



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**O Papel da Descentração e do Bem-Estar para a
Psicopatologia**

Filipa Alexandra Almeida Henriques (e-mail: filipa_xana@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Sub-área de Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e de Saúde) sob orientação da Professora Doutora Paula Cristina Oliveira Castilho Freitas

O Papel da Descentração e do Bem-Estar para a Psicopatologia

A importância e efeito da descentração na promoção e manutenção de bem-estar, e, na diminuição de sintomas psicopatológicos tem vindo a ser âmbito de diversas investigações, tendo-se reconhecido que, com efeito, a descentração tem impacto no bem-estar, mas também, na sintomatologia psicopatológica. Por outro lado, o auto-criticismo tem despertado o interesse por parte da comunidade científica, no sentido de melhor compreender o seu contributo no desenvolvimento de psicopatologia.

A presente investigação pretende, partindo de uma amostra composta por 273 pessoas da população geral, contribuir para a compreensão do auto-criticismo e do construto de descentração, assim como, avaliar a relação entre estes. Para além disso, é também objectivo deste estudo avaliar a relação estabelecida entre estes conceitos e memórias de vergonha, vergonha, afecto positivo e negativo, psicopatologia (depressão e ansiedade) e bem-estar.

Os resultados obtidos apontam no sentido de que quanto maior a capacidade de descentração menor será a vivência de afecto negativo e de sintomas depressivos e ansiosos. Apontam, ainda no sentido de mostrar que a descentração se correlaciona de forma negativa com o auto-criticismo. Por contraste, os estudos permitem concluir a existência de uma correlação positiva entre a descentração e o bem-estar, bem como, com o afecto positivo. Os resultados apontam ainda para a existência de um efeito de moderação da descentração na relação entre auto-criticismo e depressão, e entre vergonha e depressão. Desta forma, esta investigação vai ao encontro do que é postulado por investigações anteriores que sugerem a descentração como uma factor de resiliência para a psicopatologia e um factor de manutenção de bem-estar e de saúde mental.

Palavras-chave: Descentração, Auto-criticismo, Memórias de Vergonha, Vergonha, Psicopatologia, Bem-estar

The role of Decentering and Well-Being in Psychopathology

The importance and effect of decentering in promotion and maintaining of well-being and in the decrease of psychopathological symptoms has been object of several investigations. In fact, it has been recognized that decentering has an impact in well-being but also in psychopathological symptoms. On the other hand, self-criticism has aroused the interest of the scientific community, in order to better understand his contribution in the development of psychopathology.

With a universe of 273 persons from the main population, the present investigation intends to contribute to the understanding of self-criticism as well as the construct of decentering. Additionally we will evaluate the relation between them. Another aim of this investigation is to evaluate the relation of these two concepts with the memories of shame, shame, positive and negative affect, psychopathology (depression and anxiety) and well-being.

The results obtained indicate that the higher the capacity of decentering, smaller will be the experience of negative affect, depressive and anxious symptoms. Those results also show that decentering is negatively related with self criticism. Conversely, the present study also shows the existence of a positive correlation between decentering and well-being, as well as with positive affect. Besides that, the results suggest the existence of a moderate effect of the decentration in the relation between self criticism and depression, and between shame and depression. In conclusion, this investigation is in accordance to what it is postulated by previous investigations which suggest the decentering as being a resiliency factor for psychopathology and a factor to the maintaining of well-being and mental health.

Key words: Decentration, Self criticism, Memories of shame, Shame, Psychopathology, Well-being

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Pinto Gouveia pela partilha de conhecimento e de sabedoria ao longo deste percurso.

À Dr.^a Paula Castilho pelo apoio, compreensão e partilha essenciais para a realização deste trabalho.

Aos meus pais, pelo orgulho e confiança que sempre depositaram em mim.

Ao Pedro, pela fonte de apoio que representa para mim.

Aos meus avós.

À Liliana, Bárbara e Ana, pela amizade incondicional.

Às colegas de tese, por todo o apoio, partilha e por serem minhas companheiras nesta caminhada.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	2
1. Teoria das Mentalidades Sociais e Auto-Criticismo	2
1.1. Auto-criticismo e Psicopatologia	4
2. Memórias de Vergonha e Vergonha	6
2.1 Vergonha e Psicopatologia	9
3. Descentração, Psicopatologia e Promoção de Bem-estar	10
4. Bem-estar e Saúde Mental	11
II - Objectivos	13
III - Metodologia	14
Caracterização da Amostra	14
Instrumentos	16
Procedimento	20
IV - Resultados	22
1. Estudo das diferenças entre géneros nas variáveis em estudo	22
Estudo I: Estudo da relação entre memórias de vergonha, vergonha, descentração e psicopatologia	25
1.1. Estudo correlacional	25
1.2. Estudo da vergonha interna e externa enquanto variáveis preditoras da descentração	26
1.3. Estudo das memórias de vergonha, vergonha e descentração enquanto variáveis preditoras de psicopatologia	27
1.4. Estudo da descentração enquanto variável moderadora na relação entre vergonha e depressão	29
Estudo II: Estudo da relação entre memórias de vergonha, auto-criticismo, descentração e psicopatologia	32
2.1. Estudo correlacional	33
2.2. Estudo do auto-criticismo enquanto variável preditora da descentração	34
2.3. Estudo das memórias de vergonha, auto-criticismo e descentração enquanto variáveis preditoras da psicopatologia	34
2.4. Estudo do auto-criticismo e da vergonha enquanto variáveis preditoras da descentração	37
2.5. Estudo da descentração enquanto variável moderadora na relação entre auto-criticismo e depressão	37
Estudo III: Estudo da relação entre memórias de vergonha, vergonha, descentração e bem-estar	40
3.1. Estudo correlacional	40
3.2. Estudo das memórias de vergonha, vergonha e descentração enquanto variáveis preditoras de bem-estar	41

Estudo IV: Estudo da relação entre memórias de vergonha, auto-criticismo, descentração e bem-estar.....	43
4.1. Estudo correlacional.....	43
4.2. Estudo das memórias de vergonha, auto-criticismo e descentração enquanto variáveis preditoras de bem-estar	43
V - Discussão	45
Diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo.....	45
Estudo I: Relação entre memórias de vergonha, vergonha, descentração e psicopatologia.....	46
1.1. Estudo correlacional.....	46
1.2. Vergonha interna e externa como preditoras de descentração.....	47
1.3. Memórias de vergonha, vergonha e descentração enquanto variáveis preditoras de psicopatologia.....	48
1.4. Vergonha interna e descentração enquanto variáveis preditoras de afecto positivo.....	49
1.5. Estudo do efeito moderador da descentração na relação entre vergonha e depressão.....	50
Estudo II: Relação entre memórias de vergonha, auto-criticismo, descentração e psicopatologia.....	50
2.1. Estudo correlacional.....	50
2.2. Memórias de vergonha, auto-criticismo e descentração enquanto variáveis preditoras de psicopatologia.....	51
2.3. Eu Tranquilizador e descentração enquanto preditores de afecto positivo.....	53
2.4. Auto- criticismo e vergonha enquanto variáveis preditoras de descentração.....	53
2.5. Estudo do efeito moderador da descentração na relação entre auto-criticismo e depressão.....	54
Estudo III: Estudo da relação entre memórias de vergonha, vergonha, descentração e bem-estar.....	55
3.1. Estudo correlacional.....	55
3.2. Memórias de vergonha, vergonha e descentração enquanto variáveis preditoras de bem-estar	56
Estudo IV: Estudo da relação entre memórias de vergonha, auto-criticismo, descentração e bem-estar.....	57
4.1. Estudo correlacional.....	57
4.2. Memórias de vergonha, auto-criticismo e descentração enquanto variáveis preditoras de bem-estar.....	57
VI - Conclusões	58
Bibliografia	60
Anexos.....	66

Introdução

O conceito de descentração tem assumido, no âmbito das recentes terapias, Terapias de 3ª Geração, uma considerável importância, que se verifica não só na diminuição da sintomatologia aversiva, mas também na promoção e manutenção de bem-estar (Fresco et al., 2007a ; Simões, 2011). A descentração caracteriza-se pela capacidade para observar os nossos próprios pensamentos e sentimentos como acontecimentos transitórios, que não reflectem necessariamente a realidade acerca do eu (Fresco et al., 2007a).

Por outro lado, o auto-criticismo remete para a forma como as pessoas se relacionam consigo próprias perante situações de falha e desapontamento pessoal, onde adoptam uma atitude crítica e de punição para consigo mesmo (Amaral, Castilho & Pinto-Gouveia, 2010). O auto-criticismo é assim uma forma de relação do eu-eu, em que uma parte do eu descobre determinados defeitos e falhas, acusa, condena ou por vezes se detesta e a outra parte se submete, o que sugere que existe uma interacção entre os diversos aspectos do eu. (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert, Clark, Hempel, Miles, & Irons, 2004). O auto-criticismo é um importante preditor de sofrimento, pelo que a literatura demonstra estar associado com o desajustamento emocional, social e com diversas perturbações psicológicas na idade adulta (Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff, Moskowitz & Cote, 1999 citado em Gilbert et al., 2004).

O presente estudo procura assim contribuir para a compreensão da relação entre memórias de vergonha e vergonha interna e externa com estes construtos. O presente trabalho procurará, num momento inicial, realizar uma revisão da literatura acerca destes conceitos, estudando, em seguida, qual o papel que estes desempenham no desenvolvimento e manutenção de psicopatologia, bem como na promoção e manutenção de bem-estar.

A presente investigação pretende contribuir também para a compreensibilidade da relação estabelecida entre estes preditores, nomeadamente auto-criticismo, memórias de vergonha, vergonha e descentração, e a psicopatologia e afecto negativo por um lado, e bem-estar e afecto positivo por outro. Este trabalho pretende também explorar a possível relação da descentração como variável ou factor moderador entre a vergonha e o auto-criticismo com a depressão na idade adulta.

I – Enquadramento conceptual

1. Teoria das Mentalidades Sociais e Auto-Criticismo

De acordo com Gilbert (2005) existem ao longo do desenvolvimento do ser humano diferentes sistemas de regulação, nomeadamente o sistema de ameaça-defesa e o sistema de segurança/compaixão.

O sistema de segurança-defesa actua quando estamos perante ameaças, este sistema tem dois domínios principais: não-social vs social; activo vs inibitório. As ameaças podem gerar um conjunto de estratégias defensivas que se baseiam nestes domínios comportamentais, através de comportamentos específicos que incluem a defesa, fuga, evitamento, isolamento, inibição, submissão, entre outros. Existe ainda um vasto leque de emoções para lidar com ameaças específicas tais como a raiva (na luta contra as frustrações ou retaliação), ansiedade (para escapar ou evitar as ameaças), a repulsa (para evitar e erradicar o que é nocivo) e a tristeza (na resposta a perdas) (Gilbert, 2005).

Por outro lado, o sistema de segurança está associado ao afecto positivo, está presente quando nos sentimos seguros e não defensivos. Também este sistema pode ser dividido em diferentes domínios comportamentais, não social vs social, activo vs passivo. Por sua vez, este sistema associa-se a comportamentos afiliativos, de exploração, interesse, criativos, e a estados de contentamento, satisfação e compaixão. Contudo, particularmente nos humanos, a segurança é adquirida através da interação estabelecida nas relações sociais (Gilbert, 2005).

De acordo com este autor estes sistemas de regulação de afecto, estão relacionados com diferentes mentalidades sociais. Gilbert (1989, 1995 citado em Gilbert, 2005) sugere que diferentes conjuntos entre motivos, emoções, rotinas de processamento de informação e comportamentos dão origem a diferentes padrões internos de actividade neuropsicológica que podem ser chamados de mentalidades sociais.

Assim sendo, a teoria das mentalidades sociais refere que os seres humanos possuem sistemas de processamento social, que resultaram do processo de evolução, selecção e adaptação, e que, de acordo com a teoria evolucionária, garantem a sobrevivência da espécie.

As mentalidades sociais são activadas nas interações sociais e decorrem da troca de sinais sociais, desta forma, estas guiam os indivíduos na criação de certos tipos de papéis sociais com os outros, assim ajudam a interpretar os sinais que os outros emitem e orientam as nossas próprias respostas no relacionamento interpessoal (se o outro é hostil ataco ou fujo, se é amigável aproximo-me) (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Deste modo, as mentalidades sociais ajudam na co-construção dos papéis sociais (e.g. prestação ou recepção de cuidados, sexuais, cooperativos) que auxiliam na resolução de determinados desafios sociais. Por sua vez, a forma como estes padrões de actividade se relacionam entre si a nível cerebral dão origem às regras sociais. Contudo, para criarem com sucesso os papéis sociais desejados os indivíduos necessitam de ser competentes no envio e decodificação destes sinais. Estes padrões de actividade são coreografados por estímulos externos (como os outros se comportam ou sinalizam o eu, e.g. com amor ou hostilidade), por motivos

internos e pelos sistemas de processamento internos que fornecem significado aos sinais, por exemplo, criar um papel afiliativo com os outros depende da forma como os outros se relacionam com o eu e do modo como a pessoa interpreta esses sinais e do desejo da pessoa de ser afiliativo (Gilbert, 2005). Os sinais sociais tornam-se cruciais na forma como as mentalidades trabalham, os indivíduos vão ao encontro de um determinado objectivo social (tais como encontrar parceiros sexuais, formar alianças) devido à detecção, avaliação e significado dos sinais sociais que recebem. Deste modo, os estímulos externos têm impacto a nível do estado fisiológico e emocional do destinatário (Gilbert, 2000). O mesmo se verifica com as nossas auto-avaliações que funcionam como sinais internos, e por isso, têm também efeitos na activação do sistema cerebral e nos estados fisiológicos e emocionais. Neste sentido, as mentalidades sociais usadas na relação eu-outro podem ser transferidas para a relação eu-eu, podendo deste modo serem utilizados os diferentes estilos relacionais também na relação intrapessoal (Bailey, 1987 citado em Gilbert, 2000). Desta forma, podemos ser calorosos e empáticos com o nosso próprio sofrimento (mentalidade de prestação de cuidados) ou por outro lado, adoptar uma postura severa e auto-crítica (mentalidade de *ranking* social) (Gilbert, 2000). O auto-criticismo está assim associado à mentalidade de ranking social, onde a preocupação com o poder dos outros, medo de rejeição, comparação social, competição, vergonha assumem destaque. A mentalidade de *ranking* social, associada ao auto-criticismo, pode activar defesas submissas eficazes, importantes para lidar com ameaças sociais permitindo a coesão social. A activação e continuidade da adopção desta mentalidade predispõem o indivíduo ao desenvolvimento de psicopatologia, pois encontra-se associada a sentimentos de inferioridade, subordinação, rejeição, derrota, vergonha e da activação do sistema de defesa-ameaça. Por outro lado, estes indivíduos têm mais dificuldade em estimular afecto positivo nos outros, e por vezes apresentam uma competitividade extrema, o que por sua vez dificulta o estabelecimento de relações sociais. Nestas interacções competitivas podem tornar-se submissos para lidar com as ameaças ou mesmo procurar protecção do indivíduo dominante, o que vai gerar diferentes tipos de relação (dominante-subordinado). (Gilbert, 2000; 2005; Gilbert et al, 2004). Assim sendo, o auto-criticismo é uma relação interna hostil-dominante que activa o sistema de processamento ameaça-defesa (Gilbert & Irons, 2004).

O auto-criticismo remete para a forma como as pessoas se relacionam consigo próprias perante situações de falha e desapontamento pessoal, onde adoptam uma atitude crítica e de punição para consigo mesmo (Amaral et al., 2010). O auto-criticismo é assim uma forma de relação do eu-eu, em que uma parte do eu descobre determinados defeitos e falhas, acusa, condena ou por vezes se detesta e a outra parte se submete, o que sugere que existe uma interacção entre os diversos aspectos do eu. (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert et al., 2004). Ou seja, respondemos aos nossos próprios ataques e críticas com os mesmos sistemas de resposta que usamos para os ataques externos, utilizando uma mentalidade social de ranking de dominância-subordinação (Gilbert, 2005). Este ensaio interno de ataque submissão reforça o sentimento de inferioridade (baixo *rank*) e submissão (Gilbert & Irons, 2005).

O auto-criticismo é então normalmente activado em situações de fracasso ou de falha, existem autores que referem que este pode ser resultado de determinadas experiências e memórias precoces, nas quais as pessoas podem por um lado, internalizar a capacidade de se auto-tranquilizarem, ou, de forma oposta, manifestarem a sua frustração dirigindo a raiva para o eu (Kohut, 1971, 1977 citado em Gilbert et al., 2004). Neste sentido, certas experiências parentais durante a infância, caracterizadas por negligência, ausência de afecto, abuso, abandono, rejeição e criticismo estão na origem da formação de um estilo de relacionamento auto-crítico, podendo este por sua vez conduzir a que a criança desenvolva uma visão de si mesma como inferior, inadequada e não desejada, e dos outros como figuras críticas e ameaçadores, o que, deste modo, contribui também para a formação e adopção de um estilo auto-crítico, passando desta forma a criança a experienciar o mesmo estilo de interacção dominância-submissão internamente (Thompson & Zuroff, 1999a; Gilbert & Irons, 2005).

O auto-criticismo pode ser formado por duas componentes principais nomeadamente formas e funções (Gilbert et al. 2004). Relativamente às formas Gilbert, Clark, Hempel, Miles, e Irons (2004) acreditam que a crítica a si mesmo pode apresentar três formas diferentes: a forma *Eu-inadequado*, esta remete para a crítica que é baseada em erros e inadequações do *eu*, é acompanhada por sentimentos de merecimento destas críticas. Esta forma de auto-criticismo implica que o individuo se sinta inferiorizado pelos seus próprios pensamentos. A forma *Eu-tranquilizador* contempla a noção de afecto pelo eu, compreensão pela própria condição e encorajamento para o futuro. A esta componente está subjacente a capacidade de relembrar os aspectos positivos do eu e de continuar a gostar e cuidar de si próprio, mesmo perante situações de decepção. Por último, a forma *Eu-detestado* remete para comportamentos de auto-punição bem como sentimentos de ódio pelo eu, que se traduzem por desejos de maltratar o eu. As funções do Auto-criticismo, que mostram as razões pelas quais as pessoas se auto-criticam, são, segundo Gilbert et al. (2004), a função de auto-correcção, que visa o melhoramento e aperfeiçoamento do eu, de modo a evitar erros e na tentativa de manter determinados padrões de desempenho, os indivíduos que têm este tipo de auto-crítica acreditam que esta é para o seu bem e que caso não o consigam falham e são rejeitados pelos outros. A outra função é a de auto-ataque e está relacionada com desejo de vingança de uma parte de eu, que é vista com “má” e que por isso deverá “ser eliminada”. Segundo os mesmos autores esta última função seria aquela que está mais associada a patologia, estando relacionada com a depressão.

1.1. Auto-Criticismo e Psicopatologia

O auto-criticismo é um importante preditor de sofrimento, pelo que a literatura demonstra estar associado com o desajustamento emocional, social e com diversas perturbações psicológicas na idade adulta (Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff et al., 1999 citado em Gilbert et al., 2004).

A investigação relativa ao auto-criticismo tem vindo a destacar o papel que este assume enquanto factor de vulnerabilidade relativamente à sintomatologia depressiva. Neste sentido, já a perspectiva cognitiva veiculada

por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979 citado em Gilbert et al., 2004) sugeria que os pensamentos automáticos negativos são vistos como avaliativos e condenatórios, estando fortemente relacionados com a depressão.

Greenberg, Elliott e Foerster (1990 citado em Gilbert et al., 2004) sugeriram que é mais provável a ocorrência de depressão quando os indivíduos não se defendem dos seus próprios ataques, e sentem-se derrotados por estes, e de forma submissa aceitam o seu auto-criticismo. Neste sentido, um estudo de Hartlage, Arduino e Alloy (1998, citado em Gilbert et al., 2004) sugere que o auto-criticismo pode ser um marcador para a depressão. Num outro estudo realizado por Teasdale e Cox (2001 citado em Gilbert et al. 2004) foi constatado que em indivíduos mais auto-críticos, pequenas diminuições de humor se traduzem mais frequentemente em recaídas na sintomatologia depressiva, comparativamente a indivíduos com o mesmo quadro clínico mas menos auto-críticos.

Na mesma linha, Gilbert et al. (2004) verificaram que nas cognições auto-críticas, presentes na depressão assim como as vozes malévolas (alucinações auditivas) quando presentes na esquizofrenia, o grau com que os indivíduos experienciam estes “ataques internos” como dominantes, poderosos e controladores, leva à activação de mecanismos de defesa e de subordinação, encontrando-se estes associados à depressão de forma significativa, nos dois casos.

Zuroff, Maskowitz e Cote (1999, citado em Gilbert & Irons, 2005) defendem também a ideia que o auto-criticismo está associado a relacionamentos interpessoais pobres, o que poderá em parte ser explicado pelo facto de que as pessoas com elevados níveis de auto-criticismo serem por vezes também críticos com os outros. Estes resultados corroboram as ideias encontradas no estudo de Mongrain, Vetteuse, Shuster e Kendal (1998 citado em Gilbert et al., 2004) no qual se verificou que o auto-criticismo, associado a sentimentos de subordinação e de inferioridade, afecta a competência dos indivíduos para o estabelecimento de relações interpessoais. Em sintonia com estes dados, estão os resultados encontrados no estudo de Zuroff, Koestner e Powers (1994 citado em Gilbert et al., 2004) que indicam não só a existência de uma associação entre o auto-criticismo e depressão, mas também referem uma associação entre o auto-criticismo e relações interpessoais pobres.

Contudo, para além da associação à sintomatologia depressiva, encontram-se resultados de investigações que demonstram uma associação entre o auto-criticismo e diversas perturbações de internalização, tais como fobia social e perturbação de stress pós-traumático (Cox, Fleet & Stein, 2004a; Cox, MacPherson, Enns & McWilliams, 2004b; Cox, McWilliams, Enns & Clara, 2004c citado em Sanch-Ericsson, Verona, Joiner & Preacher, 2006), bem como associação entre auto-criticismo e o desenvolvimento de patologias do comportamento alimentar (Steiger, Puentes-Neuman & Leung 1991 citado em Thompson & Zuroff, 1999a) e de distúrbios de ansiedade (Sanch-Ericsson et al., 2006).

