. & Carter, C.S. (2000) Dissociating the role of the dorsolateral prefrontal and anterior cingulate cortex in cognitive control. *Science*, **288**, pp. 1835–1837.
- Magee, W.J.; Eaton, W.W.; Wittchen, H.U.; McGonagle, K.A. & Kessler, R.C., (1996) Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* **53**, pp. 159–168.
- Maher, B. A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, **30**, 98-113.

- Maher, B. A. (1988) Anomalous experience and delusional thinking: the logic of explanations. In T. F. Oltmanns & B. A. Maher (Eds.) *Delusional beliefs*, pp 15-33. New York: Wiley.
- Maher, B. A. (1992) Delusions: contemporary etiological hypotheses. *Psychiatric Annals*, **22**, 260-268.
- Malizia, A.L.; Wilson, S.J; Bell, C.M. ; Nutt, D.J. & Grasby, P.M. (1997) Neural correlates of anxiety provocation in social phobia. *Neuroimage*, **5**, part 2 (1997), pp. S301–S311.
- Mansell, W. & Clark, D. M. (1999) How do I appear to others? Social anxiety and processing of the social self. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, 419-434.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, Phobias, and Rituals: Panic, Anxiety and their Disorders*. Oxford: Oxford University Press.
- Marks, I.M., & Nesse, R. (1994) Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and Sociobiology*, **15**, 247–261.
- Martin, J. A. & Penn, D. L. (2001) Brief report: Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, **40**, 261-265.
- Martin, J. A., & Penn, D. L. (2002) Attributional style in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, **28**, 131–141.
- Matos, M.; Lima, L. & Carvalhosa, S. (2001) *Bullying – a provocação e vitimação entre pares no contexto escolar Português*. *Análise Psicológica*, **4 (XIX)**: 523-537
- Matthews, B. A., & Norris, F. H. (2002) When is believing “seeing”? Hostile attribution bias as a function of self-reported aggression. *Journal of Applied Social Psychology*, **32**, 26-32.
- McCabe, R., Heath, C., Burns, T., & Priebe, S. (2002). Engagement of patients with psychosis in the consultation. *British Medical Journal*, **325**, 1148–1151
- McEwan, K.L. & Devins, G. M. (1983) Is increased arousal in social anxiety noticed by others? *Journal of Abnormal Psychology*, **92**, pp. 417–4
- McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2005) Paranóia, persecutory delusions and attributional biases. *Psychiatry Research*, **136**, 233–245.
- McKay, R., Langdon, R., & Coltheart, M. (2007) Need for closure, jumping to conclusions and decisiveness in delusion-prone individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **194** (6), 422–426
- Mehrabian, A., & Russell, J. A. (1974) *An approach to environmental psychology*. Cambridge, MA: MIT Press
- Mellings, T.M.B. & Alden, L.E. (2000) Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, **38**, pp. 243–257
- Mello, S.S.; Taylor, J. L. & Bentall, R. P. (2006) Poor me versus Bad me paranóia and their instability of persecutory ideation. *Psychological Psychotherapy*, **79** (Pt.2) 271-287.
- Metalsky G. I., Joiner E. J., Hardin T. S. & Abramson L. Y. (1993) Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: a test of hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of abnormal psychology*, **102**, 101-109
- Mikulincer, M.; Shaver, P.R. & Pereg, D. (2003) Attachment theory and affect regulation: the dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies, *Motivation and Emotion*, **27** pp. 77–102.
- Miller, G. A. (1956) The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, **63**, 81-97.
- Mills, A.; Gilbert, P.; Bellew, R.; MckEwan, K. & Gale, C. (2007) Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **14**, 358-364
- Mills, C.; Guerin, S.; Lynch, F.; Daly, I. & Fitzpatrick, C. (2004) The relationship between bullying, depression, suicidal thoughts/behaviour in Irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, **21** (4), 112-116.
- Myin-Germeys, I. & Van Os, J. (2007) Stress-reactivity in psychosis : evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review* **27**, 409–424.
- Moran, M. (2009) Schizophrenia Patients Show High Rates of Comorbid Illness. *Psychiatric News*, **44**, 18-22
- Moritz, S., & Woodward, T. S. (2005) Jumping to conclusions in delusional and non-delusional schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, **44**, 193–207.