2. Memórias de Vergonha e Vergonha

Alguns estudos empíricos têm mostrado que a propensão para a vergonha parece ter origem em experiências negativas prévias, tais como experiências de vergonha, abandono, rejeição, negligência emocional ou controlo emocional, certas formas de abuso e estilo parental crítico e/ou severo (Andrews, 2002; Claesson & Sohlberg, 2002; Gilbert, Allan & Goss, 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999; Gilbert & Perris, 2000; Schore, 2001; Stuewig & McCloskey, 2005; Webb, Heisler, Call, Chickering & Colburn, 2007 citado em Matos & Pinto Gouveia, 2009). Estas experiências de vergonha e desvalorização parecem provocar efeitos na maturação psicobiológica do cérebro, que por sua vez tem sido associado não só à propensão para vergonha mas também à vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia (Schore, 1998, 2001; Tangney, Burggraf & Wagner, 1995 citado em Matos & Pinto Gouveia, 2009).

A vergonha pode assim ser internalizada e representada sob a forma de situações, diálogos e memórias de sentimentos de estar envergonhado. A capacidade para internalizar a vergonha começa, provavelmente, precocemente na vida, aprendendo as crianças que os seus comportamentos e características são julgados pelos outros (Gilbert, 2002). Assim, na infância, aprendemos que os nossos sentimentos e comportamentos estimulam nos outros aprovação ou desaprovação. Tais experiências tornam-se a fonte para a auto-referência e para o auto-esquema e são assim internalizadas as representações do *self*. O processo de internalização tem continuidade ao longo da vida (Gilbert, 2002). Desta forma, o transporte deste sentimento de inferioridade para a idade adulta é influenciado pelas experiências vivenciadas pelo indivíduo na infância. Assim, rótulos como mau, inferior, indesejado, mesmo usados de forma inconsciente pelos progenitores, conferem ao sujeito um estatuto inferior e em consequência afectam a sua capacidade para lidar com frustrações, tolerar as decepções e conflitos na sua vida adulta (Gilbert et al., 1996). Deste modo, se a criança reter memórias de situações em que suscitou emoções negativas nos outros, e se estar for tratada como inútil e indesejada, este aspecto contribui para que apresente uma visão do *self* como mau e indesejável (Bowlby, 1998 citado em Gilbert et al., 1996).

Ainda no que respeita à origem da vergonha, mais especificamente às características necessárias a um evento para que este se torne numa experiência de vergonha, e apesar da falta de consenso, Tangney (1995), refere que, embora alguns eventos tenham maior probabilidade de suscitar vergonha que outros, esta emoção tem que ver com as significações pessoais que damos ao evento, e não ao tipo de evento em si, remetendo desta forma para a interpretação idiossincrática da situação.

É reconhecido que o cérebro humano contempla uma complexa ordem de sistemas motivacionais e estratégias sociais que foram evoluindo e sofrendo alterações, dando lugar a um conjunto de objectivos biosociais que motivam e direccionam o comportamento dos indivíduos. Estes objectivos vão ao encontro das mentalidades sociais, tais como a necessidade de cuidar e ser cuidado, formação de alianças, ir ao encontro de recursos direccionados com o estatuto. Para alcançarem estes objectivos os indivíduos recorrem a diferentes estratégias, que por sua vez também foram evoluindo (Gilbert, 1989).

Neste sentido, segundo uma perspectiva evolucionária e tendo em conta autores como Tangney e Fischer (1995), as emoções desempenham um papel fundamental e adaptativo no funcionamento humano, estas organizam as tendências comportamentais que moldam, constroem ou estruturam a actividade e pensamentos humanos, sendo que, em termos evolucionários se considera que cada emoção activa um modo específico de agir e que, por sua vez, desencadeia um conjunto de mecanismos psicológicos que têm como objectivo lidar eficazmente com a situação desencadeadora dessa emoção.

Na última década assistiu-se a uma rápida expansão no estudo das emoções auto-conscientes, nomeadamente a vergonha, a culpa, embaraço, orgulho, entre outras (Tangney & Fischer, 1995; Gilbert, 2000b).

Salienta-se assim o papel adaptativo da vergonha, que apresenta como funções alertar os sujeitos para o facto que os elementos ou sinais sociais que estão a oferecer, estão a causar ou poderão vir a trazer, uma resposta negativa por parte dos outros, tendo este aspecto como consequência a perda de estatuto (Gilbert, 1989). Deste modo, e tomando como base uma perspectiva evolucionária a vergonha pode ser conceptualizada como uma resposta automática do sistema de defesa do individuo que, perante uma ameaça (sendo esta percebida ou mesmo real), ou perda de atractividade do ponto de vista do estatuto social do individuo, (rejeição ou desvalorização por ser, ou por se ter tornado, um objecto social indesejado) vai desencadear um conjunto de respostas defensivas (fuga, submissão, raiva ou dissimulação) (Gilbert, 1998; Gilbert, 2003).

Neste sentido, e se tivermos em conta a evolução da espécie verificamos que enquanto a principal ameaça social para a maioria dos animais é a agressão, para os seres humanos, a maior ameaça é a perda de estatuto social, ou seja, o não ser aceite pelos outros ou o ser visto com indesejado, inadequado, que vai então accionar estratégias de submissão. Quanto melhor for o seu estatuto social (ranking social), melhor será o acesso aos recursos neste âmbito (suporte social, aliados, parceiros sexuais) (Gilbert, 2000b; 2002).

Emoções como a raiva, ansiedade, tristeza/desespero e alegria são consideradas emoções primárias ou básicas (Panskepp, 1998 citado em Gilbert, 2002) e são o componente principal dos nossos sistemas de afecto positivo e negativo (Clark, 2000 citado em Gilbert, 2002). Contudo, emoções como a vergonha, embaraço, orgulho e culpa, são consideradas emoções secundárias, auto-conscientes (*self-conscious emotions*), estas desenvolvem-se mais tarde do que as emoções primárias, uma vez que estão dependentes de algumas competências que se desenvolvem mais tarde (Lewis, 1992; Tangney & Fischer, 1995; Zahn-Waxler, 2000 citado em Gilbert, 2002) tais como a auto-reflexão e auto-avaliação. De acordo com Gilbert (2002) estas competências começam a desenvolver-se por volta dos dois anos de idade e prendem-se com a capacidade de reconhecer o *self* como um objecto para os outros, de fazer juízos acerca do que os outros estão a pensar (teoria da mente), noção das contingências da aprovação ou reprovação pelos outros, assim como a capacidade para perceber as regras sociais. São estas competências relativas ao *self*, em interacção com as emoções primárias que dão origem às emoções secundárias, como a vergonha, o orgulho e a culpa. Neste sentido, uma ameaça ao *self* como agente social (e.g.

vergonha) pode originar emoções primárias negativas, como ansiedade, raiva ou repulsa, e reduzir as emoções positivas. Assim, perante uma ameaça ao *self* (e.g. criticismo ou rejeição) algumas pessoas responderão com agressividade (raiva), enquanto outras mostrarão mais ansiedade e submissão, pois estas emoções secundárias (*self-conscious emotions*) são moldadas por estas competências que nos permitem a construção do *self* como um agente social (Gilbert, 2002). De notar que o *self* constitui na vergonha, tal como noutras emoções como o orgulho e a culpa, o objecto das emoções auto-conscientes.

Apesar da diversidade de perspectivas acerca do conceito de vergonha, esta geralmente, pode ser definida como uma emoção negativa associada a um forte sentimento de desvalorização pessoal. A este respeito, Gilbert (2000b) refere que a vergonha é uma experiência interna do *eu* e, simultaneamente, uma experiência social, na qual o indivíduo se percebe como um agente social não atractivo. Desta forma, esta emoção está relacionada com a auto-avaliação global que o indivíduo faz como sendo desajeitado, diferente, inadequado, inferior, fraco, repugnante ou mau. Ou seja, esta associação tem que ver com o sentimento do indivíduo de que está no mundo como um *eu* que é indesejado e que não gostaria de ter, sendo que a vergonha parece constituir-se como uma resposta involuntária à tomada de consciência da perda de estatuto e desvalorização pessoal.

Segundo Gilbert (2002), a vergonha pode ser encarada como uma experiência multifacetada, constituída por vários componentes:

1. *Um componente cognitivo social/externo*: Os afectos associados com a vergonha surgem, frequentemente, em contextos sociais e relacionam-se com pensamentos automáticos de que os outros vêem o *self* como inferior, inadequado e defeituoso.

2. *Um componente de auto-avaliação interna*: A vergonha envolve um conjunto de avaliações do *self* como mau, inadequado e defeituoso. Neste sentido, encontra-se, frequentemente, associada a pensamentos automáticos negativos acerca do mesmo (auto-criticismo e ataques ao *self*), que no fundo, se prendem com a desvalorização do *self* e com a internalização destes pensamentos (vergonha interna).

3. *Um componente emocional*: As emoções e os sentimentos que se encontram mais associados com a vergonha são a ansiedade, raiva e repulsa. A vergonha encontra-se, também, associada a uma interrupção e perda de afecto positivo.

4. *Um componente comportamental*: A vergonha encontra-se, frequentemente, associada a determinados comportamentos defensivos, tais como inibição do comportamento, esconder-se, evitamento e fuga. No entanto, quando a raiva é a emoção despoletada pela experiência de vergonha, poderá surgir a retaliação e a vingança.

5. *Um componente fisiológico*: A vergonha encontra-se associada à resposta de stress, embora a sua natureza não seja ainda muito clara. Em determinados casos poderá envolver a activação do sistema parassimpático.

É importante ainda proceder à distinção entre vergonha externa e vergonha interna. O conceito de vergonha externa refere-se a uma panóplia de sentimentos, tais como ansiedade ou tristeza, associada àquilo que os outros vêem como mau, fraco, inadequado ou repugnante no *self*, que poderá resultar ou já ter resultado, em rejeição e ataque ou perda de atractividade aos olhos dos outros (Gilbert, 1998). Contudo, embora os indivíduos possam não se auto-desvalorizar, ao se sentirem rejeitados por ter ou não ter certos atributos, o medo da rejeição pode ser intenso e conduzir a um conjunto de comportamentos defensivos (Thompson & Kent, 2001 *cit. in* Gilbert, 2002). Tais comportamentos defensivos tornam-se essenciais à experiência de vergonha.

Por outro lado, a vergonha interna prende-se, tal como o nome indica, com a internalização desta visão do *self*, o indivíduo avalia-se e percepção-se como mau, fraco, inadequado ou repugnante (Gilbert, 2002). Desta forma, esta visão é internalizada pelo indivíduo e por isso este passa a autoavaliar-se de forma negativa, criando a sua identidade à volta de sentimentos de inadequação e rejeição (Gilbert, 2002). Este tipo de vergonha está relacionada com dinâmicas internas do *eu* e com a forma como o *eu* julga e sente o próprio *eu* (Gilbert, 2003).

2.1. Vergonha e Psicopatologia

A emoção de vergonha quando regrada, e em determinadas situações torna-se adaptativa e reguladora do funcionamento psicológico, pois permite aos indivíduos evitarem violações graves das normas sociais, bem como consequências negativas daí resultantes (Gilbert & McGuire, 1998).

Por contraste, quando o indivíduo se envolve num ciclo vicioso de comportamentos submissos e de evitamentos sociais, como forma de protecção do *self*, esta emoção pode tornar-se desadaptativa. São, muitas vezes, estes comportamentos de submissão que conduzem o sujeito a não emitir sinais sociais positivos aos outros, o que reforça e mantém a visão do *self* como inferior e indesejado (Mollon & Parry, 1984, citado em Gilbert et al., 1996).

Neste sentido, a propensão para a vergonha é actualmente reconhecida como um factor de risco para a psicopatologia, bem como a influência na mediação dos problemas interpessoais e estilos de relacionamento interpessoal (Tangney, 1995). Especificamente em relação à depressão, alguns estudos evidenciam que sujeitos deprimidos se vêem a si próprios como inferiores aos olhos dos outros (Swallow & Kuiper, 1988; Allan & Gilbert, 1995 citado em Gilbert, 2000b).

Gilbert (2000b) no âmbito de um estudo acerca dos constructos de vergonha, culpa, orgulho, ansiedade social, depressão e estatuto social, verificou que a vergonha, a ansiedade social e a depressão parecem estar directamente associadas a sentimentos de inferioridade e a comportamentos submissos e não assertivos. Também, parece existir algumas evidências de que a depressão está associada à vergonha interna e à vergonha externa (Allan, Gilbert & Goss, 1994, citado em Gilbert, 2000b), visto que o indivíduo se percepção como inferior aos olhos dos outros, adoptando comportamentos de submissão perante os outros, ao invés de recorrer a uma postura interpessoal mais assertiva

(Gilbert, 2000b).

Da mesma forma, estudos recentes acentuam a importância da vergonha no início e no desenvolvimento da depressão em populações clínicas (Matos & Pinto Gouveia, 2009).

Andrews, Qian e Valentine (2002 citado em Matos & Pinto Gouveia, 2009) referem que a vergonha desempenha um importante papel no início e desenvolvimento da depressão através da demonstração da associação entre vergonha e sintomas depressivos. Na mesma linha, Allan e Gilbert (1997 citado em Matos & Pinto Gouveia, 2009) apuraram que a vergonha, como uma experiência que evoca sentimentos de defeito e incapacidade, apresenta-se como uma componente central na depressão.

3. Descentração, Psicopatologia e Promoção de Bem-Estar

O conceito de descentração tem assumido, no âmbito das recentes terapias, Terapias de 3ª Geração, uma considerável importância, que se verifica não só na diminuição da sintomatologia aversiva, mas também na promoção e manutenção de bem-estar (Fresco et al., 2007a; Simões, 2011).

O conceito de descentração já se encontra como alvo de alguns estudos, bem como, e à semelhança de outros construtos foi submetido a diversas leituras, decorrentes de ambos surgem algumas definições e dados que passaremos a enunciar.

De acordo com Fresco et al. (2007a) a descentração é definida como a capacidade para observar os nossos próprios pensamentos e sentimentos com acontecimentos transitórios, que não reflectem necessariamente a realidade acerca do eu. Assim sendo, a descentração é focada no momento presente e envolve a adopção de uma atitude de não julgamento e de aceitação dos pensamentos e sentimentos, mais do que esforços para controlar os seus conteúdos. Os pensamentos e sentimentos, sendo encarados como eventos mentais transitórios, não são, considerados necessariamente importantes, não espelham de uma forma inequívoca o valor de uma pessoa, e não requerem ou exigem nenhum comportamento ou manifestação corporal como resposta (Fresco et al. 2007a).

Safran e Segal (1990), na mesma linha de pensamento, defendem, a propósito deste construto, que a realidade de um momento não é absoluta, imutável ou inalterável, sugerindo antes que depende do modo como cada indivíduo se relaciona com a experiência, externa e interna. Estes autores definem este conceito como a capacidade de observar os seus próprios pensamentos e sentimentos como temporários, em oposição a serem considerados representações do eu percebidas como verdades absolutas.

Segal, Williams e Teasdale (2006 citado em Simões, 2011) apontam três dimensões que acreditam caracterizar este conceito. Segundo estes autores a Descentração envolveria a (1) capacidade para se perceber a si próprio como não sendo o sinónimo ou a tradução dos seus pensamentos; (2) a capacidade para não reagir automaticamente às experiências negativas; (3) e a capacidade de auto-compassão.

É de salientar que este conceito tem sido alvo de maior destaque no âmbito das Terapias de 3ª Geração, sendo óbvio para diversos autores os pontos

de contacto que existem entre este conceito e o de mindfulness. Neste sentido, recordemos a este propósito que Kabat-Zinn (1990) definiu Mindfulness como uma forma específica de atenção plena, uma concentração no momento presente, de modo intencional e sem julgamento. Contudo, diversos autores propõem a diferenciação entre ambos os construtos, segundo Fresco et al. (2007a) estes conceitos, embora se encontrem correlacionados, não são sinónimos, e constituem processos distintos que não partilham relação causal nem sequencial. Por outro lado, Bishop et al. (2004 citado em Fresco et al., 2007a) referem que mindfulness e descentração se inserem num domínio de conceitos que descrevem a capacidade de observar os próprios pensamentos e sentimentos no momento presente, não evidenciando características que os diferenciem. Encontrando-se assim diferentes perspectivas acerca da distinção entre ambos os construtos.

No entanto, importa referir que o conceito de descentração não é exclusivo das Terapias de 3ª Geração, remontando este também às terapias de 2ª Geração, ou seja, às terapias cognitivas.

Neste sentido, e tendo em conta Segal, Williams e Teasdale (2002), já a Terapia Cognitiva realçava a importância de se estabelecer uma relação de natureza distinta com o pensamento, particularmente com padrões disfuncionais, como forma de prevenir psicopatologia. Na mesma linha, Beck et al. (1979 citado em Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007b) e Safran e Segal (1990) descreveram este conceito como um importante ingrediente de mudança na terapia cognitiva. Também Ingram e Hollon (1986 citado em Fresco et al., 2007b) referem que a descentração não só é importante na redução de sintomas depressivos mas também que a eficácia a longo prazo da terapia cognitiva estaria em promover nos doentes esta capacidade.

São vários os autores que destacam a descentração como um importante factor de resiliência para o desenvolvimento de perturbações emocionais e de psicopatologia (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Eifert & Forsyth, 2005).

Clinicamente, segundo Watkins, Teasdale e Williams (2000), ganhos na capacidade de descentração corresponde a uma redução da sintomatologia depressiva nos indivíduos, sugerindo assim que a descentração é um conceito importante na manutenção da saúde mental. No estudo destes autores, as questões de descentração produziram diminuição significativa na proporção de memórias recuperadas relativamente às questões de controlo.

Fresco et al. (2007a) referem que a capacidade de descentração tem, tendo em conta diferentes investigações, sido apresentada como uma importante variável no desenvolvimento cognitivo e social, e para o bem-estar emocional e que, a ausência desta tem sido apresentada como factor de vulnerabilidade para a disfunção social e psicológica. Também no estudo realizado pelos mesmos autores a descentração evidencia uma relação negativa com a sintomatologia depressiva.

4. Bem-Estar e Saúde Mental

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005 p.2 citado em Westerhof & Keyes, 2009) definiu a saúde mental como *“um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, é capaz de lidar com os*

problemas normais da vida, é capaz de trabalhar de uma forma produtiva e é capaz de dar uma contribuição à sua comunidade". Nesta definição estão subjacentes três componentes principais, nomeadamente, o bem-estar, o funcionamento eficaz de um indivíduo e o funcionamento efectivo para uma comunidade.

A investigação acerca do conceito de bem-estar tem-se desenvolvido nas últimas décadas (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Kahneman, Diener & Schwarz, 1999 citado em Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002) com um reconhecimento crescente das diferentes correntes existentes nesta vasta área.

Actualmente no domínio da investigação acerca do construto de bem-estar emergem duas perspectivas que se organizam em torno de dois modelos o bem-estar psicológico (Psychological Well-being) e bem-estar subjectivo (Subjective Well-being).

Neste sentido o bem-estar subjectivo remete para as avaliações que os indivíduos fazem acerca da sua qualidade de vida, as suas experiências, relações interpessoais bem como outras formas culturalmente valorizadas do funcionamento da vida (Keyes et al, 2008). De acordo com a revisão de Ryan e Deci (2001, citado em Keyes et al., 2002) é necessário considerar que a investigação relativa ao bem-estar subjectivo se organiza em duas abordagens gerais: um relacionado com a felicidade (bem-estar hedónico) e outro relacionado com o potencial e funcionamento humano (bem-estar eudaimónico).

A tradição hedónica reflecte-se nas investigações sobre bem-estar emocional, que consiste em percepções de felicidade e satisfação com a vida e a mudança de afecto positivo para negativo num determinado período de tempo. Considerando que a felicidade é baseada em reflexões espontâneas de agradável ou desagradável que afecta a nossa experiência imediata, satisfação com a vida representa uma avaliação a longo prazo acerca da vida. A tradição eudaimónica anima as preocupações humanas com o desenvolvimento de habilidades e capacidades emergentes para se tornar pessoa com melhor funcionamento e um melhor cidadão. Esta tradição reflecte-se no fluxo da investigação acerca do bem-estar psicológico (Ryff, 1989 citado em Keyes et al., 2008) e social (Keyes, 1998 citado em Keyes et al., 2008) que reflectem a forma como os indivíduos vêem o seu funcionamento na sua vida (Keyes et al., 2008).

O modelo multidimensional de Ryff (1989 citado em Keyes, 2005) inclui seis dimensões do bem-estar psicológico indicando os desafios que os indivíduos encontram enquanto se esforçam para funcionar de uma forma plena e realizarem os seus talentos únicos. Assim sendo, as seis dimensões abrangem uma vasta amplitude de bem-estar nomeadamente avaliação positiva de si mesmo e da sua vida passada (auto-aceitação); um sentido de crescimento pessoal; a crença de que a vida tem significado e finalidade; a posse de relações íntimas (relações positivas com os outros); capacidade de gerir a vida de uma forma eficaz e o que o rodeia e um sentido de auto-determinação (autonomia). (Keyes, 2005). Por outro lado, o modelo de bem-estar social de Keyes (1998 citado em Keyes et al., 2008) é composto por cinco dimensões que indicam se e quanto os indivíduos estão a funcionar bem na sua vida social. As medidas avaliam o sentido individual de pertença (ou seja, integração social); o senso de

valor para a sociedade, ou a contribuição social; a sensibilidade e significado do mundo social (coerência social); a realização social e a aceitação social (Keyes, 2005; Keyes et al., 2008). A distinção importante entre bem-estar psicológico e social é que o primeiro representa como os indivíduos se vêem a si mesmos (“eu”) e a segunda representa a forma como os indivíduos vêem o seu funcionamento (“nós”) (Keyes et al., 2008).

Keyes (2005) conceptualiza a saúde mental tendo como base as tradições hedônicas e eudaimônicas da saúde, que se reflectem nas três principais componentes da mesma que propõe: o bem-estar emocional (tradição hedónica), o bem-estar social e o bem-estar psicológico (tradição eudaimónica). Contudo, sugere uma visão contínua da saúde e bem-estar mental, em oposição à postura bipolar e dicotómica saúde-doença da tradição psiquiátrica (Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keyes, 2010).

Segundo Keyes (2002 citado em Westerhof & Keyes, 2009) a saúde mental consiste na combinação entre bem-estar emocional, psicológico e social em conjunto com a ausência de psicopatologia. É neste contexto que surge o termo *flourishing*, do inglês “desenvolver-se e florescer” que significa a experiência do funcionamento individual como óptimo que incorpora benevolência, desenvolvimento e resiliência. Este autor defende que o *flourishing* é um estado onde os indivíduos combinam altos níveis de bem-estar subjectivo com níveis óptimos de bem-estar psicológico e social (Westerhof & Keyes, 2009). Neste sentido, a saúde mental não é apenas um estado caracterizado pela ausência de psicopatologia mas também pela presença de algo positivo (Ryff & Singer, 1998; Sigerist, 1941; World Health Organization, 1948 citado em Keyes, 2005). Assim sendo, da mesma forma que a depressão requer sintomas de anedonia, propõe-se que a saúde mental consista em sintomas de hedonia e sentimentos positivos acerca da vida, na mesma linha, assim como a depressão consiste em sintomas de mau funcionamento a saúde mental consiste em sintomas de funcionamento positivo (Keyes, 2005).

II - Objectivos

Os objectivos gerais desta investigação situam-se a diferentes níveis, nomeadamente a nível teórico e pragmático.

No que respeita ao cariz mais teórico, o estudo pretende ser uma revisão da literatura já existente acerca do conceito de auto-criticismo, vergonha e memórias de vergonha, descentração e bem-estar, remetendo também para o papel destes construtos na contribuição para a psicopatologia.

De um ponto de vista metodológico, os nossos objectivos gerais passam por averiguar se a forma como os indivíduos lidam e interpretam as suas experiências internas os conduz a uma maior vulnerabilidade para a psicopatologia, ou se, por outro lado, promovem o seu bem-estar. Assim, espera-se que quanto mais os indivíduos recorram a estratégias baseadas no auto-criticismo, apresentem maiores níveis de vergonha e que possuam memórias de vergonha, irão apresentar maior propensão para desenvolverem psicopatologia e por outro lado, menores níveis de bem-estar. No entanto, se por contraste, os indivíduos possuírem capacidade de descentração relativamente às suas experiências internas e capacidade de se auto tranquilizarem, é esperado

que estes por sua vez, evidenciem menores níveis de psicopatologia e níveis mais elevados de bem-estar.

De forma mais específica, apresenta-se como objectivo desta investigação avaliar a relação entre a vergonha (interna e externa) e as memórias de vergonha e a tendência dos indivíduos para se descentrarem dos seus pensamentos e sentimentos, bem como a sua relação com a psicopatologia e o bem-estar. Concretamente pensa-se que a presença de memórias de vergonha, bem como de sentimentos de vergonha estejam associados ao desenvolvimento de sintomas depressivos, ansiosos e de afecto negativo, e por outro lado, espera-se que estejam associados a menores índices de descentração, bem-estar e afecto positivo.

Apresenta-se também como objectivo desta investigação averiguar a relação estabelecida entre a descentração e a psicopatologia e bem-estar. Espera-se então, que indivíduos que demonstrem detenção de capacidade de se descentrar das suas experiências internas apresentem níveis mais elevados de bem-estar e de afecto positivo, e que, de forma oposta evidenciem menores níveis de sintomatologia depressiva, ansiosa e afecto negativo.

Da mesma forma, constitui-se como objectivo da presente investigação averiguar se a vivência de uma relação interna pautada por auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) está relacionada com a psicopatologia, descentração e bem-estar. Neste sentido, hipotetiza-se que a adopção de uma relação interna caracterizada por sentimentos de inadequação e de ódio pelo eu, estariam associados com uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e de afecto negativo por parte dos indivíduos. E que, por outro lado, estariam associadas a menores índices de descentração, bem-estar e afecto positivo. Por contraste, espera-se que indivíduos que possuem a capacidade de se auto-tranquilizar (eu tranquilizador) não apresentem índices elevados dos referidos sintomas psicopatológicos e de afecto negativo. Por outro lado, hipotetiza-se que estes indivíduos irão apresentar maiores índices de afecto positivo e bem-estar, assim como que a capacidade de descentração se encontre associada a uma postura de auto tranquilização por parte dos indivíduos.

Por fim, apresenta-se ainda como objectivo deste estudo averiguar o efeito que a descentração pode ter na relação entre vergonha e depressão, bem como, na relação entre auto-criticismo e a sintomatologia depressiva. Neste sentido, hipotetizamos que esta capacidade desempane um efeito de moderação entre o auto-criticismo, bem como entre a vergonha, com a sintomatologia depressiva. Pensa-se assim, que indivíduos auto-críticos ou com sentimentos de vergonha que apresentem capacidade de descentração irão estar menos propensos a desenvolver sintomas depressivos.

III - Metodologia

Caracterização da Amostra

Para concretizar os objectivos propostos, conceptualizou-se um estudo transversal com base numa amostra de 273 participantes da população geral, não estudante, com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos, cuja participação foi voluntária.

Como critérios de exclusão considerou-se a) idade inferior a 18 anos e superior a 60 anos; b) população estudante; c) evidência de dificuldades na compreensão dos itens das escalas que pudesse comprometer o preenchimento das mesmas; d) não preenchimento de um número elevado de itens.

A amostra final ficou constituída por 273 sujeitos, 116 do sexo masculino (42,5%) e 157 do género feminino (57,5%), com idades compreendidas entre os 18 e 60 anos de idade.

A média de idades desta amostra é de 38.18 ($DP= 10.287$), e no que respeita aos anos de escolaridade, a amostra é distribuída entre 4 e 19 anos de escolaridade ($M= 10.09$; $DP= 3.783$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e o género masculino no que diz respeito à idade [$t(271) = -.521$; $p = .603$] nem aos anos de escolaridade [$t(271) = .187$; $p = .851$].

No que concerne ao estado civil a amostra é composta por 24.9% de sujeitos solteiros, 59% de sujeitos casados, 6.6% de divorciados, 1.5% de viúvos e 8% de sujeitos a viver em união de facto. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o estado civil [$\chi^2(4) = 5.5$; $p = .243$].

Relativamente ao nível socio-económico, a amostra é constituída por 74% de sujeitos de nível socio-económico baixo, 25.6% com nível socio-económico médio e 0.4% de nível socio-económico elevado. Assim como se verificou nas variáveis anteriores, também no nível socio-económico não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino [$\chi^2(2) = 1.9$; $p = .385$].

Tabela 1. Características gerais da amostra: idade, anos de escolaridade, estado civil e nível socioeconómico

	Masculino		Feminino		Total		<i>t</i>	<i>p</i>
	(n=116)		(n=157)		(N=273)			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	37.80	10.436	38.46	10.201	38.18	10.287	-5.21	.603
Anos Escolaridade	10.14	3.822	10.05	3.765	10.09	3.783	.187	.851
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>x</i> ²	<i>p</i>
Estado Civil								
Solteiro	34	12.5	34	12.5	68	24.9		
							5.467	.243
Casado	64	23.4	97	35.5	161	59		
Divorciado	5	1.8	13	4.8	18	6.6		
Viúvo	3	1	1	0.4	4	1.5		
União de Facto	10	3.7	12	4.4	22	8		
Nível Socioeconómico								
Baixo	90	33	112	41	202	74		
							1.910	.385
Médio	26	9.5	44	16.1	70	25.6		
Alto	0	0	1	0.4	1	0.4		

Instrumentos

Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale (FSCRS, Gilbert et al., 2004; tradução e adaptação de Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2005).

Esta escala é constituída por 41 itens que procuram avaliar de que forma as pessoas se auto-criticam e auto-tranquilizam “*quando as coisas correm mal*”. O formato de resposta é dado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 0 corresponde a *não sou assim* e 4 a *sou extremamente assim*. A escala é formada por três factores: Eu Inadequado, Eu Tranquilizador e Eu Detestado.

Na versão original, os valores de consistência interna encontrados foram os seguintes: .90 para a sub-escala Eu Inadequado e .86 para as restantes duas sub-escalas. Relativamente à aferição portuguesa os valores relativos à consistência interna obtidos foram de: .87 para a sub-escala Eu Inadequado, .84

para a sub-escala Eu Tranquilizador e .65 para a sub-escala Eu Detestado. Para o nosso estudo, obtiveram-se valores de consistência interna de .84 para o Eu-Inadequado, .85 para o Eu Tranquilizador e .65 para o Eu.Detestado, é um valor de alfa sofrível.

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (DASS-42, Lovibond e Lovibond, 1995; tradução e adaptação de J. Pais Ribeiro, A. Honrado e I. Leal, 2004; EADS-42 Escalas de Ansiedade Depressão Stress).

A DASS tem por finalidade avaliar sintomas emocionais negativos referentes a três dimensões, nomeadamente a Depressão, Ansiedade e Stress.

Esta escala é constituída por 42 itens nos quais os sujeitos têm que avaliar em que medida é que experimentaram cada sintoma durante a última semana, numa escala tipo Likert de 4 pontos sendo que 0 corresponde a *não se aplicou nada a mim*, 1 a *aplicou-se a mim algumas vezes*, 2 a *aplicou-se a mim muitas vezes* e 3 *aplicou-se a mim a maior parte do tempo*.

Os valores relativos à consistência interna encontrados por Ribeiro, Honrado e Leal (2004) foram bons, semelhantes aos encontrados por Lovibond e Lovibond (1995) para a escala original. A versão portuguesa da escala apresenta assim os seguintes valores: Depressão .93 (.91 na versão original), Ansiedade .83 (.84 na versão original) e Stress .88 (.90 versão original). Relativamente ao presente estudo os valores de consistência interna encontrados são de .92, de .90 e de .92 para a sub-escala Depressão, Ansiedade e Stress, respectivamente.

Positive and Negative Affect Schedule (PANAS, Watson, Clark e Tellegen, 1988; tradução e adaptação de Galinha e Pais-Ribeiro, 2005)

Esta escala é constituída por 20 itens que têm por objectivo avaliar o afecto positivo e o afecto negativo.

A escala é formada por duas sub-escalas, nomeadamente Afecto Positivo e Afecto Negativo, cada uma destas é formada por 10 itens onde os sujeitos avaliam a extensão em que experimentam cada emoção durante as últimas semanas. As respostas são dadas num formato tipo *Likert* de 5 pontos, no qual 1 corresponde a *Nada ou muito ligeiramente*, 2 a *Um pouco*, 3 a *Moderadamente*, 4 a *Bastante* e 5 a *Extremamente*.

Os valores de consistência interna encontrada por Watson e colaboradores (1988) são de .88 para a escala de Afecto Positivo e de .87 para a de Afecto Negativo. Os valores obtidos na adaptação da escala para a população portuguesa para a escala de Afecto Positivo é de .86 e de .89 para a escala de Afecto Negativo. No nosso estudo os valores de *Alpha de Cronbach* são de .81 para o Afecto Positivo e .90 para o Afecto Negativo.

Other As Shamer Scale (OAS; Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994; tradução e adaptação de Lopes, Pinto Gouveia & Castilho, 2005).

Este questionário é constituído por um conjunto de 18 itens que avaliam a vergonha externa, ou seja, a forma como o indivíduo pensa que os outros o vêem. A escala de resposta é de tipo Likert de 5 pontos (em que 0 é *Nunca* e 4 corresponde a *Quase Sempre*), os sujeitos respondem em relação à frequência

com que sentem ou experienciam o que é afirmado em cada item. Pontuações elevadas nesta escala traduzem um alto índice de vergonha externa.

Relativamente às propriedades psicométricas da versão original, esta apresentou uma consistência interna elevada ($\alpha=.92$), na versão portuguesa a OAS revela igualmente uma boa consistência interna de .91. No nosso estudo foi conseguida uma consistência interna de .93.

Internalized Shame Scale (ISS; Cook, 1987, 1994, 2001; tradução e adaptação de Matos & Pinto Gouveia, 2006).

Esta escala foi construída com o objectivo geral de avaliar a emoção de vergonha enquanto traço, isto é, como característica estável da personalidade. É constituída por duas subescalas: uma subescala com 24 itens que avalia a Vergonha Interna e uma segunda constituída por 6 itens que avaliam a Auto-estima. A escala é composta por 30 itens e o formato de resposta é tipo Lickert, na qual 0 corresponde a *Nada* e 4 a *Quase Sempre*.

Quanto à consistência interna, a versão original apresentou um valor de α de Cronbach de .88 e de .96 para a subescala de vergonha e de auto-estima, respectivamente. Relativamente à consistência interna obtida pela aferição portuguesa os valores encontrados foram de .95 para a subescala Vergonha Interna e .85 para a subescala Auto-estima. Na presente investigação obteve-se o valor de .95 para a Vergonha Interna.

Centrality of Event Scale (CES, Berntsen e Rubin, 2006; tradução e adaptação para a população portuguesa por Matos e Pinto-Gouveia, 2006).

Esta escala é composta por 20 itens que pretendem medir até que ponto um evento ou a memória de um acontecimento caracterizado por vergonha, representa um ponto de referência central para a identidade na história de vida de uma pessoa e medir qual a sua extensão e contributo para a formação de pontos de referência para a identidade pessoal e atribuição de significado a outras experiências de vida. Esta escala é composta por três subescalas nomeadamente: Atribuição de Significado, Identidade e Ponto de viragem. As respostas são dadas numa escala tipo *Lickert* de 5 pontos, (1 = *Discordo Totalmente*; 5 = *Concordo Totalmente*).

Os valores relativos à consistência interna obtidos por Berntsen e Bubin (2006) são de .94. Relativamente à versão portuguesa da CES os valores da consistência interna encontrados são de .96, revelando assim uma boa consistência interna. À semelhança da versão portuguesa no presente estudo foi conseguida uma consistência interna de .96.

Impact Event Scale – Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1997; tradução e adaptação de Matos & Pinto Gouveia, 2006).

Este instrumento procura avaliar o sofrimento que advém do impacte, neste caso, de uma experiência de vergonha, isto é, em que grau a experiência de vergonha afectou a vida da pessoa, depois dessa mesma experiência, a partir de 6 meses após o acontecimento. Foi construída em paralelo com os critérios da Perturbação Pós-Stress Traumático do DSM-IV e é composta por 22 itens,

num formato de resposta de tipo Likert, no qual 0 corresponde a *Nada* e 4 a *Muitíssimo*. Na sua estrutura original a IES-R é constituída por três subescalas, nomeadamente, Evitamento, Intrusão e Hiperactivação, estas medem as três características primordiais da sintomatologia traumática associada a uma determinada experiência. O estudo de validação da IES-R (EIA-R na versão portuguesa) integrou um estudo mais geral a respeito das memórias traumáticas de vergonha (Matos & Pinto Gouveia, submetido para publicação), as instruções da versão original foram ligeiramente modificadas, assim, foi pedido aos sujeitos que respondessem com base no impacto que uma experiência de vergonha marcante que recordassem da sua infância adolescência teve ao longo da vida. O valor de consistência interna encontrado na aferição da IES-R foi de .96, que é indicador de uma excelente consistência interna. No nosso estudo, foi obtido um *Alpha de Cronbach* de .97.

Experiences Questionnaire (EQ, Fresco, Moore, Van Dulmen, Segal, Teasdale e Williams, 2007; tradução e adaptação de Pinto-Gouveia, J. e Gregório, S., 2006)

O EQ é uma escala de auto-resposta composta por 20 itens, que se divide em duas sub-escalas: Descentração, que engloba 14 itens e Ruminação composta por 6 itens. As respostas aos itens são dadas numa escala de tipo Likert de 5 pontos, na qual 1 corresponde a *Nunca*, 2 a *Raramente*, 3 *Algumas vezes*, 4 *Frequentemente* e 5 representa *Sempre*. Os sujeitos têm que indicar a frequência que considera corresponder á sua experiência.

Em relação aos valores de consistência interna obtidos para a versão portuguesa da escala foram de .77 para a sub-escala Descentração e .62 para a Ruminação. No estudo da versão original da escala os valores encontrados foram de .83 para a Descentração e .70 para a Ruminação. No presente estudo foi conseguido uma consistência interna de .79 para a subescala Descentração.

Mental Health Continuum – Short Form (Keyes et al., 2008; tradução e adaptação de Cherpe, S. Matos. A.P. & André R.S., 2009, para crianças e adolescentes dos 12 aos 18 anos)

Este instrumento é constituído por 14 itens e apresenta como finalidade a avaliação do bem-estar subjectivo. As respostas são dadas numa escala de *Likert* de 6 pontos (0= *Nunca* a 5= *Todos os dias*), sobre a forma como a pessoa se tem sentido no último mês.

No estudo original foram encontrados 3 factores, 3 itens de Bem-estar Emocional, 4 itens de Bem-estar Social e 6 itens de Bem-estar Psicológico. A consistência interna da escala total é de .74. No estudo português (realizado com crianças e adolescentes) foi confirmada a estrutura de 3 subescalas com boas consistências internas nomeadamente, Bem-estar Emocional .87; e Bem-estar Social .82 e uma consistência moderada para o Bem-estar Psicológico (α de Cronbach 0.768). A escala total revelou uma boa consistência interna obtendo o valor de 0.907. Relativamente ao nosso estudo os valores de consistência interna obtidos foram de .82, de .81 e de .87 para Bem-estar Emocional, Bem-estar Social e Bem-estar Psicológico, respectivamente. Relativamente à escala total o valor conseguido foi de .91.

Procedimento

Os 9 instrumentos acima descritos compõem a bateria de escalas usada na realização desta investigação, e foram administrados aos participantes pela responsável do estudo. A esta bateria de instrumentos adicionou-se uma folha de rosto com uma explicação sucinta dos objectivos do estudo seguida de uma recolha dos dados biográficos dos participantes. Nesta página inicial era feita também referência ao anonimato e confidencialidade das respostas dos participantes assim como à importância do preenchimento de todos os itens das escalas. O preenchimento do protocolo por parte dos participantes foi voluntário e tinha a duração cerca de 20-30 minutos.

A análise dos dados recolhidos foi realizada recorrendo ao software SPSS (versão 17.0). Num primeiro momento, foi realizada a estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central (i.e. médias das variáveis em estudo), medidas de dispersão (i.e. desvios-padrão), medidas de assimetria e achatamento, e variação das pontuações (i.e. mínimos e máximos).

Seguidamente foram realizados testes paramétricos, por um lado porque se afiguram como mais robustos¹, e por outro porque cumprem os pressupostos para a sua implementação (i.e. o da normalidade e o da homogeneidade) (Maroco, 2010). Para testar a normalidade da distribuição das variáveis dependentes foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov ($p < .05$). Contudo, por este se tratar de um teste sensível e, por isso, revelar desvios, mesmo que pequenos, à normalidade, foram ainda analisados os valores de assimetria e achatamento. Kline (1998), embora não seja claro que valores de assimetria e achatamento de tornem problemáticos, refere que os valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e de achatamento inferiores a 7-10 permitem assumir a não normalidade da distribuição das variáveis dependentes não é problemática. Para além disto, o Teorema do Limite Central remete para o facto que uma distribuição da média amostral tende para a distribuição normal à medida que a sua dimensão aumenta para valores suficientemente grandes, verificando-se este aspecto para $n \geq 30$ (Maroco & Bispo, 2003; Maroco, 2010). Relativamente à presença de valores extremos, foram encontrados 2 *outliers*. Tendo em conta que esta é uma área um pouco controversa na estatística, mais precisamente na forma de lidar com os mesmos (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998), e embora alguns autores considerem que estes valores devem ser mantidos (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998) ou até a transformação das variáveis ou pontuações (Tabachnick & Fidell, 1989), há autores que propõem a sua eliminação (Maroco & Bispo, 2003). Neste sentido, optámos por eliminar os *outliers* como precaução de futuros problemas em termos das análises efectuadas.

De seguida, procedeu-se à realização de *teste-t* para amostras independentes que permite a comparação de grupos independentes e verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o género feminino dos participantes relativamente às variáveis sociodemográficas e variáveis em estudo. Para além dos pressupostos referenciados anteriormente,

¹ Maroco (2010) afirma que os testes paramétricos são robustos à violação da Normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões da amostra não sejam extremamente pequenas.

foi também realizado o teste de Levene, no sentido em que é um teste robusto a desvios de normalidade (Maroco, 2010), confirmando-se desta forma a homogeneidade para valores de $p > .05$. Contudo, quando estes valores nos indicavam a existência de heterogeneidade da variância, realizámos a interpretação da correcção estatística que o programa permite.

No que respeita à estatística correlacional, foram calculadas correlações de *Pearson*, com o intuito de medir a força e a dimensão da associação entre duas variáveis. A este respeito, nesta investigação, no que diz respeito à avaliação das magnitudes de correlação, será utilizada a convenção de Pestana e Gageiro (2008) que indicam que uma correlação menor que .2 indica uma associação linear muito fraca; entre .2 e .39 baixa; entre .4 e .69 moderada; entre .7 e .89 alta e entre .9 e 1 muito elevada.

Previamente à elaboração das regressões, foi analisada a multicolinearidade através das matrizes de correlações bivariadas entre as variáveis independentes, onde não se verificaram problemas de multicolinearidade, isto é, os valores de R encontrados foram inferiores a .75 (Maroco, 2010). Para além disso, os valores encontrados do factor de inflação da variância (VIF) corroboram uma multicolinearidade sem problemas, estando abaixo de 5 (Montgomery & Peck, 1982 citado em Maroco, 2010). Foi ainda assegurada a independência dos resíduos através dos valores de Durbin-Watson que se situaram entre os valores previstos (0 e 4) (Maroco, 2010).

Posteriormente, procedemos às análises de regressão múltipla (método *enter*) tendo-se seguido a realização de estudos de moderação através da análise de regressões lineares múltiplas. Segundo Marôco (2010) factores específicos podem ser capazes de aumentar ou reduzir quer a magnitude quer a direcção do efeito de uma ou mais variáveis predictoras (independentes) na variável resposta (dependente). Neste procedimento, com a finalidade de reduzir o erro associado à multicolinearidade usámos um procedimento standardizado, em que os valores dos preditores foram centrados e depois foi obtido o produto da interacção através da multiplicação das variáveis centradas. Desta forma, quando uma variável afecta, quer em magnitude quer em sinal, a relação entre a variável dependente e a independente é considerada moderadora (Marôco, 2010).