- Morrison, A.P. (1998) Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms in schizophrenia. In: N. Tarrrier, A. Wells and G. Haddock, Editors, *Treating complex cases: the cognitive behavioural therapy approach*, Wiley, Chichester pp. 195–216.
- Morrison, A. P.; Gumley, A. I.; Schwannauer, M.; Campbell, M.; Gleeson, A. & Griffin, E. (2005) The Beliefs About Paranóia Scale: Preliminary validation of a metacognitive approach to conceptualizing paranóia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **33**, 1-12.
- Morrison, A.P. & Petersen, T. (2003) Trauma, metacognition and predisposition to hallucinations in non-patients. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*; **31**:235–246.
- Morrison, A. P.; Wells, A., & Nothard, S. (2000) Cognitive factors in the predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, **39**, 67–78.
- Mruk, C. (1999) *Self-esteem: research, theory and practice*. Free association books, London, Springer publishing company.
- Mulkens, S.; de Jong, P.J.; Dobbelaar, A. & Bögels S. M. (1999) Fear of blushing: Fearful preoccupation irrespective of facial coloration. *Behaviour Research and Therapy*, **37**, pp. 1119–1128
- Muris, P., Merckelbach, H., & Clavan, M. (1997). Abnormal and Normal Compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, **35** (3), 249-252.
- Myin-Germeys, I.; Krabbendam, L., e Van Os, J. (2003) Continuity of psychotic symptoms in the community. *Current Opinion in Psychiatry*, **16**, 443–449.
- Namie, C.; Price, D. & Ruth, E. (2007) internet: <http://www.workplacebullying.org/research.html>
- Nesse, R. & Williams, G. (1996) *Why we get sick? Evolution and Healing: the New Science of Darwinian Medicine*. New York: Vintage books
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991) A prospective study of depression and post-traumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, **61** 115-121.
- Norman, R.M. & Malla, A.K. (1994) Correlations over time between dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, **35** pp. 34–38
- Nuechterlein, K.H. & Dawson, M.E. (1984) A heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin* **10**, 300–312.
- Nuechterlein, K.H.; Dawson, M.E.; Ventura, J.; Gitlin, M.; Subotnik, K.L.; Snyder, K.S.; Mintz, J. & Bartzokis, G. (1994) The vulnerability stress model of schizophrenic relapses : a longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **89**, 58–65.
- Oatley, K. & Johnson-Laird, P. N. (1987) Towards a cognitive theory of emotions. *Cognition and Emotion*; **1**:29– 50.
- Ohman, A. (1993) Fear and anxiety as emotional phenomena: clinical phenomenology, Evolutionary perspectives and information processing mechanisms. In M. Lewis & J. M. Haviland (Eds.) *Handbook of Emotions*. New York: Guilford Press.
- O’Leary, D. S., Flaum, M., Kesler, M. L., Flashman, L. A., Arndt, S., & Andreasen, N. C. (2000). Cognitive correlates of the negative, disorganized, and psychotic symptom dimensions of schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, **12**, 4–15.
- O’Moore, M.; Seigne, M.; McGuire, L., & Smith, M. (1998) Victims of *bullying* at work in Ireland. *Journal of Occupational Health and Safety*-Australia and New Zealand, **14**(6), 569–574.
- Olweus, D. (1993) *Bullying at School*. Oxford: UK Blackwell Publishers
- Pais-Ribeiro J.; Honrado, A. & Leal, I. (2004) Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, **36**, 235-246
- Pereira, B.; Almeida, A.; Valente, L. (1994) *Projecto “bullying” – análise preliminar das situações de agressão no ensino básico*. Comunicação apresentada no 6º Encontro Nacional de Ludotecas e Espaços de Jogo ao Ar Livre. Lisboa Portugal.

- Pereira, B.; Mendonça, D.; Neto, C.; Valente, L. & Smith, P. (2004) *Bullying* in Portuguese Schools. *School Psychology International*, **25** (nº2), 241-254.
- Perry, B. D.; Pollard, R. A.; Blakley, T. L.; Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: how “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, **16**, 271–291.
- Persons, J. B. (1986) The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnosis. *American Psychologist*, **41**, 1252-1260.