Neste sentido, nos estudos de moderação que realizámos, pretendemos averiguar o efeito de moderação, ou seja se uma variável (moderadora) afecta a correlação entre a variável dependente e a variável independente. Deste modo, quando existe moderação pela variável moderadora, esta amplifica ou diminui o efeito da variável independente na dependente (Marôco, 2010).

Tabela 2. Médias e desvio padrão das variáveis em estudo na amostra (n=273)

	<i>M</i>	<i>DP</i>	Min-Máx	Assimetria	Achatamento	K-S	P
FSCRS							
Eu-inadequado	12.08	6.49	0-30	.437	-.018	.062	.014
Eu-tranquilizador	19.56	6.27	2-32	-.377	-.139	.074	.001
Eu-detestado	2.52	2.90	0-14	1.476	2.151	.192	.000
DASS-42							
Depressão	6.56	6.92	0-31	1.310	1.627	.172	.000
Ansiedade	6.23	6.19	0-32	1.356	1.627	.157	.000
PANAS							
Afecto Positivo	28.37	6.93	10-45	.044	-.228	.063	.011
Afecto negativo	17.23	6.97	10-42	1.044	.668	.150	.000
OAS	20.22	11.44	0-59	.830	.613	.097	.000
ISS							
Vergonha Interna	29.68	16.61	0-78	.489	-.392	.083	.000
CES	49.96	18.26	14-100	.354	-.411	.048	.200
IES-R	30.99	20.19	0-86	.44	-.558	.078	.000
EQ							
Descentração	36.15	5.158	16-51	-.008	.677	.072	.001
MHC-SF							
Bem-estar Emocional	10.46	3.17	2-15	-1.039	.311	.203	.000
Bem-estar Social	11.00	5.74	0-25	.250	-.721	.071	.002
Bem-estar Psicológico	19.34	6.42	0-30	-.637	-.364	.134	.000

IV - Resultados

Estudo das diferenças entre género nas variáveis em estudo

Neste estudo procurou-se averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o género feminino, em relação às médias obtidas pelos mesmos nas variáveis em estudo. Para tal, procedeu-se à estatística paramétrica do cálculo do teste *t* de Student para amostras independentes.

Os resultados presentes na Tabela 3 indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .05$) entre os dois géneros na subescala vergonha interna (ISS), na qual os sujeitos do género feminino pontuaram valores mais elevados [$t(271) = -3.747$; $p = .000$]. Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros no que respeita ao bem-estar emocional [$t(271) = 2.042$; $p = .042$] e ao bem-estar social [$t(271) = 2.641$; $p = .005$] do MHC-SF, pontuados com valores significativamente superiores pelo género masculino. Através do cálculo do *d* de Cohen percebemos que as dimensões das diferenças entre os géneros são médias. Contudo, para controlar o efeito do género foi realizada uma análise de regressão, contudo esta não se mostrou preditora, assim sendo, as análises estatísticas subsequentes serão realizadas conjuntamente para ambos os sexos.

Tabela 3. Estudo das diferenças de género das variáveis em estudo (n= 273)

	Masculino (n=116)		Feminino (n=157)		Total (N=273)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
FSCRS								
Eu-Inadequado	11.45	6.66	12.55	6.35	12.08	6.49	-1.386	.167
Eu-Tranquilizador	20.02	6.67	19.22	5.96	19.56	6.27	1.043	.298
Eu-Detestado	2.44	2.64	2.59	3.08	2.52	2.90	-.412	.681
DASS-42								
Depressão	5.86	6.04	7.07	7.48	6.56	6.92	-1.429	.154
Ansiedade	5.58	5.93	6.72	6.35	6.23	6.20	-1.510	.132
Stress	10.70	7.57	12.04	7.73	11.47	7.67	-1.436	.152
PANAS								
Afecto Positivo	28.80	6.64	28.06	7,15	28.37	6.93	.877	.382
Afecto Negativo	16.73	6.81	17.60	7.087	17.23	6.97	-1.015	.311
OAS	19.48	11.18	20.76	11.64	20.22	11.44	-.915	.361
ISS								
Vergonha Interna	25.40	15.68	32.84	16.62	29.68	16.61	-3.747	.000
CES	47.97	17.10	51.43	18.99	49.96	18.26	-1.551	.122
IES-R	28.47	19.04	32.86	20.87	30.99	20.19	-1.784	.075
EQ								
Descentração	36.59	4.78	35.83	5.42	36.15	5.16	1.215	.225
MHC-SF								
Bem-estar Emocional	10.91	2.93	10.13	3.30	10.46	3.17	2.042	.042
Bem-estar Social	12.05	5.65	10.22	5.69	11.00	5.74	2.641	.005
Bem-estar Psicológico	19.68	6.24	19.09	6.56	19.34	6.42	.753	.452

Tabela 4. Correlações entre todas as variáveis em estudo (N=273)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Eu_Inadequado	-															
2-Eu_Tranquilizador	-.68	-														
3-Eu_Detestado	.656**	-.192**	-													
4-DASS_Depressão	.567**	-.262**	.628**	-												
5-DASS_Ansiedade	.448**	-.126*	.578**	.719**	-											
6-DASS_Stress	.561**	-.137*	.539**	.725**	.706**	-										
7-Afecto_Positivo	-.023	.475**	-.105	-.225**	-.062	-.060	-									
8-Afecto_Negativo	.474**	-.162**	.470**	.675**	.619**	.700**	-.053	-								
9-OAS_Vergonha_Externa	.517**	-.268**	.461**	.576**	.379**	.444**	-.118	.549**	-							
10-ISS_Vergonha_Interna	.614**	-.324**	.539**	.676**	.475**	.583**	-.183**	.624**	.750**	-						
11-CES_Total	.282**	-.123*	.198**	.342**	.254**	.282**	-.048	.324**	.393**	.458**	-					
12-IES_R_Total	.433**	-.131*	.289**	.387**	.362**	.397**	-.039	.380**	.382**	.491**	.615**	-				
13-EQ_Descentração	-.215**	.401**	-.284**	-.301**	-.201**	-.256**	.377**	-.252**	-.187**	-.272**	-.039	-.051	-			
14-Bem_Estar_Emocional	-.334**	.342**	-.254**	-.478**	-.212**	-.369**	.352**	-.387**	-.362**	-.514**	-.179**	-.259**	.324**	-		
15-Bem_Estar_Social	-.224**	.214**	-.092	-.210**	-.082	-.213**	.278**	-.185**	-.213**	-.332**	-.180**	-.208**	.322**	.524**	-	
16-Bem_Estar_Psicológico	-.318**	.375**	-.330**	-.422**	-.216**	-.326**	.348**	-.339**	-.399**	-.508**	-.152*	-.233**	.440**	.663**	.610**	-

** p ≤ .01; * p ≤ .05

Estudo I: Estudo da relação entre Memórias de Vergonha, Vergonha, Descentração e Psicopatologia

Com este estudo pretendemos compreender melhor de que forma é que a presença de memórias de vergonha centrais para a identidade (CES) e com caráter traumático (IES-R), a presença de sentimentos de vergonha interna e externa (ISS e OAS, respectivamente) e a presença de capacidade de descentração (EQ Descentração) evidenciadas pelos participantes se relacionam com a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa (DASS-42) bem como com o afecto negativo e positivo (PANAS Afecto Negativo e Positivo).

1.1. Estudo correlacional

Memórias de Vergonha e Psicopatologia

Os resultados das correlações produto-momento de *Pearson* da Tabela 4 indicam que as memórias de vergonha com carácter traumático, escala IES-R, se encontram positiva e significativamente correlacionadas, com uma magnitude baixa, com a sintomatologia depressiva ($r = .387$; $p < .01$) e ansiosa ($r = .362$; $p < .01$). A escala CES correlaciona-se de forma positiva, significativa e com uma baixa magnitude com a sintomatologia depressiva ($r = .342$; $p < .01$) e com a sintomatologia ansiosa ($r = .254$; $p < .01$). As memórias de vergonha, escala IES-R e CES, não se encontram correlacionadas de forma significativa com o afecto positivo ($r = -.039$, $p = .524$; e $r = -.048$, $p = .430$, respectivamente), quanto ao afecto negativo as correlações encontradas são positivas e de magnitude baixa tanto para a escala IES-R ($r = .380$; $p < .01$) como para a CES ($r = .324$; $p < .01$).

Memórias de Vergonha e Vergonha

A partir das correlações presentes na Tabela 4 verifica-se que a escala CES encontra-se correlacionada positivamente com uma magnitude baixa com a vergonha externa ($r = .393$; $p < .01$) e moderada com a vergonha interna ($r = .458$; $p < .01$). A escala IES-R apresenta uma correlação baixa com a vergonha externa ($r = .382$; $p < .01$) e moderada com a vergonha interna ($r = .491$; $p < .01$). As escalas das memórias de vergonha, IES-R e CES, encontram-se moderadamente correlacionadas ($r = .615$; $p < .01$). A vergonha interna encontra-se correlacionada de forma significativa e positiva, com uma magnitude alta, com a vergonha externa ($r = .750$ $p < .01$).

Vergonha e Psicopatologia

Encontram-se na Tabela 4 magnitudes de correlação moderada entre a vergonha interna e a depressão ($r = .676$; $p < .01$) e com a ansiedade ($r = .475$; $p < .01$). A vergonha externa encontra-se correlacionada positiva e significativamente, com uma moderada magnitude, com a depressão ($r = .576$; $p < .01$), e baixa magnitude para a ansiedade ($r = .379$; $p < .01$). A vergonha interna encontra-se correlacionada de forma negativa com magnitude baixa com o afecto positivo ($r = -.183$; $p < .01$) e positiva com magnitude moderada com o afecto negativo ($r = .624$; $p < .01$). Já a vergonha

externa encontra-se correlacionada de forma positiva com uma magnitude moderada com o afecto negativo ($r = .549$; $p < .01$) e não se encontra correlacionada significativamente com o afecto positivo ($r = -.118$, $p = .051$).

Memórias de Vergonha, Vergonha e Descentração

As correlações da Tabela 4 mostram que as memórias de vergonha com carácter traumático (IES-R) e centrais para a identidade (CES) não se encontram correlacionadas de forma significativa com a descentração ($r = -.051$, $p = .402$ e $r = -.039$, $p = .526$, respectivamente).

Foram encontradas correlações negativas baixas entre a vergonha interna e a descentração ($r = -.272$; $p < .01$). A vergonha externa revela uma associação negativa muito fraca com a descentração ($r = -.187$; $p < .01$).

Descentração e Psicopatologia

Verificou-se a existência de correlações negativas e significativas de magnitude baixa entre a descentração e a depressão ($r = -.301$; $p < .01$) e com a ansiedade ($r = -.201$; $p < .01$). A descentração encontra-se correlacionada de forma positiva e baixa com o afecto positivo ($r = .377$; $p < .01$) e de forma negativa e baixa para o afecto negativo ($r = -.252$; $p < .01$). As subescalas do DASS, depressão e ansiedade, encontram-se correlacionadas de forma positiva com uma magnitude alta ($r = .719$; $p < .01$). As sub-escalas do PANAS, nomeadamente afecto positivo e o afecto negativo, não se encontram correlacionados de forma significativa ($r = -.053$, $p = .380$) (Tabela 4).

1.2. Estudo da Vergonha Interna e Externa enquanto variáveis predictoras da Descentração

Após verificarmos que a vergonha (interna e externa) se encontrava significativamente associada à descentração, realizámos **regressões múltiplas** (método *enter*) com o intuito de perceber se a vergonha predizia significativamente a descentração. Desta forma, pretendemos avaliar o contributo da vergonha externa e interna para a explicação da capacidade de descentração. Analisando os resultados presente na Tabela 5 verificamos que a vergonha interna prediz significativamente 6.8% da variância na descentração ($F = 10.420$; $\beta = -.301$; $p = .001$), sendo apenas este tipo de vergonha que se apresenta como preditor significativo.

Tabela 5. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para a vergonha interna (ISS Vergonha Interna), vergonha externa (OAS) sobre a dimensão descentração (EQ Descentração)

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
ISS Vergonha Interna	-.301	-3.405	.001	10.420	.000	.068	.075
OAS	.038	.434	.665				

1.3 Estudo das Memórias de Vergonha, Vergonha e Descentração enquanto variáveis preditoras da Psicopatologia

Uma vez que tanto as memórias de vergonha, a vergonha e a descentração se encontravam correlacionadas com as medidas de psicopatologia pretendia-se, neste estudo, averiguar se as memórias de vergonha, a vergonha e a descentração prediziam a psicopatologia na nossa amostra, para tal, recorreu-se novamente ao cálculo de **regressões múltiplas** (método *enter*).

Inicialmente pretendemos avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais e com carácter traumático (medidas pelas escalas CES e IES-R), da vergonha interna e externa (medida pelas escalas ISS e OAS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação da sintomatologia depressiva (medida pelo DASS) na nossa amostra.

Tabela 6. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para as memórias de vergonha centrais (CES), memórias de vergonha traumáticas (IES-R), vergonha interna (ISS Vergonha Interna), vergonha externa (OAS) e descentração (EQ Descentração) sobre a dimensão depressão (DASS Depressão).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
CES	.006	.100	.920				
IES.R	.082	1.400	.163				
ISS Vergonha Interna	.477	6.581	.000	51.135	.000	.480	.489
OAS	.159	2.403	.017				
EQ Descentração	-.137	-2.997	.003				

Da análise da Tabela 6 verificámos que, na amostra, a ausência de descentração, e a presença de vergonha externa e interna no seu conjunto explicam significativamente 48% da variância da sintomatologia depressiva ($F= 51.135$, $p= .000$). A vergonha interna surge como o melhor preditor global ($\beta= .477$; $p= .000$), seguido da descentração ($\beta= -.137$; $p= .003$) e da vergonha externa ($\beta= .159$; $p= .017$), embora estes apresentem um menor valor de predição.

Posteriormente, pretendemos avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais e com carácter traumático (medidas pelas escalas CES e IES-R), da vergonha interna e externa (medida pelas escalas ISS e OAS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação da sintomatologia ansiosa (medida pelo DASS) na nossa amostra.

Tabela 7. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para a centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha traumáticas (IES-R), vergonha interna (ISS Vergonha Interna), vergonha externa (OAS) e descentração (EQ Descentração) sobre a dimensão ansiedade (DASS Ansiedade).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
CES	-.047	-.687	.453				
IES.R	.203	2.896	.004	18.572	.000	.244	.258
ISS Vergonha Interna	.477	6.581	.000				
OAS	.159	2.403	.017				
EQ Descentração	-.137	-2.997	.003				

Ao analisar a Tabela 7 verificamos que neste caso a ausência de descentração, a presença de vergonha interna e externa e a presença de memórias de vergonha com carácter traumático (escala IES-R) explicam, no seu total, 24.4% da variância da sintomatologia ansiosa ($F= 18.572$; $p= .000$). Sendo que neste caso também a vergonha interna se assume como melhor preditor ($\beta= .477$; $p= .000$), seguida da descentração ($\beta= -.137$; $p= .003$), memórias de vergonha (IES-R) ($\beta= .203$; $p= .004$) e da vergonha externa ($\beta= .159$; $p= .017$).

No mesmo estudo, pretendemos, igualmente, avaliar a contribuição das memórias de vergonha centrais e com carácter traumático (medidas pelas escalas CES e IES-R), da vergonha interna e externa (medida pelas escalas ISS e OAS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do afecto negativo (medido pelo PANAS) na amostra.

Tabela 8. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para a centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha traumáticas (IES-R), vergonha interna (ISS Vergonha Interna), vergonha externa (OAS) e descentração (EQ Descentração) sobre a dimensão afecto negativo (PANAS Afecto Negativo).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
CES	-.005	-.076	.939				
IES.R	.107	1.728	.085	18.572	.000	.410	.421
ISS Vergonha Interna	.405	5.252	.000				
OAS	.187	2.649	.009				
EQ Descentração	-.102	-2.087	.038				

Relativamente ao afecto negativo, tendo em conta os resultados presentes na Tabela 8, constata-se que a ausência de descentração em conjunto com a presença de vergonha externa e interna contribuem significativamente na explicação de 41% do afecto negativo ($F= 18.572$; $p=$

.000). À semelhança do que se verificou com a sintomatologia depressiva e ansiosa verifica-se que vergonha interna é o melhor preditor ($\beta = .405$; $p = .000$), seguida da vergonha externa ($\beta = .187$; $p = .009$) e da descentração ($\beta = -.102$; $p = .038$), embora estes últimos apresentem um valor preditivo menor.

Por último, e tendo em conta que o afecto positivo se encontrava significativamente correlacionado com a vergonha interna e com a descentração, pretendeu-se avaliar o contributo da vergonha interna (medida pela escala ISS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do afecto positivo (medido pelo PANAS) na nossa amostra.

Tabela 9. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para vergonha interna (ISS Vergonha Interna), e descentração (EQ Descentração) sobre a dimensão afecto positivo (PANAS Afecto Positivo).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
ISS Vergonha Interna	-.087	-1.483	.196				
				23.631	.000	.143	.149
EQ Descentração	.353	6.055	.000				

Ao analisar os resultados presentes na Tabela 9 verifica-se que presença de descentração explica 13.4% da variância do afecto positivo ($F = 9.427$; $\beta = .351$; $p = .000$) constituindo-se como o único preditor significativo.

1.4. Estudo da Descentração enquanto variável moderadora na relação entre a Vergonha e a Depressão

Após percebermos que as variáveis em estudo estavam significativamente correlacionadas (Estudo 1.1), e que a vergonha era um factor importante no desenvolvimento quer sintomatologia depressiva (Estudo 1.3) quer de descentração (Estudo 1.2), procedemos à realização de regressões múltiplas hierárquicas a fim de averiguar se a descentração estaria a desempenhar um papel moderador na relação entre a vergonha e a sintomatologia depressiva. Com o intuito de uma melhor compreensão da relação entre a variável dependente e a independente foram elaborados gráficos com uma curva para três níveis relativos à variável moderadora (baixo, médio e alto). Neste procedimento como forma de reduzir o erro associado à multicolinearidade utilizou-se um procedimento estandardizado no qual foram centrados os valores das duas predictoras, por sua vez o produto da interacção foi obtido através da multiplicação das duas variáveis centradas.

Tabela 10. Estudo do efeito moderador da descentração (EQ Descentração) na relação entre a vergonha externa (OAS) e a depressão (DASS Depressão).

		β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
1	OAS	.576	11.599	.000	134.545	.000	.329	.332
2	OAS	.538	10.954	.000				
	EQ Descentração	-.200	-4.077	.000	79.459	.000	.366	.371
3	OAS	.522	10.653	.000				
	EQ Descentração	-.215	-4.389	.000	56.468	.000	.380	.386
	OAS \times EQ Descentração	-.128	-2.640	.009				

Verifica-se na Tabela 10 que os três passos do modelo são significativos, no primeiro passo é colocada a vergonha externa como preditora da depressão, e no segundo é adicionada a descentração também como preditora. Em ambos verifica-se que as preditoras produzem um efeito significativo. No terceiro passo, foi adicionada a interação entre as variáveis, verificando-se um aumento na explicação das variáveis relativamente à sintomatologia depressiva (de 32.9% e 36.6% para 38%) ($F=56.468$; $p=.000$). Desta forma, verifica-se que existe uma interação significativa entre a vergonha externa e a descentração na predição da depressão. A interação entre as duas variáveis demonstra a existência de um efeito moderador da descentração na relação entre vergonha externa e depressão.

Para uma melhor compreensão destes resultados foi elaborado um gráfico (Figura 1) com os valores baixos (um desvio padrão abaixo da média), médios (média) e altos (um desvio padrão acima da média) de descentração e de vergonha externa a fim de clarificar o efeito da descentração sobre a relação da vergonha externa com a sintomatologia depressiva. Compreendemos, assim, que indivíduos com valores altos de capacidade de descentração apresentam valores mais baixos de sintomas depressivos, em comparação com aqueles que apresentam níveis de descentração médios e baixos. Nestes dois casos a relação é menos expressiva, verificando-se que indivíduos que apresentem níveis baixos de descentração e altos níveis de vergonha externa demonstram uma associação mais evidente com a depressão (figura 1).

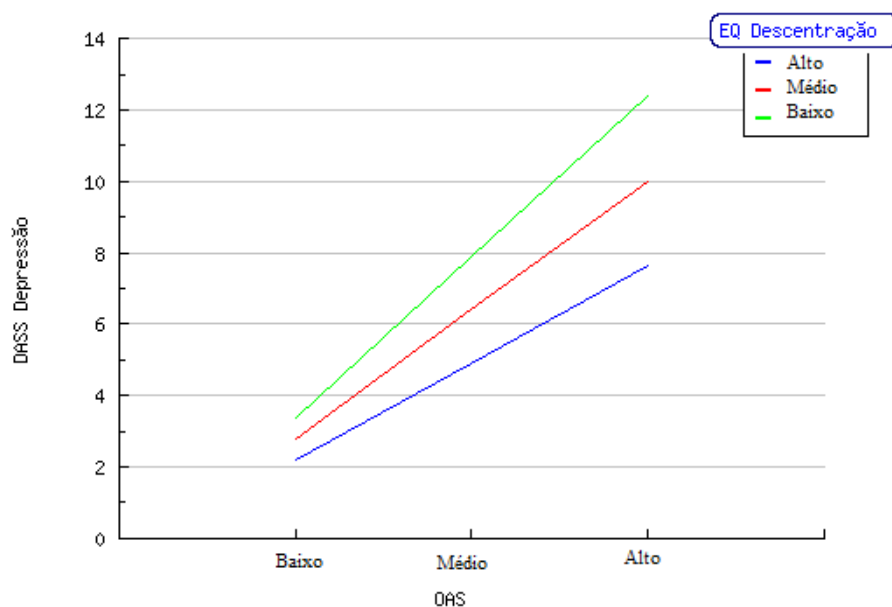


Figura1. Gráfico da relação entre Vergonha Externa (OAS) e Depressão (DASS Depressão) com diferentes níveis de Descentração (EQ Descentração).

Tabela 11. Estudo do efeito moderador da descentração (EQ Descentração) na relação entre a vergonha interna (ISS Vergonha Interna) e a depressão (DASS Depressão).

		β	t	p	F	p	R^2 Adj	Δr^2
1	ISS Vergonha Interna	.676	15.116	.000	228.494	.000	.455	.457
2	ISS Vergonha Interna	.642	13.970	.000				
	EQ Descentração	-.126	-2.752	.006	120.804	.000	.468	.472
3	ISS Vergonha Interna	.625	13.718	.000				
	EQ Descentração	-.144	-3.165	.002	86.303	.000	.485	.490
	ISS Vergonha Interna × EQ Descentração	-.137	-3.099	.002				

Repetimos o procedimento para explorar a relação entre a vergonha interna e a depressão moderada pela descentração. Podemos verificar que neste caso os três passos também são significativos. A vergonha interna é colocado no primeiro passo como preditora e a descentração é adicionada no segundo passo, em ambos verifica-se que estes preditores são significativos. A interação é colocada no terceiro passo e explica 48.5% da depressão ($F=86.303$; $p=.000$). Constatando-se assim a existência de uma interação significativa ($p=.002$) entre a descentração e a vergonha interna na predição da depressão. Os resultados dos coeficientes de regressão (Tabela 11) mostram que tanto a vergonha interna como a descentração são preditores

significativos e independentes da depressão. No entanto, a interação destas duas variáveis revela que a descentração tem um efeito moderador na relação entre vergonha interna e depressão ($\beta = -.137$; $p = .002$).

Com o intuito de clarificar a relação entre vergonha interna e depressão com diferentes níveis de descentração realizámos novamente um gráfico (Figura 2). Neste caso também podemos verificar que indivíduos com valores altos de capacidade de descentração apresentam valores mais baixos de sintomas depressivos, em comparação com aqueles que apresentam níveis de descentração médios e baixos. Nestes dois casos a relação é menos expressiva, verificando-se que indivíduos que apresentem níveis baixos de descentração e altos níveis de vergonha externa estabelecem uma relação moderada a alta com a depressão (Figura 1).

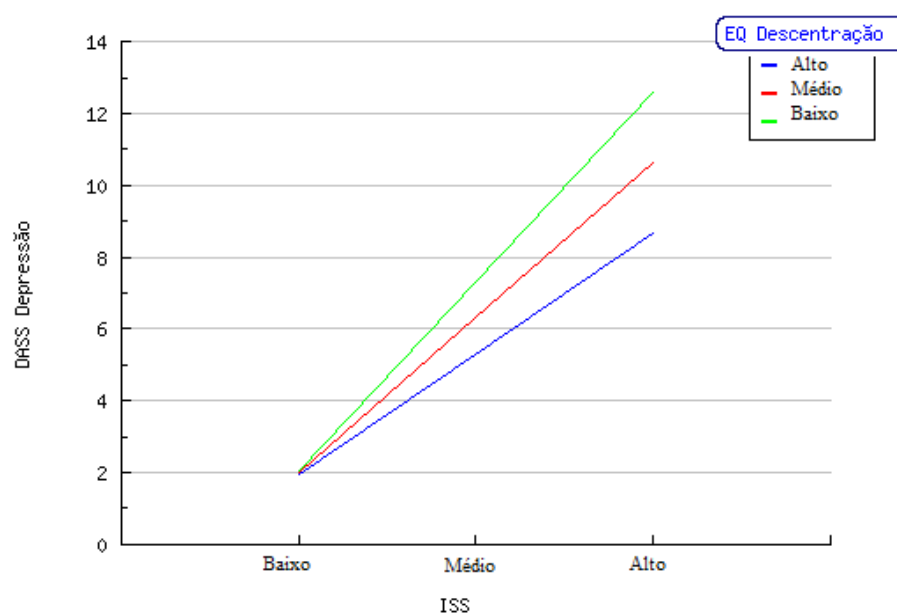


Figura 2. Gráfico da relação entre Vergonha Interna (ISS) e Depressão (DASS Depressão) com diferentes níveis de Descentração.

Estudo 2: Estudo da relação entre Memórias de Vergonha, Auto-Criticismo, Descentração e Psicopatologia

Com este estudo pretendemos averiguar de que forma é que o facto de os indivíduos possuírem memórias de vergonha centrais para a identidade (CES) e com carácter traumático (IES-R), apresentar sentimentos de inadequação (Eu Inadequado) ou de ódio (Eu Detestado) pelo eu, ou por outro lado, manifestar sentimentos positivos para com si mesmo (Eu Tranquilizador) e serem detentores de capacidade de descentração (EQ Descentração) se relacionam com a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa (DASS-42)., assim como de afecto positivo e negativo (PANAS Afecto Positivo e Negativo).

2.1. Estudo correlacional

Para além das correlações entre as memórias de vergonha, a vergonha, descentração e a psicopatologia, encontradas no estudo I, analisámos através do cálculo de correlações produto-momento de *Pearson* qual a associação das memórias de vergonha, a descentração e a psicopatologia com o o auto criticismo.

Memórias de Vergonha e Auto-Criticismo

Na Tabela 4 encontramos correlações significativas positivas, de baixa magnitude, entre as memórias de vergonha centrais para a identidade (escala CES) e o Eu Inadequado ($r = -.282$; $p < .01$) e de magnitude muito fraca com o Eu Detestado ($r = .198$; $p < .01$), foi encontrada uma correlação significativa negativa, de magnitude muito fraca, com o Eu Tranquilizador ($r = -.123$; $p = <.05$). Relativamente à escala de memórias de vergonha com carácter traumático (IES-R) encontraram-se correlações significativas positivas de moderada magnitude com o Eu Inadequado ($r = .433$; $p = <.01$) e de baixa magnitude para o Eu Detestado ($r = .289$; $p = <.01$), já a correlação encontrada com o Eu Tranquilizador ($r = -.131$; $p = <.05$) é significativa negativa de magnitude muito fraca.

Descentração e Auto-Criticismo

Através da análise das correlações presentes na Tabela 4 verificou-se também a existência de correlações significantes negativas de magnitude baixa entre a descentração e o Eu Inadequado ($r = -.215$; $p = <.01$) e com o Eu Detestado ($r = -.284$; $p = <.01$). Já o Eu Tranquilizador encontra-se correlacionado de forma positiva e significativa, com uma magnitude moderada, com a descentração ($r = .401$; $p = <.01$).

Psicopatologia e Auto-Criticismo

A partir da análise das correlações da Tabela 4 foi possível identificar também que na amostra a depressão se correlaciona de forma significativa moderada com o Eu Inadequado ($r = .567$; $p = <.01$) e com o Eu Detestado ($r = .628$; $p = <.01$), já com o Eu Tranquilizador a correlação é significativa, negativa e baixa ($r = -.262$; $p = <.01$). A sintomatologia ansiosa encontra-se correlacionada de forma significativa positiva, com uma magnitude moderada, com o Eu Inadequado ($r = .448$; $p = <.01$) e o Eu Detestado ($r = .578$; $p = <.01$), e negativa muito fraca com o Eu Tranquilizador ($r = -.126$; $p = <.01$).

Por sua vez, o afecto negativo correlaciona-se significativamente, com uma magnitude moderada, com o Eu Inadequado ($r = .474$; $p = <.01$) e com o Eu Detestado ($r = .470$; $p = <.01$), e negativa e muito fraca com o Eu Tranquilizador ($r = -.162$; $p = <.01$). O afecto positivo correlaciona-se de forma significativa moderada com o Eu Tranquilizador ($r = .475$; $p = <.01$) contudo, não se correlaciona de forma significativa com o Eu Inadequado ($r = -.023$; $p = .711$) e com o Eu detestado ($r = -.105$; $p = .085$).

2.2. Estudo do Auto-Criticismo enquanto variável preditora da Descentração

Tendo em conta que o auto-criticismo se encontrava significativamente associado à descentração, realizámos **regressões múltiplas** (método *enter*) com o intuito de perceber o contributo do auto-criticismo para a variância da descentração. Verifica-se na Tabela 12, que a presença de Eu Tranquilizador e a ausência de Eu Detestado predizem de forma significativa 20.1% da variância da descentração na amostra ($F=23.767$; $p=.000$). Sendo que o Eu Tranquilizador é o melhor preditor da descentração ($\beta=.365$; $p=.000$) seguido da ausência de Eu Detestado ($\beta=-.156$; $p=.034$).

Tabela 12. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o auto-criticismo (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador, Eu Detestado) sobre a dimensão descentração (EQ Descentração).

	β	t	p	F	p	R^2 Adj	R ²
Eu Inadequado	.088	-1.224	.222	23.767	.000	.201	.210
Eu Tranquilizador	.365	6.589	.000				
Eu Detestado	-.156	-2.128	.034				

2.3. Estudo das Memórias de Vergonha, Auto-Criticismo e Descentração enquanto variáveis preditoras da Psicopatologia

De seguida recorreu-se novamente ao cálculo de **regressões múltiplas** (método *enter*) para averiguar se o auto-criticismo, as memórias de vergonha centrais para a identidade e com carácter traumático e a descentração prediziam a psicopatologia na nossa amostra. Pretendemos com esta análise verificar qual o poder explicativo destas variáveis na sintomatologia depressiva, ansiosa e afecto negativo, uma vez que verificámos que as memórias de vergonha, o auto-criticismo e a descentração se correlacionam com a psicopatologia na amostra.

Inicialmente pretendemos avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais (medida pela escala CES) e com carácter traumático (medida pela escala IES-R), do auto-criticismo (medido pela escala FSCRS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação da sintomatologia depressiva (medida pelo DASS) na nossa amostra.

Tabela 13. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o auto-criticismo (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador, Eu Detestado), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha traumáticas (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre a sintomatologia depressiva (DASS Depressão).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
CES	.141	2.562	.011				
IES.R	.077	1.375	.190	44.301	.000	.489	.500
Eu Inadequado	.207	3.348	.001				
Eu Tranquilizador	-.107	-2.215	.028				
Eu Detestado	.396	6.701	.000				
EQ Descentração	-.092	-1.882	.061				

Da análise da Tabela 13 verifica-se que, o modelo explica 48.9% ($F=44.301$; $p=.000$) da variância da depressão, surgindo como preditores significativos o eu detestado, eu inadequado, CES e eu tranquilizador. Constata-se contudo que o eu detestado é o melhor preditor ($\beta=.396$; $p=.000$), seguido do eu inadequado ($\beta=.207$; $p=.001$), CES ($\beta=.141$; $p=.011$) e do eu tranquilizador ($\beta=-.107$; $p=.028$).

Pretendemos, também, avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais (medida pela escala CES) e com carácter traumático (medida pela escala IES-R), do auto-criticismo (medido pela escala FSCRS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação da sintomatologia ansiosa (medida pelo DASS) na nossa amostra.

Tabela 14. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o auto-criticismo (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador, Eu Detestado), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha traumáticas (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre a sintomatologia ansiosa (DASS Ansiedade).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
CES	.035	.569	.570				
IES.R	.188	2.867	.004	27.055	.000	.365	.379
Eu Inadequado	.027	.394	.694				
Eu Tranquilizador	.020	.371	.711				
Eu Detestado	.396	6.701	.000				
EQ Descentração	-.054	-.988	.324				

Constata-se através da análise da Tabela 14, que o Eu Detestado e as memórias de vergonha com carácter traumático (escala IES-R) explicam 36.5% da variância da ansiedade ($F= 27.055$; $p= .000$). Contudo é o Eu Detestado que se afirma como sendo o melhor preditor ($\beta= .396$; $p= .000$) embora com menor valor de predição a escala IES-R também se apresenta como um preditor significativo ($\beta= .188$; $p= .004$).

Pretendemos, ainda, avaliar a contribuição das memórias de vergonha centrais (medida pela escala CES) e com carácter traumático (medida pela escala IES-R), do auto-criticismo (medido pela escala FSCRS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do afecto negativo (medido pelo PANAS) na amostra.

Tabela 15. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o auto-criticismo (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador, Eu Detestado), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha traumáticas (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre o afecto negativo (PANAS Afecto Negativo).

	β	t	p	F	P	R^2 Adj	Δr^2
CES	.131	2.051	.041				
IES.R	.138	2.029	.043	22.132	.000	.318	.333
Eu Inadequado	.194	2.719	.007				
Eu Tranquilizador	-.020	-.349	.727				
Eu Detestado	.238	3.496	.001				
EQ Descentração	-.123	-2.178	.030				

Através dos resultados da Tabela 15 verificamos que 31.8% da variância do afecto negativo é explicada pela presença de Eu Inadequado e de Eu Detestado, presença de memórias de vergonha e ausência de descentração ($F= 22.132$; $p= .000$). No entanto, é o Eu Detestado que se apresenta como melhor preditor ($\beta= .238$; $p= .001$). No entanto, embora com valor preditivo menor, também o eu inadequado ($\beta= .194$; $p= .007$), a descentração ($\beta= -.123$; $p= .030$), a escala CES ($\beta= .131$; $p= .041$) e a escala IES-R ($\beta= .138$; $p= .043$) são preditores significativos.

Por último, e tendo em conta que o afecto positivo se encontrava significativamente correlacionado com a o eu tranquilizador e com a descentração, pretendeu-se avaliar o poder preditor do eu tranquilizador (medido pela escala FSCRS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do afecto positivo (medido pelo PANAS) na nossa amostra

Tabela 16. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o Eu Tranquilizador e descentração (EQ Descentração) sobre o afecto positivo (PANAS Afecto Positivo).

	β	t	p	F	P	R ² Adj	Δr^2
Eu Tranquilizador	.386	6.796	.000	49.262	.000	.262	.267
EQ Descentração	.222	3.903	.000				

Verifica-se, tendo em conta a Tabela 16, que a presença de Eu Tranquilizador, ou seja, de um eu que nutre sentimentos positivos acerca de si mesmo, em conjunto com a capacidade de descentração predizem significativamente 25.4% do afecto positivo ($F= 16.413$; $p= .000$). Os valores de β estandardizados mostram que a sub-escala eu tranquilizador se assume como melhor preditor ($\beta= .386$; $p= .000$), seguido da descentração que também se apresenta como um preditor significativo ($\beta= .222$; $p= .000$).

2.4. Estudo do Auto-criticismo e da Vergonha enquanto variáveis preditoras da Descentração

Sabendo que o auto-criticismo e a vergonha se associavam de forma significativa à descentração procedeu-se à realização de **regressões múltiplas** (método *enter*) com a finalidade de perceber se estas variáveis se constituem como preditoras da descentração. Através da análise dos resultados da Tabela 17, verifica-se que a presença de eu tranquilizador em conjunto com a ausência de eu detestado predizem 19.9% da variância da descentração ($F= 14.493$; $p= .000$). Contudo, é o eu tranquilizador que é o melhor preditor ($\beta= .361$; $p= .000$) seguido do eu detestado ($\beta= -.155$; $p= .039$).

Tabela 17. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o auto-criticismo (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador, Eu Detestado), vergonha interna (ISS Vergonha Interna) e vergonha externa (OAS) sobre a descentração (EQ Descentração).

	β	t	p	F	P	R ² Adj	Δr^2
Eu Inadequado	-.080	-.990	.323				
Eu Tranquilizador	.361	6.131	.000				
Eu Detestado	-.155	-2.075	.039	14.493	.000	.199	.213
OAS	.090	1.085	.279				
ISS Vergonha Interna	-.090	-.970	.333				

2.5. Estudo da Descentração enquanto variável moderadora na relação entre o Auto-Criticismo e a Depressão

Após percebermos que as variáveis em estudo estavam significativamente correlacionadas (Estudo 2.1), e que o auto-criticismo era um factor importante no desenvolvimento quer de sintomatologia depressiva (Estudo 2.3) quer de descentração (Estudo 2.2), procedemos à realização de

regressões múltiplas hierárquicas a fim de averiguar se a descentração estaria a desempenhar um papel moderador entre o auto-criticismo e a sintomatologia depressiva. Com o intuito de uma melhor compreensão da relação entre a variável dependente e a independente foram elaborados gráficos com uma curva para três níveis relativos à variável moderadora (baixo, médio e alto). Neste procedimento, e à semelhança do referido no estudo 1.5, utilizou-se um procedimento estandardizado no qual foram centrados os valores das duas preditoras, por sua vez o produto da interação foi obtido através da multiplicação das duas variáveis centradas. como forma de reduzir o erro associado à multicolinearidade.

Tabela 18. Estudo do efeito moderador da descentração (EQ Descentração) na relação entre o auto-criticismo (EU Inadequado) e a depressão (DASS Depressão).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2
1 Eu Inadequado	.567	11.318	.000	128.099	.000	.318	.321
2 Eu Inadequado	.526	10.510	.000	74.224	.000	.350	.355
EQ Descentração	-.188	-3.760	.000				
3 Eu Inadequado	.522	10.521	.000	52.717	.000	.363	.370
EQ Descentração	-.192	-3.883	.000				
Eu Inadequado × EQ Descentração	-.125	-2.572	.011				

Verifica-se que os três passos do modelo são significativos, no primeiro passo é colocada o Eu Inadequado como preditor da depressão, e no segundo é adicionada a descentração também como preditor. Em ambos verifica-se que os preditores produzem um efeito significativo. No terceiro passo, foi adicionada a interação entre as variáveis, verificando-se um aumento na explicação das variáveis relativamente à sintomatologia depressiva (de 31.8% e 35% para 37%) ($F= 57.717$; $p= .000$). Verifica-se então que existe uma interação significativa entre o eu inadequado e a descentração na predição da depressão. A interação entre as duas variáveis demonstra a existência de um efeito moderador da descentração na relação entre o eu inadequado e depressão (Tabela 18).

A fim de clarificar a relação entre eu inadequado e depressão com diferentes níveis de descentração realizámos novamente um gráfico (Figura 2). Neste caso também podemos verificar que indivíduos com valores altos de capacidade de descentração apresentam valores mais baixos de sintomas depressivos, em comparação com aqueles que apresentam níveis de descentração médios e baixos. Nestes dois casos a relação é menos expressiva, verificando-se que indivíduos que apresentem níveis baixos de descentração e altos níveis de vergonha externa estabelecem uma relação moderada a alta com a depressão (Figura 3).

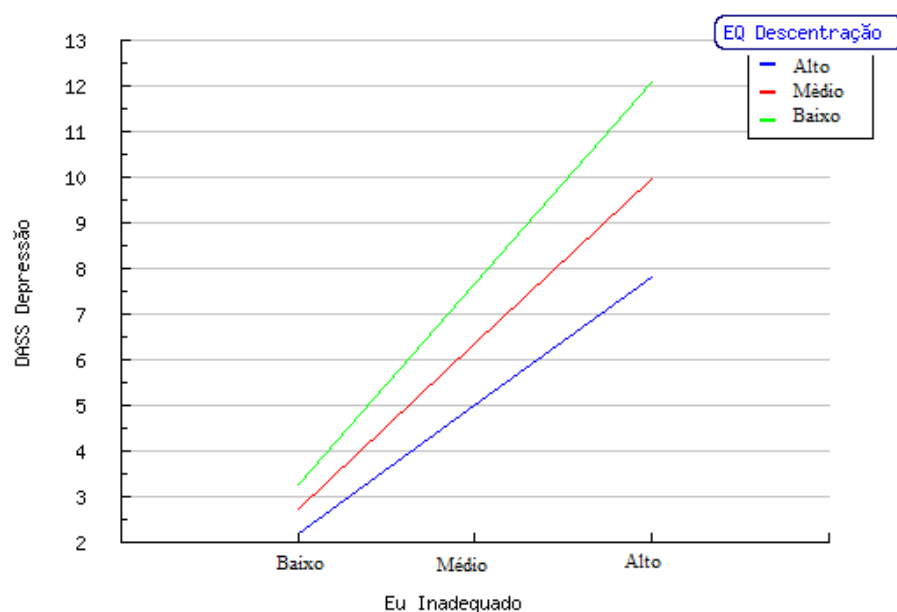


Figura 3. Gráfico da relação entre Eu Inadequado e Depressão (DASS Depressão) com diferentes níveis de Descentração.

Tabela 19. Estudo do efeito moderador da descentração (EQ Descentração) na relação entre o auto-criticismo (Eu Detestado) e a depressão (DASS Depressão).

	β	t	p	F	p	R^2 Adj	Δr^2
1 Eu Detestado	.628	13.294	.000	176.739	.000	.393	.395
2 Eu Detestado	.590	12.122	.000				
EQ Descentração	-.134	-2.748	.006	94.280	.000	.407	.411
3 Eu Detestado	.571	10.995	.000				
EQ Descentração	-.136	-2.791	.006	63.285	.000	.407	.414
Eu Detestado \times EQ Descentração	-.054	-1.083	.280				

Repetimos o procedimento para explorar a relação entre o Eu Detestado e a depressão moderada pela descentração. Podemos verificar que neste caso os três passos também são significantes. O Eu detestado é colocado no primeiro passo como preditor e a descentração é adicionada no segundo passo, em ambos verifica-se que estes preditores são significativos. A interação é colocada no terceiro passo e explica 40.7% da depressão ($F= 63.285$; $p= .000$). Os resultados dos coeficientes de regressão (Tabela 19) mostram que tanto o eu detestado como a descentração são preditores significativos e independentes da depressão. No entanto, a interação destas duas variáveis não revela que a descentração tem um efeito moderador na relação entre eu detestado e depressão ($\beta= -.054$; $p= .280$), não se revelando assim a

capacidade de descentração como variável moderadora nesta relação. A representação desta relação encontra-se ilustrada na Figura 4.

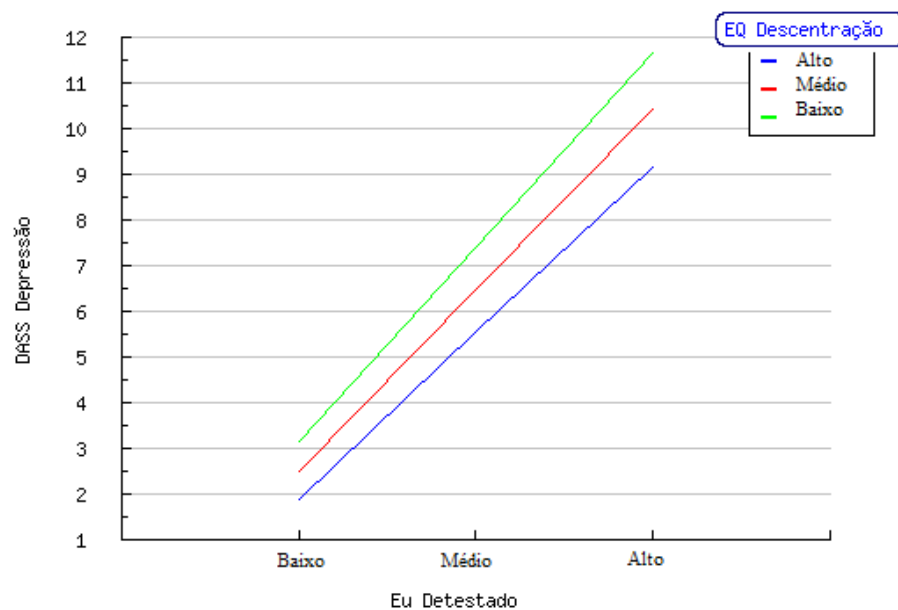


Figura 4. Gráfico da relação entre Eu Detestado e Depressão (DASS Depressão) com diferentes níveis de Descentração.