- Peters, E. R.; Joseph, S. & Garety, P. A. (1999) The measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters *et al.* Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, **25**, 553-576.
- Peterson, C. & Seligman, M. E. P. (1978) Causal explanations as a risk factor for depression. *Psychological Review*, **91**, 347-374.
- Phillips, L.J.; Francey, S.M.; Edwards, J. & McMurray, N. (2007) Stress and psychosis : towards the development of new models of investigation. *Clinical Psychology Review* **27**, 307–317.
- Phillips, M. L., Senior, C., & David, A. S. (2000) Perception of threat in schizophrenics with persecutory delusions: An investigation using visual scan paths. *Psychological Medicine*, **30**, 157-167.
- Pinto-Gouveia J., Cunha, M., & Salvador M., C. (1998a) Assessment of safety behaviours in social phobia. Poster presented at the 28th European Congress of Behavior-Cognitive Therapy. Cork, Ireland.
- Pinto-Gouveia J., Cunha, M., & Salvador M., C. (1998b) Assessment of social phobia by a self report questionnaire: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale. Poster presented at the 28th European Congress of Behavior-Cognitive Therapy. Cork, Ireland.
- Pinto-Gouveia, J., Fonseca, L., Robalo, M., Allen, A., Matos, A., & Gil, E. (1986). Ansiedade social: utilização dos questionários de auto-resposta SAD, FNE, e SISST numa população portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, **7**, 43-48.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. & Salvador, M. C. (2003) Assessment of Social Phobia by Self-Report Questionnaires: The Social Interaction and Performance Anxiety and Avoidance Scale and the Social Phobia Safety Behaviours Scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **31**, 291-311
- Ponciano, E. (1996) Adaptação do Inventário de Ansiedade Estado *vs.* Traço e do Inventário da Raiva estado *vs.* Traço e Expressão da Raiva a amostras de estudantes. Universidade de Coimbra.
- Ponizovsky, A.M.; Nechamkin, Y. and Rosca, P. (2007) Attachment patterns are associated with symptomatology and course of schizophrenia in male inpatients, *American Journal of Orthopsychiatry*, **77** pp. 324–331
- Porges, S. E. (2003) Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1008**, 31-47.
- Price, J.S., (2003) Evolutionary aspects of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neurology* **5**, 129–137.
- Rapee, R. N. & Heimberg, R. G. (1997) A cognitive-behavioural model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **35**, 741-756
- Rassin, E., Merckelbach, H., Muris, P. & Stapert, S. (1999) Suppression and ritualistic behaviour in normal participants. *British Journal of Clinical Psychology*, **38**, 195-201.
- Read, J. & Argyle, N. (1999) Hallucinations, delusions and thought disorder among adult psychiatric inpatients with a history of child abuse. *Psychiatric Services*, **50** (11), 1467-1472.
- Read, J.; Agar, K.; Argyle, N. & Aderhold, V. (2003) Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychological Psychotherapy*, **76**:1–22.
- Read, J.; Van Os, J.; Morrison, A.P. & Ross, C.A. (2005) Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; **112**: 330–350.
- Reber, M. (1985) *Dictionary of Psychology*. Penguin books

- Redondo, J.; Fraga, I.; Padrón, I. & Piñeiro, A. (2008) Affective ratings of sound stimuli. *Behaviour Research Methods*, **40** (3), 784-790
- Ribeiro, J. (1999) *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ross, C.A.; Anderson, G.; Clark, P. (1994) Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital Community Psychiatry* **45**:489-491.
- Roth, D.A., & Heimberg, R. C. (2001). Cognitive-behavioural models of social anxiety disorder. In F.R.Schneier (Ed.), *Social Anxiety Disorder: The Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 24, pp. 753-771) Philadelphia,PA: Saunders.
- Rottenberg, J. & Gross, J.J. (2003) When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science. *Clinical Psychology Science and Practice*; **10**:227-232.
- Royet, J.P.; Zald, D.;Versace, R.; Costes, N.; Lavenne, F.; Koenig, O. & Gervais, R. (2000). Emotional responses to pleasant and unpleasant olfactory, visual, and auditory stimuli: A positron emission tomography study. *Journal of Neuroscience*, **20**, 7752-7759.