Estudo 3: Estudo da relação entre Memórias de Vergonha, Vergonha, Descentração e Bem-Estar

Se numa primeira parte desta investigação estudámos o efeito das memórias de vergonha, da vergonha e da descentração na psicopatologia, interessa-nos, igualmente, estudar qual a relação que estas mesmas variáveis estabelecem com o bem-estar.

3.1. Estudo correlacional

Foram encontradas na Tabela 4 correlações negativas significativas de magnitude baixa entre as memórias de vergonha (escala IES-R) e bem-estar emocional ($r = -.259$; $p < .01$), bem-estar social ($r = -.208$; $p < .01$) e bem-estar psicológico ($r = -.233$; $p < .01$). Relativamente às memórias de vergonha centrais para a identidade (escala CES) encontra-se negativa e significativamente correlacionadas, com uma magnitude muito fraca, com o bem-estar emocional ($r = -.179$; $p < .01$), bem-estar social ($r = -.180$; $p < .01$) e bem-estar psicológico ($r = -.152$; $p < .05$). Verificou-se a existência de correlações negativas significativas, de magnitude baixa, entre a vergonha externa e o bem-estar emocional ($r = -.362$; $p < .01$), bem-estar social ($r = -.213$; $p < .01$) e o bem-estar psicológico ($r = -.399$; $p < .01$). Foram encontradas correlações significativas negativas de moderada magnitude entre a vergonha interna e bem-estar emocional ($r = -.514$; $p < .01$) e bem-estar psicológico ($r = -.508$; $p < .01$), e de magnitude baixa com o bem-estar social ($r = -.332$; $p < .01$). Já a descentração encontra-se correlacionada

positiva e significativamente, com uma magnitude baixa, com o bem-estar emocional ($r = .324$; $p = <.01$) e o bem-estar social ($r = .332$; $p = <.01$), e moderada com o bem-estar psicológico ($r = .440$; $p = <.01$)

3.2. Estudo das Memórias de Vergonha, Vergonha e Descentração enquanto variáveis preditoras de Bem-Estar

Sabendo que se verificou a existência de uma associação entre as memórias de vergonha, da vergonha e da descentração com as medidas de bem-estar recorreu-se ao cálculo de **regressões múltiplas** (método *enter*) para averiguar se as memórias de vergonha, a vergonha e a descentração prediziam o bem-estar na nossa amostra.

Inicialmente pretendemos avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais e com carácter traumático (medidas pelas escalas CES e IES-R), da vergonha interna e externa (medida pelas escalas ISS e OAS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do bem-estar emocional (medida pela escala MHC-SF) na nossa amostra.

Tabela 20. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para a vergonha interna (ISS Vergonha Interna) e vergonha externa (OAS), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre o bem-estar emocional (MHC-SF Bem Estar Emocional).

	β	t	p	F	P	R ² Adj	Δr^2
CES	-.011	-.169	.207				
IES.R	-.074	-1.094	.275				
				23.574	.000	.293	.360
OAS	.039	.504	.615				
ISS Vergonha Interna	-.492	-5.821	.000				
EQ Descentração	.197	3.687	.000				

Verifica-se através da Tabela 20, que a presença de descentração em conjunto com a ausência de vergonha interna predizem significativamente 29.3% do bem-estar emocional ($F = 23.574$; $p = .000$). Os valores de β estandardizados mostram que é a vergonha interna que se assume como melhor preditor ($\beta = -.492$; $p = .000$), seguida então da descentração ($\beta = .197$; $p = .000$).

Neste estudo pretendemos também avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais e com carácter traumático (medidas pelas escalas CES e IES-R), da vergonha interna e externa (medida pelas escalas ISS e OAS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do bem-estar social (medida pela escala MHC-SF) na nossa amostra.

Tabela 21. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para a vergonha interna (ISS Vergonha Interna) e vergonha externa (OAS), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre o bem-estar social (MHC-SF Bem Estar Social).

	β	t	p	F	P	R ² Adj	Δr^2
CES	-.034	-.034	.643				
IES.R	-.071	-.071	.337				
OAS	.079	.936	.350	11.485	.000	.162	.177
ISS Vergonha Interna	-.270	-.270	.004				
EQ Descentração	.258	.258	.000				

Analisando a Tabela 21 constata-se que ausência de vergonha interna em conjunto com a descentração predizem significativamente 16.2% do bem-estar social ($F= 11.485$; $p= .000$). Contudo é a descentração que apresenta um melhor poder preditivo ($\beta= .258$; $p= .000$), seguida da vergonha externa ($\beta= -.270$; $p= .004$).

Por fim, pretendemos também avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais e com carácter traumático (medidas pelas escalas CES e IES-R), da vergonha interna e externa (medida pelas escalas ISS e OAS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do bem-estar psicológico (medida pela escala MHC-SF) na nossa amostra.

Tabela 22. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para a vergonha interna (ISS Vergonha Interna) e vergonha externa (OAS), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre o bem-estar psicológico (MHC-SF Bem Estar Psicológico).

	β	t	p	F	P	R ² Adj	Δr^2
CES	.102	1.601	.111				
IES.R	-.066	-1.009	.314				
OAS	-.064	-.862	.390	30.531	.000	.352	.364
ISS Vergonha Interna	-.386	-4.778	.000				
EQ Descentração	.324	6.334	.000				

No que respeita ao bem-estar psicológico, tendo em conta os resultados da Tabela 22, 35.2% da sua variância é explicada pela ausência de vergonha interna em conjunto com a presença de descentração ($F= 30.531$; $p= .000$). Os valores de β estandardizados mostram que é a vergonha interna que se apresenta como melhor preditor ($\beta= -.386$; $p= .000$), seguida então da descentração ($\beta= .324$; $p= .000$) sendo também este um preditor significativo.

Estudo 4: Estudo da relação entre Memórias de Vergonha, Auto-Criticismo, Descentração e Bem-Estar

No estudo II da presente investigação estudámos o efeito das memórias de vergonha, do auto criticismo e da descentração na psicopatologia. Posto isto, interessa-nos, também analisar qual a relação entre as memórias de vergonha, o auto-criticismo e a descentração relativamente aos níveis de bem-estar na amostra.

4.1. Estudo correlacional

Da análise da Tabela 4, encontrámos na amostra correlações significativas negativas, de baixa magnitude, entre o bem-estar emocional e o Eu Inadequado ($r = -.334$; $p = <.01$) e para o Eu Detestado ($r = -.254$; $p = <.01$), e positiva para o Eu Tranquilizador ($r = .342$; $p = <.01$). Já o bem-estar social encontra-se correlacionado de forma significativa e negativa de magnitude baixa com o Eu inadequado ($r = -.224$; $p = <.01$) contudo não se encontra correlacionado de forma significativa com o Eu Detestado ($r = -.092$; $p = .128$). As correlações produto-momento de *Pearson* indicam a existência de correlações significativas negativas, de baixa magnitude, entre o bem-estar psicológico e o Eu Inadequado ($r = -.318$; $p = <.01$) e para o Eu Detestado ($r = -.330$; $p = <.01$), e positiva para o Eu Tranquilizador ($r = .375$; $p = <.01$).

4.2. Estudo das Memórias de Vergonha, Auto-Criticismo e Descentração enquanto variáveis preditoras de Bem-Estar

Após percebermos que as memórias de vergonha, o auto-criticismo e a descentração se encontravam significativamente associados aos três tipos de bem-estar estudados, realizámos de seguida **regressões múltiplas** (método *enter*) a fim de perceber se estas variáveis prediziam de forma significativa os tipos bem-estar em estudo.

Pretendemos avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais (medida pela escala CES) e com carácter traumático (medida pela escala IES-R), do auto-criticismo (medido pela escala FSCRS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do bem-estar emocional (medida pelo MHC-SF) na amostra.

Tabela 23. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o auto-criticismo (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador, Eu Detestado), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre o bem-estar emocional (MHC-SF Bem Estar Emocional).

	β	t	p	F	P	R ² Adj	Δr^2
CES	-.007	-1.106	.265				
IES.R	-.115	-1.587	.114	14.543	.000	.230	.247
Eu Inadequado	-.259	-3.424	.001				
Eu Tranquilizador	.385	4.170	.000				
Eu Detestado	.048	.669	.504				
EQ Descentração	.037	2.934	.004				

Verificou-se assim através da Tabela 23, que a ausência de Eu Inadequado, e a presença de Eu Tranquilizador e de descentração predizem significativamente 23% do bem-estar emocional na amostra em estudo ($F=14.543$; $p=.000$). Sendo a o Eu Tranquilizador o melhor preditor ($\beta=.385$; $p=.000$), seguido do eu inadequado ($\beta=-.259$; $p=.001$) e da descentração ($\beta=.037$; $p=.004$).

Avaliou-se igualmente o contributo das memórias de vergonha centrais (medida pela escala CES) e com carácter traumático (medida pela escala IES-R), do auto-criticismo (medido pela escala FSCRS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do bem-estar social (medida pelo MHC-SF) na amostra. Contudo, o valor preditor do eu detestado relativamente ao bem-estar social não é avaliado visto estas variáveis não se encontrarem significativamente correlacionados.

Tabela 24. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o auto-criticismo (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre o bem-estar social (MHC-SF Bem Estar Social).

	β	t	p	F	P	R ² Adj	Δr^2
CES	-.073	-1.024	.307				
IES.R	-.095	-1.247	.213	9.921	.000	.141	.157
Eu Inadequado	-.100	-1.566	.119				
Eu Tranquilizador	.082	1.315	.190				
EQ Descentração	.260	4.128	.000				

Constatou-se, através da análise da Tabela 24, que a presença de capacidade de descentração relativamente a sentimentos e pensamentos explica de forma significativa 14.1% da variância do bem-estar social ($F=9.921$; $p=.000$). Sendo desta forma a descentração o único preditor significativo ($\beta=.260$; $p=.000$) do bem-estar social.

Por fim, pretendemos avaliar o contributo das memórias de vergonha centrais (medida pela escala CES) e com carácter traumático (medida pela escala IES-R), do auto-criticismo (medido pela escala FSCRS) e da capacidade de descentração (medida pela escala EQ Descentração) para a explicação do bem-estar psicológico (medida pelo MHC-SF) na amostra.

Tabela 25. Análise da regressão múltipla *standard* (método *Enter*) para o auto-criticismo (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador, Eu Detestado), centralidade da experiência de vergonha (CES), memórias de vergonha (IES-R) e descentração (EQ Descentração) sobre o bem-estar psicológico (MHC-SF Bem Estar Psicológico).

	β	t	p	F	P	R ² Adj	Δr^2
CES	.010	.154	.877				
IES.R	-.111	-1.600	.111				
Eu Inadequado	-.141	-1.937	.054	19.695	.000	.292	.308
Eu Tranquilizador	.219	3.845	.000				
Eu Detestado	-.083	-1.192	.234				
EQ Descentração	.293	5.087	.000				

Verifica-se assim, tendo em consideração a Tabela 25, que o Eu Tranquilizador e a descentração predizem de forma significativa 29.2% da variância do bem-estar psicológico na amostra ($F=19.695$; $p=.000$). Os valores de β estandardizados mostram que é a descentração que se apresenta como melhor preditor ($\beta=.293$; $p=.000$), seguida então do eu tranquilizador sendo também este um preditor significativo ($\beta=.219$; $p=.000$).

V – Discussão

Diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo

Antes da realização dos estudos a que nos propomos, verificámos que a nossa amostra comporta um pouco mais de sujeitos do género feminino ($n=157$) do que do género masculino ($n=116$). Com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos, sendo a média de idades da nossa amostra 38. Verificámos também, que os sujeitos apresentam um grau de formação que varia desde o 4.º ano de escolaridade e o Doutoramento, sendo 10 o número médio de anos de escolaridade. Em relação ao nível socioeconómico, como era de esperar, uma minoria pertence ao grau elevado (0.4%), a maioria

pertence ao grau socioeconómico baixo (74%) e os restantes ao médio (25.6%), verificando a inexistência de uma distribuição uniforme neste âmbito. Relativamente ao estado civil a maioria dos sujeitos da nossa amostra são casados (59%), apenas 1.5% são viúvos, 24.9% são solteiros, 8% vivem em união de facto e 6.6% são divorciados

Finalmente, na comparação de diferenças entre os géneros e as variáveis em estudo, encontramos que na nossa amostra, os homens apresentam níveis mais elevados de bem-estar emocional e social. Por outro lado, as mulheres apresentavam níveis superiores de vergonha interna. Em relação às outras variáveis não foram encontradas diferenças significativas, apontando para uma homogeneidade das respostas.

Estudo I: Estudo da relação entre memórias de vergonha, vergonha, descentração e psicopatologia

Neste estudo, pretendíamos compreender a relação entre as memórias de vergonha, a vergonha (interna e externa), a descentração, a psicopatologia (depressão e ansiedade) e o afecto (positivo e negativo) numa amostra da população geral.

1.1. Estudo Correlacional

Memórias de Vergonha e Psicopatologia

Das análises correlacionais, encontramos que, nos participantes do nosso estudo, tal como seria esperado, a presença de memórias de vergonha centrais e com carácter traumático encontra-se associada a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como de afecto negativo. Quer isto dizer que, a presença de sintomatologia depressiva e ansiosa, e de afecto negativo, está associada à vivência de experiências na infância que se tornaram por parte dos indivíduos, memórias de vergonha consideradas centrais e que apresentam um carácter traumático para estes. Este resultado vai ao encontro de diversos estudos (Schore, 1998, 2001; Tangney et al., 1995 citado em Matos & Pinto Gouveia, 2009) que sugerem que indivíduos expostos a experiências de vergonha e desvalorização estão mais susceptíveis de desenvolver psicopatologia.

Vergonha e Psicopatologia

A propensão para a vergonha é actualmente reconhecida como um factor de risco para a psicopatologia (Tangney, 1995), os resultados encontrados no nosso estudo vão ao encontro deste dado, verificando-se, através da análise correlacional, que indivíduos com maiores níveis de vergonha, interna e externa, apresentam associações positivas, moderadas, para a sintomatologia psicopatológica, nomeadamente, depressão, ansiedade e afecto negativo, contudo de uma forma geral, é com a sintomatologia depressiva que a vergonha estabelece associações mais elevadas.

Descentração e Psicopatologia

Por contraste, sendo a capacidade de descentração vista como um

factor de resiliência no desenvolvimento de psicopatologia (Segal et al., 2002; Eifert & Forsyth, 2005), e indo ao encontro dos objectivos propostos inicialmente pelo nosso estudo, os nossos resultados mostram que os indivíduos que apresentam maior capacidade de descentração apresentam menores índices de sintomatologia depressiva, ansiosa e de afecto negativo. Assim sendo, tendo em conta os resultados do estudo correlacional, verificamos que os indivíduos que apresentam a capacidade para observar os seus próprios pensamentos e sentimentos com acontecimentos transitórios, que não reflectem necessariamente a realidade acerca do eu apresentam associações negativas, embora baixas, com a psicopatologia, sobretudo com a depressão, embora o mesmo se verifique relativamente à ansiedade e afecto negativo. Contudo, como seria de esperar, esta capacidade estabelece uma associação positiva, com o afecto positivo.

Vergonha e Descentração

Os resultados das análises correlacionais mostram, de um modo geral, que a vergonha, intena e externa, encontra-se associada de forma negativa à descentração. Estes resultados seriam se esperar, visto que a descentração é reconhecida na literatura como um importante factor de resiliência para o desenvolvimento de perturbações emocionais e de psicopatologia (Segal et al., 2002; Eifert & Forsyth, 2005). E que, por outro lado, a propensão para a vergonha é reconhecida como um factor de risco para a psicopatologia, bem como a influência na mediação dos problemas interpessoais e estilos de relacionamento interpessoal (Tangney, 1995). Estes dados sugerem que a presença da percepção que os outros nos vêm como maus e inadequados, como a própria internalização desta visão do *self* estão associados a uma menor capacidade de se distanciar e de observar de forma objectiva as suas experiências internas.

1.2. Vergonha interna e externa enquanto variáveis predictoras de Descentração

Posto isto, tivemos como objectivo estudar a influência que a vergonha teve no desenvolvimento da capacidade de descentração. No entanto, e de uma forma mais específica, constata-se através da análise de regressão que apenas a vergonha interna se assumiu como preditor da ausência de capacidade de observar os nossos próprios pensamentos e sentimentos como acontecimentos transitórios e não verdades absolutas. Neste sentido, o indivíduo com vergonha interna avalia-se e percebe-se como mau, fraco, inadequado ou repugnante (Gilbert, 2002), o que põe em causa a capacidade de se descentrar dos seus pensamentos e sentimentos, pois esta visão é internalizada pelo indivíduo e por isso este passa a autoavaliar-se de forma negativa (Gilbert, 2002), o que de certa forma poderá comprometer a capacidade de avaliar as suas experiências internas de um modo mais objectivo.

1.3. Memórias de Vergonha, Vergonha e Descentração enquanto variáveis preditoras de Psicopatologia

Ao analisar os resultados das regressões efectuadas para este estudo das memórias de vergonha (avaliadas pelos instrumentos IES-R e CES) dos dois tipos de vergonha e da capacidade de descentração (variáveis independentes) com os sintomas psicopatológicos (variável dependente), conclui-se que é a vergonha interna, de um modo geral, que apresenta um maior poder preditivo da psicopatologia, o que sugere que é a vivência interna de um *self* inadequado e defeituoso que se apresenta como suscitadora de sintomas psicopatológicos, designadamente, depressão, ansiedade e afecto negativo. Estes resultados parecem ir de encontro ao que Kaufman (1989) destaca relativamente às representações de vergonha, remetendo para o facto de que estas resultam de experiências repetidas de vergonha durante a infância e que desenvolvem um sentido de pouco valor pessoal na vida adulta. No mesmo sentido, quando a vergonha é internalizada, os indivíduos elaboram as mesmas emoções acerca deles próprios, ou seja, algumas partes do seu *self* activam sentimentos autodirigidos, como raiva, desprezo ou ódio, em vez de sentimentos de aceitação e prazer (Gilbert & Andrews, 1998; Gilbert, 2000). No mesmo sentido, diferentes autores têm referido a vergonha como um importante factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia (Tangney, 1995; Gilbert, 2000). Posto isto, hipotetiza-se que, neste estudo, a vivência repetida de experiências de vergonha e a internalização de um *self* inadequado e inferior podem explicar a presença de psicopatologia. Contudo, também a vergonha externa se assume como um preditor importante da psicopatologia, o que remete para o facto que se detemos uma visão de que somos indesejados e vistos de forma negativa por parte dos outros poderá igualmente nos vulnerabilizar para a psicopatologia. Neste sentido, hipotetiza-se, de acordo com a existência de um componente cognitivo social/externo na vergonha, que é causador de afectos associados com esta emoção e que surgem, frequentemente, em contextos sociais (Gilbert; 2002), que também este tipo de vergonha poderá então conduzir a sintomas psicopatológicos. Isto porque, como já foi referido, a propensão para a vergonha é actualmente reconhecida como um factor de risco para a psicopatologia, bem como, a influência na mediação dos problemas interpessoais e estilos de relacionamento interpessoal (Tangney, 1995), problemas estes que podem advir da vergonha externa que coloca o indivíduo mais propenso a ter dificuldades em estabelecer relações interpessoais assim como ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e de afecto negativo. Assim sendo, considera-se que a existência de vergonha externa, que diz respeito à forma como o indivíduo é visto pelos outros e que é associada aos pensamentos automáticos manifestados pelo sujeito acerca da ideia de que os outros vêem o seu *self* como inferior, sem valor, inadequado, desinteressante, entediante e imperfeito, leva-o a considerar a possibilidade de ser rejeitado (Gilbert, 2002) o que pode conduzir ao desenvolvimento de psicopatologia.

Para além da vergonha também a descentração se assume como um

preditor explicativo da psicopatologia (depressão, ansiedade e afecto negativo). Estes resultados vão por um lado ao encontro dos nossos objectivos, e por outro, são já encontrados em outros estudos relativos a esta temática (Fresco et al., 2007b; Fresco et al., 2007a; Teasdale et al., 2002) que defendem que a postura de observador, no momento presente, de não julgamento e de aceitação do conteúdo dos pensamentos e sentimentos, se assume como um factor protector no aparecimento de psicopatologia, enfatizando sobretudo este facto referente aos sintomas depressivos. Também foi testado o valor preditivo da descentração relativamente ao afecto positivo, neste caso verificou-se que a capacidade de descentração está associada a níveis mais elevados de afecto positivo na amostra, o que vai ao encontro do que é referido na literatura na qual é postulado que a descentração para além de constituir um factor de resiliência para a psicopatologia também se assume como factor promotor e de manutenção da saúde mental e bem-estar (Fresco et al., 2007a), aos quais está associados sentimentos e emoções positivas.

Ao analisarmos os resultados obtidos verificamos também que as memórias de vergonha com carácter traumático (escala IES-R) constitui-se também como um preditor significativo da sintomatologia ansiosa, este aspecto remete para o facto de que as experiências precoces de vergonha têm vindo a ser relacionadas com a vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert, 1998; 2000). Também neste sentido, estudos recentes acerca de memórias traumática mostraram que esta influência o processamento cognitivo e emocional e que está relacionada com diversos sintomas psicopatológicos, em que um destes é a ansiedade (Berntsen & Rubin, 2007; Brewin, Reynolds & Tata, 1999; Greenberg et al., 2005; Rubin & Siegler, 2004; Rubin, Schrauf & Greenberg, 2003; Thomsen & Berntsen, 2009 citado em Matos & Pinto Gouveia, 2009).

1.4. Vergonha Interna e Descentração enquanto variáveis preditoras de Afecto Positivo

Relativamente ao afecto positivo, tendo em conta as associações encontradas através da análise das correlações, colocou-se a hipótese que a ausência de vergonha interna e a descentração podessem ter valor preditivo relativamente ao afecto positivo.

Contudo, através do estudo de regressão verifica-se que apenas a capacidade de descentração prediz de forma significativa a existência de afecto positivo nos indivíduos desta amostra, neste sentido, este aspecto vai ao encontro de resultados de diversos estudos que sugerem a descentração como um factor que promove bem-estar e saúde mental (Fresco et al., 2007a). Este resultado é ainda corroborado pelo que é postulado acerca da saúde mental, no qual é referenciado que esta não é caracterizada apenas pela ausência de patologia mas também pela presença de algo positivo (Keyes, 2005).

1.5. Estudo do efeito moderador da Descentração na relação entre a Vergonha e a Depressão

Por fim, neste estudo, tendo em conta os resultados encontrados, hipotetizou-se que a descentração poderia ter um efeito moderador na relação entre a vergonha e a depressão. Os resultados indicam que a descentração mostrou-se moderadora na relação entre vergonha, nomeadamente interna e externa, e a depressão. Assim, podemos constatar que indivíduos que apresentam elevada vergonha interna e externa, e que têm níveis elevados de descentração, apresentam diminuição da sintomatologia depressiva, tendo a descentração um impacto positivo na diminuição da depressão. Como já foi referido anteriormente, a descentração ao nível da literatura é conceptualizada como uma factor de resiliência na depressão facto que é fortalecido pelo seu efeito moderador encontrado no nosso estudo. Deste modo, a interacção da capacidade de observar sentimentos e pensamentos de forma objectiva e com uma postura de não julgamento com os dois tipos de vergonha explica significativamente níveis mais baixos de depressão nos indivíduos da nossa investigação.

Neste sentido, e tendo em conta uma perspectiva evolucionária a vergonha pode ser conceptualizada como uma resposta automática do sistema de defesa do individuo que, perante uma ameaça (sendo esta percebida ou mesmo real), ou perda de atractividade do ponto de vista do estatuto social do individuo, (rejeição ou desvalorização por ser, ou por se ter tornado, um objecto social indesejado) vai desencadear um conjunto de respostas defensivas (fuga, submissão, raiva ou dissimulação) (Gilbert, 1998; Gilbert, 2003), assim quando um individuo com níveis de vergonha, interna e externa, mais elevados adopta uma capacidade de se descentrarem dos seus pensamentos e sentimentos, obtendo desta forma uma noção mais objectiva e genuína da sua experiência (Segal et al., 2002), a forma como se avalia a si próprio e como pensa que os outros o avaliam torna-se mais objectiva, podendo desta forma atenuar os sentimentos de inadequação do *self* e em consequência diminuir a tendência de evidenciar sintomas depressivos.

Estudo II: Estudo da relação entre Memórias de Vergonha, Auto-Criticismo, Descentração e Psicopatologia

Como objectivo principal deste estudo pretendíamos compreender a relação entre memórias de vergonha, auto-criticismo, descentração e psicopatologia (depressão e ansiedade) e afecto (positivo e negativo) na nossa amostra.

2.1. Estudo correlacional

Auto-criticismo e Descentração

Colocámos a hipótese de que o auto criticismo, nomeadamente a ausência da visão de um eu como inadequado ou detestado, e pelo contrário, a presença de um eu tranquilizador estariam associados a níveis mais elevados da capacidade de descentração, o que foi verificado através dos

resultados obtidos nas correlações destas variáveis.

Neste sentido, pensou-se que uma postura de ódio e inadequação perante o *self* e a incapacidade do indivíduos se auto-tranquilizar estariam associadas de forma significativa a menores níveis de capacidade de descentração, facto que foi ao encontro dos resultados obtidos. Mais especificamente, verificámos que a presença de um eu tranquilizador predizia mais fortemente a presença de capacidade de descentração nos indivíduos, contudo, também a ausência de eu detestado apresentava significância estatística (embora menor).

Neste sentido, de acordo com dados da literatura, hipotetiza-se que um indivíduo com elevados níveis de auto criticismo, nomeadamente eu detestado, é passível de apresentar comportamentos de auto-punição bem como sentimentos de ódio pelo eu, que se traduzem por desejos de maltratar o eu (Gilbert et al., 2004), o que nos leva a pensar que indivíduos com este tipo de características não se consigam distanciar dos seus sentimentos e pensamentos de forma objectiva, com uma atitude de não julgamento, o que remete para a capacidade de descentração. Por outro lado, um indivíduo com a presença de Eu-tranquilizador terá a capacidade de lembrar os aspectos positivos de eu, mesmo nas situações de decepção (Gilbert, et al., 2004), estando assim estes indivíduos mais susceptíveis a possuírem capacidade de descentração, sendo assim mais acessível, perante esta postura a aquisição e utilização desta capacidade.

Auto-Criticismo e Psicopatologia

Colocámos também hipótese de que o auto criticismo, especificamente a visão de um eu como inadequado e detestado ou a ausência de um eu tranquilizador, estaria associados a uma maior vulnerabilidade para a psicopatologia, mais precisamente depressão, ansiedade e afecto negativo.

Verificou-se, tendo por base os resultados encontrados no estudo correlacional, que uma postura baseada em sentimentos de ódio e inadequação perante o *self* bem como a incapacidade de auto tranquilização estão significativamente associadas a maiores níveis de depressão, ansiedade e de afecto negativo, resultados que vão ao encontro do estudo de Gilbert et al. (2004) que referem o auto-criticismo como factor de vulnerabilidade para a psicopatologia.

2.2. Memórias de Vergonha, Auto-criticismo e Descentração enquanto variáveis preditoras de Psicopatologia

Ao analisar os resultados das regressões efectuadas para este estudo das memórias de vergonha (avaliadas pelos instrumentos IES-R e CES) das três medidas de auto-criticismo (eu inadequado, eu detestado e eu tranquilizador) e da capacidade de descentração (variáveis independentes) com os sintomas psicopatológicos (variável dependente). Verificámos que a presença de um eu detestado predizia mais fortemente a vulnerabilidade para a psicopatologia na amostra em estudo.

Ao termos em análise o que está presente na literatura verificamos que

é mais provável a ocorrência de depressão quando os indivíduos não se defendem dos seus próprios ataques, e sentem-se derrotados por estes, e de forma submissa aceitam o seu auto-criticismo (Greenberg, Elliott e Foerster, 1990 citado em Gilbert et al., 2004). Assim, tendo em conta que o eu detestado é a forma de auto-criticismo mais severa para com o eu era expectável que apresentasse valor preditivo significativo relativamente às medidas de psicopatologia.

É de salientar que já foram encontraram dados em investigações que vão neste sentido, contudo numa população clínica de deprimidos (Gilbert et al., 2004; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009; Castilho, 2011). Para além disto, estes resultados podem também ser explicados através do papel social de *ranking* preponderante nos indivíduos auto-críticos (Gilbert, 2000, 2005, 2007), no qual um eu detestado poderá provocar elevados níveis de ansiedade devido à previsão da incapacidade e incompetência para competir pelo estatuto dentro de um grupo, ou relativamente ao *self*.

Assim, sabendo que existem autores que referem que o auto-criticismo pode ser resultado de determinadas experiências e memórias precoces, nas quais as pessoas podem por um lado, internalizar a capacidade de se auto-tranquilizarem, ou, de forma oposta, manifestarem a sua frustração dirigindo a raiva para o eu (Kohut, 1971, 1977 citado em Gilbert et al., 2004), pensa-se que será de esperar a associação deste tipo de relação com o eu como um potenciador de psicopatologia e de afecto negativo. Contudo, também o eu inadequado se assume como um preditor importante da sintomatologia depressiva e do afecto negativo. Desta forma, este resultados vai ao encontro do quefoi referenciado anteriormente, no qual a vivência de auto-criticismo por parte dos indivíduos os vulnerabiliza para o desenvolvimento de psicopatologia. Este dado vai ao encontro do que é postulado por diferentes autores que referem que o auto-criticismo é um importante preditor de sofrimento, encontrando-se associado com o desajustamento emocional, social e com diversas perturbações psicológicas na idade adulta (Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff et al., 1999 citado em Gilbert et al., 2004). Contudo, verifica-se que a ausência da capacidade de tranquilizar o eu e lembrar os seus aspectos positivos também é preditora da sintomatologia depressiva, o que remete para o facto de uma atitude calorosa e de aceitação pelo eu constituir um factor protector no desenvolvimento de depressão, apresentando desta forma níveis mais baixos desta sintomatologia. Estes resultados vão no sentido dos estudos desenvolvidos por Gilbert, nos quais é referido que a criação de imagens calorosas e compassivas estimula o sistema de tranquilização e, simultaneamente, a capacidade de se auto-tranquilizarem (Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2005).

Por outro lado, também as memórias de vergonha demonstram algum valor explicativo da psicopatologia, salientando-se que relativamente à depressão são as memórias centrais que mostram significância, na ansiedade são as memórias com carácter traumáticos que têm valor preditivo e relativamente ao afecto negativo ambos os tipos de memórias se assumem como preditoras deste. Este resultado faz sentido tendo em conta que na literatura é postulado que se a criança reter memórias de situações em que

suscitou emoções negativas nos outros, e se estar for tratada como inútil e indesejada, este aspecto contribui para que apresente uma visão do *self* como mau e indesejável (Bowlby, 1998 citado em Gilbert et al., 1996) o que poderá então suscitar a presença de psicopatologia. Estas experiências de vergonha e desvalorização parecem provocar efeitos na maturação psicobiológica do cérebro, que por sua vez tem sido associado não só à propensão para vergonha mas também à vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia (Schore, 1998, 2001; Tangney et al., 1995 citado em Matos & Pinto Gouveia, 2009).

Por fim, tendo em conta, que a capacidade de descentração é vista como um componente de bem-estar (Fresco et al., 2007a), seria de esperar que a sua ausência pudesse predizer afecto negativo, facto que foi verificado no nosso estudo de regressão.

2.3. Eu Tranquilizador e Descentração enquanto variáveis predictoras de Afecto Positivo

Tendo em conta as associações encontradas no estudo correlacional pensou-se que a presença de eu tranquilizador e a presença de capacidade de descentração assumissem valor preditivo relativamente ao afecto positivo. Os nossos resultados vão ao encontro da nossa hipótese, deste modo, a presença de eu tranquilizador, assumindo-se este como preditor mais explicativo, seguido da descentração, assumem-se como preditores de afecto positivo nos indivíduos da amostra. Neste sentido, a adopção de uma postura de cuidado e de sentimentos positivos com o eu promove a aquisição de afecto positivo, o que seria de esperar visto que este tipo de atitude para com o eu estimula o sistema de tranquilização (Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2005). Da mesma forma, e tendo em conta que vários autores que destacam a Descentração como um importante factor de resiliência para o desenvolvimento de perturbações emocionais e de psicopatologia (Segal et al., 2002; Eifert & Forsyth, 2005), e estando a psicopatologia associada a afecto negativo seria expectável que a descentração fosse, à semelhança do que é postulado na literatura, preditora de afecto positivo.

2.4. Auto-criticismo e Vergonha enquanto variáveis predictoras de Descentração

Tendo em conta que as associações encontradas entre as variáveis, e o valor preditivo encontrado relativamente à vergonha e ao auto-criticismo relativamente à capacidade de descentração tivemos como objectivo avaliar o valor preditivo da vergonha em conjunto com o auto-criticismo em relação à descentração. Os estudos de regressão mostram que é a presença de eu tranquilizador que prediz mais fortemente a capacidade de descentração, embora também a ausência de um auto criticismo marcado por sentimentos de ódio pelo eu (eu detestado) também seja preditor, embora que com menor significância. Este resultados remetem para o facto de que na presença de auto-criticismo, a vergonha interna deixa de ter valor preditivo relativamente à descentração, o que sugere que é a vivência de sentimentos positivos pelo

eu, e a ausência de sentimentos de ódio por este que se constituem como factores explicativos da capacidade de descentração.

Neste sentido, e não estando ainda a relação entre auto-criticismo e descentração estabelecida de uma forma efectiva, pensa-se que um indivíduo com elevados níveis de auto criticismo, nomeadamente eu detestado, é passível de apresentar comportamentos de auto-punição bem como sentimentos de ódio pelo eu, que se traduzem por desejos de maltratar o eu (Gilbert et al., 2004), o que nos leva a pensar que indivíduos com este tipo de características não se consigam distanciar das suas experiências internas de forma objectiva, com uma atitude de não julgamento. Por outro lado, um indivíduo com a presença de eu-tranquilizador terá a capacidade de relembrar os aspectos positivos de eu, mesmo nas situações de decepção (Gilbert, et al., 2004), estando assim estes indivíduos mais susceptíveis a possuírem capacidade de descentração.

2.5. Estudo do efeito moderador da Descentração na relação entre o Auto-Criticismo e a Depressão

Por fim, neste estudo, visto termos verificado que o auto criticismo representa um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de níveis mais elevados de depressão (ainda que sub clínicos), achámos pertinente estudar se a descentração, visto que os resultados apontam como um factor de resiliência de sintomas depressivos, modera o efeito do auto criticismo (eu inadequado e eu detestado) na depressão, isto é, se a descentração amplifica ou diminui o efeito da presença do auto criticismo no risco para desenvolver níveis mais elevados de depressão.

Os resultados indicam que a interacção da capacidade de observar sentimentos e pensamentos de forma objectiva adoptando uma postura de não julgamento com o eu inadequado explica significativamente níveis mais baixos de depressão nos indivíduos da nossa investigação. Por outras palavras, quanto mais elevados os níveis de descentração tanto menos sintomatologia depressiva têm os sujeitos com eu inadequado do nosso estudo. Contudo, o mesmo não se verifica relativamente ao eu detestado, não se revelando a descentração como moderadora na relação entre o eu detestado e a depressão.

De um ponto de vista da teoria das mentalidades sociais isto significa que aqueles indivíduos cuja relação com o *self* é marcada pelo sentimento de inadequação e que percecionam as relações em função de dominância e submissão, ou seja, tendem a competir pelo estatuto nas relações sociais (mentalidade de *ranking* social) e a experienciar-se como desadequados, (Gilbert, 2000, 2005, 2007), terão um menor risco para desenvolver níveis mais elevados de depressão quando apresentam uma capacidade de se descentrarem dos seus pensamentos e sentimentos. Esta situação do efeito da descentração pode ser melhor compreendido tendo em conta que este conceito remete para a capacidade de observar os nossos próprios pensamentos e sentimentos com acontecimentos transitórios, que não reflectem necessariamente a realidade acerca do eu (Fresco et al., 2007a), tal capacidade que levará a que as críticas realizadas ao eu não sejam encaradas

como verdades absolutas, reduzindo assim os comportamentos de submissão perante os outros na competição pelos recursos, diminuindo desta forma a vulnerabilidade para a depressão. Relativamente ao eu detestado a descentração não se mostrou modetradora na relação deste com a depressão. Hipotetiza-se que devido a este constituir a forma mais severa de auto-criticismo, em que constam comportamentos de auto-punição bem como sentimentos de ódio pelo eu (Gilbert et al., 2004), a capacidade de descentração não consegue moderar o seu efeito na depressão, pois nesta forma de auto-criticismo os indivíduos são bastante severos e auto críticos para consigo mesmos.

Estudo III: Estudo da relação entre Memórias de Vergonha, Vergonha, Descentração e Bem-Estar (*flourishing*)

Como objectivo principal deste estudo pretendíamos compreender a relação entre memórias de vergonha centrais e traumáticas, vergonha (interna e externa), descentração e bem-estar (emocional, social e psicológico) na nossa amostra.

3.1. Estudo correlacional

Memórias de Vergonha e Bem-estar

Das análises correlacionais, encontramos que, nos participantes do nosso estudo, tal como seria esperado, a presença de memórias de vergonha centrais e com carácter traumático encontra-se associada a níveis mais baixos de bem-estar. Quer isto dizer que, a ausência de bem-estar emocional, social e psicológico, está associada à vivência de experiências na infância marcadas por sentimentos de vergonha. Tendo em conta que diversos estudos (Schore, 1998, 2001; Tangney et al., 1995 citado em Matos & Pinto Gouveia, 2009) sugerem que indivíduos expostos a experiências de vergonha e desvalorização estão mais susceptíveis de desenvolver psicopatologia, pensa-se que de forma inversa, se forem expostos a este tipo de experiências e se consequentemente retiverem estas memórias, tenham menores índices de bem-estar na sua vida adulta.

Vergonha e Bem-estar

Através da análise correlacional, verifica-se que indivíduos com maiores níveis de vergonha, interna e externa, apresentam associações negativas, para o bem-estar, nomeadamente, emocional, social e psicológico, de uma forma geral, é com o bem-estar emocional e psicológico que a vergonha estabelece associações mais elevadas. Tendo em conta que a propensão para a vergonha é considerada como um factor de risco para a psicopatologia (Tangney, 1995), era esperado que os indivíduos com vergonha apresentassem níveis inferiores de bem-estar e de *flourishing* o que se verifica no nosso estudo.

Descenração e Bem-estar

Por contraste, sendo a capacidade de descenração vista como um factor de promoção e manutenção de bem-estar (Fresco et al., 2007a; Simões, 2011), e indo ao encontro dos objectivos propostos inicialmente pelo nosso estudo, os nossos resultados mostram que os indivíduos que apresentam maior capacidade de descenração apresentam maiores índices de bem-estar. Assim sendo, tendo em conta os resultados do estudo correlacional, verificamos que os indivíduos que apresentam a capacidade para observar os seus próprios pensamentos e sentimentos com acontecimentos transitórios, que não reflectem necessariamente a realidade acerca do eu apresentam associações positivas, com o bem-estar, sendo a associação com o bem-estar psicológico a mais elevada.

3.2. Memórias de Vergonha, Vergonha e Descenração enquanto preditoras de Bem-Estar

Ao analisar os resultados das regressões efectuadas para este estudo das memórias de vergonha (avaliadas pelos instrumentos IES-R e CES) dos dois tipos de vergonha e da capacidade de descenração (variáveis independentes) com o bem-estar (variável dependente), conclui-se que é a vergonha interna e a descenração, de um modo geral, que apresentam maior poder preditivo do bem-estar, pese embora em sentidos distintos. Nomeadamente a vergonha interna assume-se como melhor preditora no bem-estar emocional e psicológico, seguida da descenração, e a descenração no bem-estar social, seguida da vergonha interna. Tais resultados vêm ao encontro do modelo contínuo do bem-estar de Keyes (2005, 2007; Lamers et al., 2011), que propõe uma definição de saúde mental baseada na ausência de psicopatologia, neste caso a visão do *self* como inadequado presente na vergonha interna é um potencial causador de psicopatologia, assim como a presença de qualidades como benevolência, satisfação e resiliência, promovidas pela capacidade de descenração. Aliás, como é postulado no modelo das mentalidades sociais, a ausência de vergonha apresenta como consequência uma diminuição da probabilidade de desenvolver padrões de interação e relação com o eu de competição e de *ranking*, isto é de dominância de submissão que estão associados à psicopatologia e mal-estar (Gilbert, 2000, 2005, 2007). Por outro lado, a capacidade de descenração confere aos indivíduos a oportunidade de analisarem as suas experiências internas de uma forma mais objectiva constituindo por isso um factor de promoção de bem-estar e consequentemente de saúde mental (Fresco et al., 2007a, Watkins, Teasdale e Williams, 2000).

Estudo IV: Estudo da relação entre Memórias de Vergonha, Auto-Criticismo, Descentração e Bem-estar

4.1. Estudo correlacional

Auto-criticismo e Bem-estar

Tento em conta que tanto a literatura como os resultados encontrados no nosso estudo apontam para que a presença de um eu inadequado e um eu detestado estarem associadas a níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica, e que o eu tranquilizador associa-se a níveis mais baixos de psicopatologia colocou-se a hipótese que estes estabeleceriam relações inversas a estas relativamente ao bem-estar e saúde mental. Esta hipótese foi confirmada através dos resultados obtidos pelos participantes da amostra deste estudo. Verificando-se assim através da análise das correlações que uma postura baseada em sentimentos de ódio e inadequação perante o *self* encontram-se significativamente associadas a menores níveis de bem-estar, estes resultados podem ser explicados pelas conclusões alcançadas no estudo de Gilbert et al., (2004) que referem o auto-criticismo como factor de vulnerabilidade para a psicopatologia, que por sua vez comporta a incompatibilidade com o bem-estar. No entanto, é de salientar que o eu detestado não estabelece uma associação significativa com o bem-estar social. Por outro lado, a capacidade de auto tranquilização está associada de forma positiva aos diferentes tipos de bem-estar. O que nos leva a concluir que uma postura baseada em sentimentos positivos perante o eu conduz ao desenvolvimento de bem-estar.

4.2. Memórias de Vergonha, Auto-criticismo e Descentração enquanto variáveis preditoras de Bem-estar

Ao analisar os resultados das regressões efectuadas para este estudo das memórias de vergonha (avaliadas pelos instrumentos IES-R e CES) das três medidas de auto-criticismo (eu inadequado, eu detestado e eu tranquilizador) e da capacidade de descentração com o bem-estar emocional, social e psicológico verificámos que a presença de um eu tranquilizador da nossa amostra predizia mais fortemente o bem-estar emocional, no entanto, também a ausência de eu inadequado bem como a descentração apresentavam significância estatística. Assim sendo, indivíduos com maior capacidade de se auto-tranquilizarem e capazes de nutrir sentimentos positivos acerca do eu demonstram maiores índices de bem-estar emocional, este aspecto vai ao encontro do modelo contínuo do bem-estar de Keyes (2005, 2007; Lamers et al., 2011), que propõe uma definição de saúde mental na qual não é suficiente a ausência de mal-estar, neste caso a presença de sentimentos de inadequação perante o eu, é também necessária a presença de sentimentos positivos, promovidas pela presença de um eu tranquilizador.