- Salamon, E.; Kim, M.; Beaulieu J. & Stefano, G.B. (2003) Sound therapy induced relaxation: down regulating stress processes and pathologies. *Medical Science Monitor*, **9**(5):RA96-RA101
- Sander, K.; Brechmann, A., & Scheich, H. (2003) Audition of laughing and crying leads to right amygdala activation in a low-noise fMRI setting. *Brain Research Protocols*, **11**, 81-91.
- Sander, K., & Scheich, H. (2001) Auditory perception of laughing and crying activates human amygdala regardless of attentional state. *Cognitive Brain Research*, **12**, 181-198.
- Sapolsky, R.M. (1989) Hipercortisolism among socially subordinate baboons originates at the CNS level. *Archives of General Psychiatry*, **46**, 1047-1051.
- Sapolsky R. M. (1990) Adrenocortical function, social rank and personality among wild baboons. *Biological Psychiatry*; **29**:862-878.
- Sass, L.A., & Parnas, J. (2003) Schizophrenia, consciousness and the self. *Schizophrenia Bulletin*, **29**(3), 427-444.
- Schneider, F.; Weiss, U.; Kessler, C.; Muller-Gartner, H.; Posse, S.; Salloum, J.B. *et al.* (1999) Subcortical correlates of differential classical conditioning of aversive emotional reactions in social phobia. *Biological Psychiatry*, **45**, pp. 863-871
- Scott, K. S.; Young, A. W.; Calder, A. J.; Hellawell, D. J.; Aggleton, J. P., & Johnson, M. (1997) Impaired auditory recognition of fear and anger following bilateral amygdala lesions. *Nature*, **385**, 254-257.
- Seals, D. & Young, J. (2003) *Bullying* and victimization: prevalence and relationship to gender, grade level, ethnicity, self-esteem and depression. *Adolescence*, **38** (152), 735-47.
- Seifritz, E.; Esposito, F.; Neuhoff, J. G.; Lüthi, A.; Mustovic, H.; Dammann, G., *et al.* (2003) Differential sex-independent amygdala response to infant crying and laughing in parents *versus* nonparents. *Biological Psychiatry*, **54**, 1367-1375.
- Serafim, C. *et al.* (2006) Adaptação da Child Experience and Abuse Questionnaire. Tese de Doutorado. Universidade de Coimbra
- Sharp, H. M.; Fear, C. F. & Healy, D. (1997) Attributional style and delusions: an investigation based on delusional content. *European Psychiatry*, **12**, 1-7
- Shaver, P.R. and Mikulincer, M. (2002) Attachment-related psychodynamics, *Attachment and Human Development* **4** pp. 133-161.
- Shively, C. A. (1999) Social subordination stress, behaviour, and central monoaminergic function in cynomolgus monkeys. *Biological Psychiatry*, **44**, 882-891.
- Simões, M. (1992) *Consciência do eu na esquizofrenia paranóide*. Tese de Doutorado Faculdade de Medicina da Universidade Clássica de Lisboa.
- Slade, P. D. & Bentall, R. P. (1988) *Sensory deception: a scientific analysis of hallucinations*. London: Croom Helm.
- Sloman, L., (2000) How the involuntary defeat strategy contributes to depression. In: Sloman, L., Gilbert, P. (Eds.), *Defeat and subordination; An Evolutionary Approach to Mood Disorders and their Therapy*. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey, pp. 47-67.

- Sloman, L. (2008) Review: a new comprehensive evolutionary model of depression and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, **106**, 219-228
- Sloman, L. ; Farvolden, P.; Gilbert, P. & Price, J.S. (2006) The interactive functioning of anxiety and depression in agonistic encounters and reconciliation, *Journal of Affective Disorders*, **90**, pp. 93–99
- Smelser, N. J. (1989) *Self-esteem and social problems: an introduction*. In A. M. Mecca, N.J. Smelser & J. Vasconcellos (Eds.) *The social importance of self-esteem*, p.9, Berkeley: University of California Press.
- Sims, A. (2002) *Symptoms in the mind: an introduction to descriptive psychopathology*. Philadelphia: W. B. Saunders
- Smith, C. A., & Ellsworth, P. C. (1985) Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality & Social Psychology*, **48**, 813-838.