Por outro lado, é a capacidade de descentração que se assume como melhor preditor do bem-estar social, neste sentido, e sendo a descentração uma capacidade que confere aos sujeitos uma avaliação objectiva das suas

experiências e que os seus pensamentos e sentimentos não se apresentam verdades absolutas acerca do eu (Fresco et al. 2007a) poderão promover nos indivíduos um melhor funcionamento a nível social. Relativamente ao bem-estar psicológico é a também a presença desta capacidade referida anteriormente bem como capacidade de lembrar os aspectos positivos de eu (eu tranquilizador) que predizem fortemente a presença de bem-estar psicológicas da nossa amostra. Este aspecto vai ao encontro do que já foi referenciado anteriormente acerca da capacidade de descentração, sendo esta um factor de promoção de bem-estar, bem como do eu tranquilizador que fomenta a adopção de uma atitude de cuidado perante o eu e que por isso também se apresenta como preditor de bem-estar. De um modo geral, a capacidade de descentração assume-se como um importante preditor dos níveis de bem-estar o que vai ao encontro do que está previsto na literatura, na qual esta capacidade é apontada como um factor de promoção e manutenção do bem-estar (Fresco et al., 2007a).

VI - Conclusões

Esta investigação teve como principal objectivo compreender melhor a relação que se estabelece entre o auto criticismo, capacidade de descentração e, por um lado, a experiência de sintomatologia depressiva, ansiosa e afecto negativo, e por outro, a presença de bem-estar e afecto positivo.

Apesar de ser reconhecido na literatura o papel do auto-criticismo enquanto factor de vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert et al., 2004; Gilbert, 2005), e o papel da descentração enquanto factor de resiliência para a psicopatologia e factor promotor de bem-estar e saúde mental (Segal et al., 2002; Eifert & Forsyth, 2005; Fresco et al., 2007a), não foram encontrados estudos empíricos que relacionassem especificamente o auto-criticismo com a descentração. Como esperado, quer a presença de auto-criticismo, quer a ausência de descentração se encontravam associados a sintomatologia depressiva e ansiosa nos participantes. Por outro lado, a ausência de auto criticismo e a presença de descentração eram preditores de bem-estar e saúde mental nos participantes. Assim, devido à ausência de estudos que esclarecessem qual a associação entre auto criticismo e a descentração procurámos estudar esta relação, e verificámos que o facto de os indivíduos na nossa amostra estabelecerem relações consigo próprios baseadas em sentimentos de inadequação e ódio, está associada a níveis mais baixos de capacidade de se descentrarem das suas experiências internas, da mesma forma, a adopção deste tipo de relação para com o eu encontra-se associada a um menor bem-estar e afecto positivo nos participantes deste estudo. Por contraste a adopção de uma relação baseada na capacidade de auto-tranquilização constitui-se como preditora de maiores níveis de capacidade de descentração, bem como, de um maior bem-estar nos participantes

Confirmámos a investigação existente acerca do efeito das memórias de vergonha e da vergonha na psicopatologia (Matos & Pinto Gouveia, 2009; Gilbert et al., 1996), sendo que as memórias de vergonha, assim como

a presença de vergonha contribuem para o desenvolvimento de psicopatologia, isto é de níveis mais elevados de humor deprimido e de ansiedade. Considerámos pertinente estudar igualmente, se as memórias de vergonha e a vergonha estariam associadas à descentração, uma vez que os estudos encontrados não forneciam essa informação. Verificámos que, de facto, níveis mais elevados de experiências de vergonha na infância bem como de vergonha interna e externa, se encontravam associados a índices mais baixos de descentração. Constatou-se a este respeito que a ausência de vergonha interna se assume como preditora da capacidade de descentração.

Verificou-se também que a índices menores de memórias de vergonha e de vergonha se encontravam associados a níveis mais elevados de *flourishing*, assim como de afecto positivo. Pudemos ainda constatar que a vergonha é um preditor importante da ausência de bem-estar.

Um importante contributo deste estudo prende-se com os resultados que apontam para o papel moderador da descentração na relação entre o auto-criticismo com a depressão, bem como, da vergonha com a depressão. Verificou-se assim que a descentração modera de forma positiva estas relações, à excepção do eu detestado, diminuindo assim a vulnerabilidade para a depressão destas variáveis quando presentes níveis mais elevados de capacidade de descentração.

Posto isto, é de salientar a importância destes resultados na prática clínica, uma vez que é provável que este tipo de relações se tornem mais intensas e expressivas em amostras clínicas. Assim estes resultados apontam, apesar de a importância de descentração já ser reconhecida neste âmbito (Safran & Segal, 1990; Fresco et al. 2007a, Teasdale et al. 2002), para a importância de promover esta capacidade não só no sentido de reduzir a psicopatologia e de promoção e manutenção de bem-estar, mas também como forma de diminuir atitudes auto críticas dos indivíduos, ou seja, sentimentos de inadequação perante si mesmos, bem como avaliações negativas que o indivíduo faz de si próprio que conduzem à vivência da vergonha por parte dos indivíduos. No mesmo sentido, parece fundamental que o terapeuta ajude o doente a sentir-se seguro na sua relação interna, a tolerar e aceitar o que é explorado na terapia e a substituir o seu auto-criticismo por uma atitude mais tranquilizadora (Gilbert, 2009).

Estes resultados mostram a importância de na terapia, avaliar a presença de experiências marcadas por sentimentos de vergonha que muitos doentes sofreram na sua infância, considerando a necessidade de desenvolver sentimentos de compaixão pelo eu e pelos outros, dentro desta relação terapêutica (Allen & Knight, 2005).

Limitações

Apesar da validade dos resultados obtidos e do contributo desta investigação, não podemos ignorar algumas limitações neste estudo. Neste sentido a primeira limitação prende-se com a natureza transversal do estudo, pois esta não tem em conta a relação de causalidade entre as variáveis.

Por outro lado, também constituem uma limitação as desvantagens inerentes instrumentos de auto-resposta que apesar de amplamente utilizados na investigação, podem refletir algumas dificuldades na compreensão de itens ou instruções, por parte dos sujeitos. Para além disto, o facto de recorrermos a medidas que dizem respeito à recuperação mnésica de

experiências passadas, pode apresentar algumas limitações a nível de enviesamentos ou até alguma dificuldade em aceder a esses conteúdos, visto que se tratam de experiências de infância.

Para além disto, também o facto de a amostra ser composta maioritariamente por sujeitos da região do Centro do país, pode limitar as generalizações feitas a toda a população portuguesa. A nossa amostra, comporta ainda outro problema, que diz respeito à diversidade do nível socioeconómico dos participantes, sendo o número de indivíduos pertencentes ao nível baixo bastante superior em comparação com os restantes. Assim sendo, considera-se pertinente a replicação do estudo numa amostra mais representativa da população portuguesa.

Também o facto de usarmos uma amostra da população geral, e sendo estes indivíduos que à partida, apresentam, níveis mais baixos de sintomatologia psicopatológica, dificulta a replicação das conclusões acerca das relações entre auto-criticismo e descentração e a sintomatologia depressiva, ansiosa e afecto negativo.

No futuro seria importante desenvolver estudos longitudinais para averiguar até que ponto, e de que modo, a capacidade de descentração se prolonga e influencia a manutenção do bem-estar no adulto. Seria ainda interessante replicar e dar continuidade a este estudo com populações clínicas específicas, na medida em que associar a presença ou ausência da capacidade de descentração a determinadas perturbações específicas permitiria compreender melhor as implicações clínicas da ausência desta capacidade.

VII - Bibliografia

- Allen, N.B., & Knight, W.E.J., (2005). Mindfulness, compassion for self, and compassion for others. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. Hove: Routledge.
- Amaral, V., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2010) A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afeto negativo. *Psychologica*, 52 (3), 271-292.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª ed. R.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). Centrality of Event Scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 219-231.
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts post-traumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, 21, 417-431.

- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Auto-criticismo e Auto-compaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia (2011). Auto-criticismo: estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-criticismo e Auto-tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-criticismo e Auto-ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-87.
- Cook, D. (1996). Empirical Studies of Shame and Guilt: The Internalized Shame Scale. In D. L. Nathanson (Ed.). *Knowing Feeling. Affect, Script and Psychotherapy* (pp. 132-165). New York: W. W. Norton & Company.
- Eifert, G. H., e Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance e Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H. M., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G., (2007a). Initial Psychometric Properties of the Experiences Questionnaire: Validation of a Self-Report Measure of Decentering. *Behavior Therapy*, 38, 234-246.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T., & Kennedy, S. (2007b). Relationship of post treatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depressive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 447-455.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II- Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove, Sussex: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (1998). What is Shame? Some Core Issues and Controversies. In Gilbert, P & Andrews, B. (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000a). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. Bailey (Eds). *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-149). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2000b). The Relationship of Shame, Social Anxiety and

- Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds). *Body shame: Conceptualisation, research and treatment*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70(4), 1205-1230.
- Gilbert, P. (2005). Compassion and Cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 9-73). Hove: Routledge.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression*. London: Sage Publications.
- Gilbert, P. (2009a) Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199 – 208.
- Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J.N.V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43 (1), 31-50.
- Gilbert, P., Allan, S., Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(1), 23-24.
- Gilbert, P. & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate in a group of self-critical people. *Memory*, 12 (4), 507-516
- Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263-319). Hove: Routledge.
- Gilbert, P. & Miles, J. (2000). Evolution, Genes, Development and Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 246-255. doi: 10.1002/1099-0879(200010)7:4<246::AID-CPP255>3.0.CO;2-5
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009) The dark side of competition: How competitive behavior and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 123-136. doi: 10.1348/147608308X379806
- Gilbert, P. & McGuire, M.T (1998). Shame, social role and status: The

psychobiological continuum from monkey to human. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York, Oxford University Press: 99-125

- Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *13*, 353-379.
- Goss, K., Gilbert., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures I. The "Other as Shamer Scale". *Personality and Individual Differences*, *17*, 713-717.
- Hair, J.F., Anderson, R.E., Tatham, R.L. & Black, W.C. (1998). *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kabat-Zinn, J.(1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell.
- Kaufman, J. (1989). *The Psychology of shame: theory and treatment of shame-based syndromes*. (2^a Ed). New York: Springer Publishing Company.
- Keyes, C.L.M (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 3, 539-548. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539.
- Keyes, C.L.M (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing – A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist*, *62*, 2, 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95.
- Keyes, C.L.M., Shmotkin, D., & Ryff, C.D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 1007-1022.
- Keyes, C.L.M, Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A., van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF) in Setswana Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 181-192.
- Kline, R.B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P., & Keyes, C. (2011). Evaluating the Psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, *67*, 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741
- Lewis, M. (1992). *Shame: The Exposed Self*. New York: The Free Press.

- Lovibond, P., & Lovibond, H., (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with Beck Depressive and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 3, 335-343.
- Marôco, J. (2010) *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Marôco, J. (2011) *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber
- Marôco, J. & Bisppo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Matos, M., & Pinto Gouveia, J. (2009). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, DOI: 10.1002/cpp.659.
- Matos, M., & Pinto Gouveia, J. (2010). O Impacto Traumático de Experiências de Vergonha: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (EIA-R). *Psychologica (In Press)*.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C.; (in press a) Other as Shamer: Versão portuguesa e propriedades psicométricas de uma medida de vergonha externa.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C.; (in press b) Quando eu não gosto de mim: Estudo das propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala de vergonha interna.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade depressão stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Pestana, N. H. & Gajero, J. N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2011) Can Shame Memories Become a Key to Identity? The Centrality of shame Memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25, 281-290.
- Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T. & Preacher, K. J. (2006). Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93, 71-78.
- Safran, J. D., & segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Segal, Z., Williams, J. M. G. e Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing*

Relapse. London: Guilford Press.

- Simões, L. M. (2011). *Descenração: Avaliação e sua relação com a Psicopatologia, Afecto, Estratégias de Regulação Emocional e Mindfulness*. Dissertação de Mestrado Integrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1989). *Using multivariate statistics*. New York: Harper Collins.
- Tangney, J.P. & Fisher, K.W. (1995). *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt and pride*. New York: The Guilford Press.
- Tangney, J.P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J.P. Tangney & K.W. Fisher (Eds.) *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp.114-139). New York: Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical psychology, 70*, 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J. M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 615-623.
- Thompson, R., & Zuroff, D. (1999a). Development of self-criticism in adolescent girls: Roles of maternal dissatisfaction, maternal coldness and insecure attachment. *Journal of Youth and Adolescence, 28* (2), 197-211.
- Thompson, R., & Zuroff, D. (1999b) Dependency, Self-criticism, and Mothers' Responses to Adolescent Sons' Autonomy and Competence. *Journal of Youth and Adolescence, 28* (3), 365-384.
- Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Watkins, E., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. G. (2000). Decentering and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine, 30*, 911-920.
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L.M. (2009). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development, 17*, 110-119.

Anexos

Escala das Formas de Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização

(Gilbert et al., 2004)

(Tradução e adaptação: Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2005)

Quando as coisas correm mal nas nossas vidas ou não estão a funcionar como queríamos e sentimos que podíamos ter feito melhor temos, por vezes, pensamentos e sentimentos negativos e auto-críticos. Estes podem tomar a forma de sentimentos de desvalorização, inutilidade, inferioridade, etc. Podemos também, perante as mesmas situações de fracasso tentar auto-tranquilizarmo-nos ou auto-encorajarmo-nos.

Estão descritos, em baixo, um conjunto de pensamentos ou sentimentos que as pessoas por vezes têm. Leia cuidadosamente cada um dos pensamentos/sentimentos, e faça um círculo à volta do número que melhor descreve o quanto esse pensamento/sentimento se aplica a si (é verdadeiro no seu caso). Para isso utilize a seguinte escala de resposta.

Não sou assim	Sou um pouco assim	Sou moderadamente assim	Sou bastante assim	Sou extremamente assim
0	1	2	3	4

Quando as coisas correm mal:

1. Desaponto-me facilmente comigo mesmo(a).	0	1	2	3	4
2. Há uma parte de mim que me inferioriza.	0	1	2	3	4
3. Sou capaz de lembrar a mim mesmo(a) das minhas coisas positivas.	0	1	2	3	4
4. Tenho dificuldade em controlar a minha raiva e frustração comigo mesmo(a).	0	1	2	3	4
5. Perdoo-me facilmente.	0	1	2	3	4

DASS-42

(Lovibond & Lovibond, 1995)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim de muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes				
0	1	2	3				
				0	1	2	3
1. Dei por mim a ficar aborrecido com coisas triviais do dia a dia							
2. Senti a minha boca seca							
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo							
4. Senti dificuldades em respirar							
5. Parecia-me não estar a conseguir ir mais além							

PANAS

(Watson, Clark & Tellegen, 1988)

(Traduzida e adaptada para a população portuguesa por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

Instruções:

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra, e utilize a escala que apresentamos, para indicar em que medida sentiu cada uma das emoções *durante as últimas semanas*.

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

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Interessado	1	2	3	4	5
2. Perturbado	1	2	3	4	5
3. Excitado	1	2	3	4	5
4. Atormentado	1	2	3	4	5
5. Agradavelmente surpreendido	1	2	3	4	5

OAS

(Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994)

(Tradução e adaptação: Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2005)

Instruções: Esta escala tem como objectivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo com os outros as vêem. De seguida é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes à forma como sente que os outros a vêem (visão que os outros têm de si). Leia atentamente cada uma das afirmações, e assinale com um círculo o número que indica a frequência com que sente ou experiência o que está descrito na frase.

	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
	0	1	2	3	4
1. Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom/boa.					
2. Penso que as pessoas me desprezam.					
3. As outras pessoas deitam-me muitas vezes abaixo.					
4. Sinto-me inseguro(a) acerca das opiniões dos outros sobre mim.					
5. As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura deles (as)					

Internalized Shame Scale (ISS)

(Cook, 1996; Tradução e adaptação Matos & Pinto-Gouveia, 2006)

Instruções:

Em baixo, encontra-se um conjunto de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências que você pode ter de vez em quando ou que lhe são familiares porque tem tido estes sentimentos e experiências desde há muito tempo.

A maioria das afirmações descreve sentimentos e experiências que geralmente são dolorosos ou negativos de alguma forma. Algumas pessoas nunca, ou quase nunca, tiveram muitos destes sentimentos. Toda a gente já teve, em algum momento, alguns destes sentimentos, contudo, se considerar que estas afirmações descrevem a forma como se sente grande parte do tempo apenas lê-las pode ser difícil. Tente responder com honestidade.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça em círculo em torno do número à esquerda do item que melhor indica a frequência com que sente o que está descrito na frase. Use a escala que se apresenta de seguida. NÃO OMITA NENHUM ITEM.

Escala

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre

- 0 1 2 3 4 1. Sinto que nunca sou suficientemente bom.
- 0 1 2 3 4 2. Sinto um pouco á parte
- 0 1 2 3 4 3. Penso que as pessoas me olham com superioridade.
- 0 1 2 3 4 4. Geralmente costumo sentir que sou bem sucedido.
- 0 1 2 3 4 5. Critico-me e desvalorizo-me a mim mesmo.

CES

(Berntsen, D. & Rubin, D., 2006)

(Tradução e adaptação: Matos, M. & Pinto Gouveia, J. 2006)

Instruções:

A experiência de uma emoção de Vergonha é frequente nos humanos. Quase toda a gente vivência, ao longo da sua vida, experiências de vergonha.

Neste estudo estamos interessados em conhecer as suas experiências de vergonha, isto é, situações em que tenha sentido vergonha.

Por Vergonha entende-se a emoção negativa associada a um sentido de diminuição e desvalorização pessoal. Sentimos vergonha quando, numa situação, nos avaliamos (devido a uma acção ou característica) de forma global como desajeitados, diferentes, inadequados, inferiores, fracos, repugnantes ou maus, mas também quando temos ideia de que os outros nos vêem como inferiores, defeituosos, inaptos, fracos ou repugnantes. Quando sentimos vergonha, temos muitas vezes outros sentimentos em simultâneo, como ansiedade, raiva, repugnância e somos assaltados por uma enorme vontade de desaparecer dali, nos escondermos ou fugirmos.

De seguida tente recordar-se de uma situação ou experiência (marcante) por que passou em que acha ter sentido Vergonha, durante a sua infância e/ou adolescência.

Por favor, pense nessa experiência marcante de vergonha de que se recordou e responda às seguintes questões de uma forma honesta e sincera, fazendo um circulo em torno do número (de 1 a 5) que melhor se aplica a si.

1. Este acontecimento tornou-se num ponto de referência na forma como eu percebo novas experiências.	Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
2. Vejo automaticamente conexões e semelhanças entre este acontecimento e experiências na minha vida actual.	Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
3. Sinto que este acontecimento se tornou parte da minha identidade.	Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
4. Este acontecimento pode ser visto como um símbolo ou marca de temas importantes na minha vida.	Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente
5. Este acontecimento torna a minha vida diferente da vida da maioria das pessoas.	Discordo Totalmente	1	2	3	4	5	Concordo Totalmente

IES-R

(Weiss & Marmar, 1997)

(Tradução e adaptação: Matos, M. & Pinto Gouveia, J. 2006)

Instruções:

A experiência de uma emoção de Vergonha é frequente nos humanos. Quase toda a gente vivência, ao longo da sua vida, experiências de vergonha.

Neste estudo estamos interessados em conhecer as suas experiências de vergonha, isto é, situações em que tenha sentido vergonha.

Por Vergonha entende-se a emoção negativa associada a um sentido de diminuição e desvalorização pessoal. Sentimos vergonha quando, numa situação, nos avaliamos (devido a uma acção ou característica) de forma global como desajeitados, diferentes, inadequados, inferiores, fracos, repugnantes ou maus, mas também quando temos ideia de que os outros nos vêem como inferiores, defeituosos, inaptos, fracos ou repugnantes. Quando sentimos vergonha, temos muitas vezes outros sentimentos em simultâneo, como ansiedade, raiva, repugnância e somos assaltados por uma enorme vontade de desaparecer dali, nos escondermos ou fugirmos.

De seguida tente recordar-se de uma situação ou experiência (marcante) por que passou em que acha ter sentido Vergonha, durante a sua infância e/ou adolescência.

Em baixo, encontra-se uma lista de dificuldades que as pessoas por vezes sentem após acontecimentos de vida indutores de stress. Por favor, leia cada item e de seguida indique o grau de perturbação/sofrimento que a dificuldade lhe tem provocado AO LONGO DA SUA VIDA, a partir de 6 meses após o acontecimento. Isto é, em relação à experiência de Vergonha de que se recordou, quanto é que se sentiu perturbado ou incomodado por estas dificuldades?

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Muitíssimo
Qualquer coisa que me lembrasse do acontecimento trazia de volta sentimentos sobre isso.	0	1	2	3	4
Tive dificuldades em permanecer a dormir.	0	1	2	3	4
Outras coisas persistiam em fazer-me pensar naquilo.	0	1	2	3	4
Sentia-me irritável e zangado.	0	1	2	3	4
Tentei não ficar perturbado quando pensava nisso ou era lembrado disso.	0	1	2	3	4

EQ

(Fresco, Moore, Van Dulmen, Segal, Ma, Teasdale & Williams, 2007)

(Tradução e adaptação de Gregório e Pinto Gouveia, 2007)

Instruções: Estamos interessados nas suas experiências recentes. Em seguida encontra-se uma lista de coisas que as pessoas às vezes passam. No final de cada item existem cinco escolhas possíveis, por favor assinale quão frequentemente tem experiências semelhantes às descritas.

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1. Penso sobre o que vai acontecer no futuro.					
2. Lembro-me a mim mesmo que os pensamentos não são factos.					
3. Aceito-me melhor tal como sou.					
4. Reparo nas pequenas coisas e nos pormenores que me rodeiam.					
5. Sou amável comigo próprio mesmo quando as coisas correm mal.					

MHC-SF

(Keyes, C. L. M., 2008; trad. e adap. de Cherpe, S.; Matos, A. P.; André, R. S., 2009)

Instruções

Por favor, responda às questões seguintes sobre a forma como se tem sentido, **durante o último mês**. Assinale com um – X – a célula que melhor representa quantas vezes experienciou ou sentiu o seguinte.

Não existem respostas certas ou erradas, responda de forma honesta, sincera, e mais espontânea possível. As suas respostas são confidenciais.

Durante o último mês, quantas vezes (me) senti:	Nunca	1 ou 2 vezes	Cerca de 1 a 2 vezes por semana	Cerca de 2 ou 3 vezes por semana	Quase todos os dias	Todos os dias
1. Feliz						
2. Interessado pela vida						
3. Satisfeito						
4. Que tinha alguma coisa importante para contribuir para a sociedade						
5. Que pertencia a uma comunidade (como a um grupo social ou ao meu bairro)						