- Smith, B.; Fowler, D.G.; Freeman, D.; Bebbington, P.; Bashforth, H.; Garety, P. A.; Dunn, G. & Kuipers, E. (2006) Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations, *Schizophrenia Research* **86** pp. 181–188
- Smorty, A.; Del Buffa, O.; Maggino, F. & Bacchereti, A. (2005) Parental monitoring and risk indicators in adolescence. *Eta Evolutiva*, **82**, 82-88.
- Spencer, S.H.; Donovan, C.; Brechman-Toussaint, M. (1999) Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 211-221
- Spielberger, C. D. (1988). *State-trait anger expression inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D.; Gorsuch, R. L.; Lushene, R.; Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D.; Jacobs, G.H.; Russel, S.F. & Crane, R.S. (1983) Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In J.N. Butcher e C. D. Spielberger (Eds.) *Advances in Personality Assessment*, (vol.2, pág. 159-187). Hillsdale: NJ Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Solberg, M., Olweus, D. (2003) Prevalence estimation of school bullying with the Olweus Bully/Victim Questionnaire. *Aggressive Behaviour*, **29**, 239-268
- Smorty, A.; Del Buffa, O.; Maggino, F. & Bacchereti, A. (2005) Parental monitoring and risk indicators in adolescence. *Eta Evolutiva*, **82**, 82-88.
- Startup, H., Freeman, D., & Garety, P. A. (2007). Persecutory delusions and catastrophic worry in psychosis: Developing the understanding of delusion distress and persistence. *Behaviour Research and Therapy*, **45**, 523-537.
- Stevenson, R. A. & James, T. W. (2008) Affective auditory stimuli: Categorization of the International Affective Digitized Sounds (IADS) by discrete emotional categories. *Behaviour Research Methods*, **40** (1), 315-321.
- Stopa, L. & Clark, D. M. (1993) Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, **31**, 255-267.
- Strauman, T. J. (1989) *Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: cognitive structures that underlie emotional disorders*. *Journal of Abnormal Psychology*, **98**, 5-14.
- Strauss, J. S. (1969) Hallucinations and delusions as points on continua function: Rating scale Evidence. *Archives of General Psychiatry*, **21**, 581-586.
- Tariot P.N., Podgorski C.A., Blazina L. and Leibivici A. (1993) Mental disorders in a nursing home: another perspective. *American Journal of Psychiatry*, 150 (7), 1063-1069.
- Tarrier, N.; Yusupoff, L.; Kinney, C.; McCarthy, E.; Gledhill, A.; Haddock, G.; and Morris, J. (1998) Randomised controlled trial of intensive cognitive behavioural therapy for patients with chronic schizophrenia. *British Medical Journal* **317** pp. 303–307.
- Tellegen, A. (1985) Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum

- Tereno, S., Soares, I., Bouça, D., & Sampaio, D. (2001) *Attachment, family dynamics and therapeutic processes in eating disorders: Preliminary data*. Paper presented at the 5th London International Conference on Eating Disorders, London
- Thayer, J.F. & Lane, R.D. (2000) A model of neurovisceral integration in emotion regulation and dysregulation. *Journal of Affective Disorders*; **61**:201–216.
- Theriot, T.M.; Dulmus, N. C.; Sowers, N. K. & Johnson, N. T. (2005) Factors relating to *self*-identification among *bullying* victims. *Children and Youth Services Review*, **27**, 979-994
- Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Bentall, R., de Graaf, R., Vollebergh, W., & van Os, J. (2007). Instability in *self*-esteem and paranóia in a general population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **42**, 1-5.
- Tien, A. Y. (1991) Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **26**, 287–292.
- Tooby, J. & Cosmides, L. (1990) The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and Sociobiology*; **11**:375–424.
- Trower, P. & Chadwick, P. D. J. (1995) Pathways to defence of the *self*: A theory of two types of paranóia. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **2**, 263-278.
- Trower, P., & Gilbert, P. (1989) New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, **9**, 19–35
- Troy, M., & Sroufe, L. A. (1987). Victimization among preschoolers: role of attachment relationship history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology*, **26**, 166–172.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974) Judgement under uncertainty: heuristics and biases. *Science*, **185**, 1124-1131
- Valmaggia, L.R.; Freeman, D.; Green, C.; Garety, P.; Swapp, D.; Antley, A.; Prescott, C.; Fowler, D.; Kuipers, E.; Bebbington, P.; Slater, M.; Broome, M. & McGuire P.K. (2007) Virtual reality and paranoid ideations in people with an ‘at risk mental state’ for psychosis. *British Journal of Psychiatry*; **191** (suppl 51): s63–8.
- Van Dael, F., Versmissen, D., Janssen, I., Myin-Germeys, I., Van Os, J., & Krabbendam, L. (2006). Data gathering: Biased in psychosis? *Schizophrenia Bulletin*, **32**, 341–351.
- Van Os, J.; Gilvarry, C.; Bale, R.; Van Horn, E.; Tattan, T.; White, I. & Murray, R. (1999 a) A comparison of the utility of dimensional and categorical representations of psychosis. *Psychological Medicine*, **29**, 595-606.
- Van Os, J., Verdoux, H., Maurice-Tison, S., Gay, B., Liraud, F., Salamon, R., & Bourgeois, M. (1999 b) *Self*-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **34**, 459-463.
- Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000) Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population. *Schizophrenia Research*, **45**, 11–20.
- Van Os, J., & Verdoux, H. (2003) Diagnosis and classification of schizophrenia: Categories *versus* dimensions, distributions *versus* disease. In R. M.Murray, P. B. Jones, J. E.Susser, & M. van Os (Eds.), *The epidemiology of schizophrenia* (pp. 364–410). Cambridge: Cambridge University Press.
- van Rijn, S.; Aleman, A.; van Diessen, E.; Berckmoes, C.; Vingerhoets, G., & Kahn, R. S. (2005) What is said or how it is said makes a difference: Role of the right fronto-parietal operculum in emotional prosody as revealed by repetitive TMS. *European Journal of Neuroscience*, **21**, 3195-3200.
- Veljaca, K. & Rapee, R.M. (1998) Detection of negative and positive audience behaviours by socially anxious subjects. *Behaviour Research and Therapy*, **36**, pp. 311–321.
- Velligan, D.I. and Alphas L.D. (2008) “Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment”. *Psychiatric Times* **25** (3), 40-45
- Ventura, J., Green, M. F., Shaner, A., & Liberman, R. P. (1993) Training and quality assurance with the brief psychiatric rating scale: ‘The drift busters’. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, **3**, 221-244.

- Von Gemmingen, M.J., Sullivan, B.F., & Pomerantz, A.M. (2003) Investigating the relationships between boredom proneness, paranóia, and *self* consciousness. *Personality and Individual Differences*, **34**, 907–919.
- Wacker, H.R.; Müllejans, R.; Klein, K.H. & Battegay, R. (1999) Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods of Psychiatric Research* **2**, pp. 91–100.
- Wallace, S. T. & Alden, L. E. (1995) Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognitive Therapy and Research*, **19**, 613-131.
- Watson, D., Clark, L. A. & Tellegen, A. (1984) Cross-cultural convergence in the structure of mood: A Japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology*. **47**, 127-144.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **33**, 448-457.
- Weeks, J. W.; Heimberg, R. G.; Thomas R. L.; Peter, N. J. (2008) Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, **22**, 386-400.
- Weilage, M. & Hope, D. A. (1999) *Self*-discrepancy in social phobia and dysthymia. *Cognitive Theory and Research*, **23**, 637-650.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001) Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, **39**, 153-161
- Wittgenstein, L. (1953) *Philosophical investigations*. (G. E. M. Anscombe trans.). Oxford, Basil/Blackwell, New York: Macmillan.
- World Health Organisation (1990) *International Classification of Diseases. Tenth Revision*. Geneva: Author.
- Yik, M. S. M.; Russell, J. A. & Barrett, L. F. (1999) Structure of *self*-reported current affect: Integration and beyond. *Journal of Personality & Social Psychology*, **77**, 600-619.
- Young, H. F. & Bentall, R. P. (1997) Probabilistic reasoning in deluded, depressed and normal subjects: effects of task difficulty and meaningful *versus* non-meaningful material. *Psychological Medicine*, **27**, 455-465.
- Zigler, E. & Glick, M. (1988) Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist*, **43**, 284-290.
- Zimbardo, P. G., Andersen, S. M. & Kabat, L. G. (1981) Inducing hearing deficit generates experimental paranóia. *Science*, **212**, 1529-1531.