



Alexandra Margarida Borges Dinis

O ESTUDO DA PSICOPATOLOGIA NUMA PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA DA REGULAÇÃO EMOCIONAL

Tese de doutoramento em Psicologia, orientada pelo Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto de Gouveia e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Alexandra Margarida Borges Dinis

O estudo da psicopatologia numa perspectiva transdiagnóstica da regulação emocional

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da
Universidade de Coimbra
Setembro de 2014

Alexandra Margarida Borges Dinis

O estudo da psicopatologia numa perspectiva transdiagnóstica da regulação emocional

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

Os estudos desta dissertação foram realizados no âmbito da Bolsa de Doutoramento, com referência SFRH/BD/36211/2007, financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).



• U



C

• FPCEUC

FACULDADE DE PSICOLOGIA
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Imagem da capa: 'Mãe com filho'. Autor Desconhecido.

Ao Ricardo e ao Salvador,
Aos meus Pais e Irmão

O Professor Doutor José Pinto-Gouveia

*'Caminhante, são teus rastros
o caminho e nada mais;
caminhante, não há caminho
faz-se o caminho ao andar.
Ao andar faz-se o caminho,
e ao olhar-se para trás
vê-se a senda que jamais
se voltará a pisar.
Caminhante, não há caminho,
somente sulcos no mar'.
António Machado¹, 1910*

Agradecimentos

A presente dissertação de doutoramento será certamente um dos marcos mais importantes da minha vida académica. Por vários motivos. O mais óbvio, é que se tratou de um processo de aprendizagem, de enriquecimento pessoal e profissional, fruto de uma contínua vontade de saber, que não se encerra ou esgota no trabalho aqui apresentado. A dissertação de doutoramento, aqui apresentada, não é 'apenas' o produto final, ainda que incompleto e imperfeito, de um trabalho árduo, exigente e moroso, mas sim um processo, cuja elaboração compreendeu várias etapas. Durante este processo vivenciei momentos de entusiasmo, motivação, realização e recompensa, momentos que me encheram de alegria, entusiasmo, regozijo, prazer, vontade de 'fazer mais e melhor'. Porém, também houve momentos de insegurança, dúvida, abatimento, desgaste, fracasso, desesperança e, por vezes, até decepção. Foi então que me apercebi, que reflecti e serenei ... é que é precisamente entre uns e outros, que uma tese de doutoramento se esboça, evolui, renova, constrói e, sobretudo, reconstrói ... é que somente '*ao andar se faz o caminho*'. E porque ao longo deste caminho contei com a ajuda de várias pessoas e entidades gostaria, de em seguida, lhes expressar ainda que com singelas palavras o meu mais profundo agradecimento.

Indubitalmente, e em primeiro lugar, quero expressar o meu sentido agradecimento ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia, meu Orientador nesta dissertação. É um enorme privilégio tê-lo tido primeiro como Professor de licenciatura, depois como Orientador de estágio curricular, e agora como Orientador de dissertação de doutoramento. Obrigada me ter ensinado a fazer clínica, a fazer investigação e, sobretudo, por me ter mostrado a importância de ambas coexistirem. Quero expressar-lhe a minha profunda admiração e gratidão, por ser uma fonte inesgotável de saber, pelos rasgos de genialidade que o demarcam dos demais, por me ter ensinado que a vocação para a ciência reside na inquietude, na dúvida, na incerteza, em explorar o desconhecido, em ver além do óbvio e do confortável... por me ter incentivado a continuar em momentos de desesperança, decepção e angústia. Por ser um exemplo de ética e de honestidade intelectual. Pelo gosto que tem em partilhar conhecimentos, em fomentar o debate crítico, em nos ensinar a fazer Ciência! Mas também por ter estado verdadeiramente presente 'para além da tese', sobretudo em momentos de enorme fragilidade e dor, pelas suas palavras de conforto e suporte que foram de um alento imensurável, pela generosidade incedível quando mais precisei...o meu muito obrigada...

¹ Poema de António Machado, que integra 'Proverbios y Cantares' (XXIX) da obra *Campos de Castilla*, de 1910. A tradução para a língua portuguesa foi efectuada por José Bento e apresentada no seu livro *Antologia da Poesia Espanhola Contemporânea*, de 1985.

Também aos doentes, quero endereçar um sincero agradecimento. Por partilharem e me confiarem *pedaços* de vós, *pedaços do vosso sofrimento*. Espero, verdadeiramente, que esta dissertação possa de algum modo, e ainda que singelamente, retribuir-vos um pouco do tudo que me deram a mim.

Tenho ainda a agradecer a nível institucional, à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pela excelente formação académica que me tem vindo a proporcionar, e em especial, ao Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Universidade de Coimbra, por aí ter encontrado todas as condições necessárias à realização desta dissertação.

Expresso ainda o meu profundo agradecimento à Fundação para Ciência e Tecnologia (Ministério Educação e Ciência) que me atribuiu a bolsa de doutoramento (SFRH/BD/36211/2007) que financiou este projecto de investigação. Sem esse financiamento teria sido muito mais difícil a realização deste trabalho.

Quero ainda expressar a minha profunda gratidão a todas as entidades e pessoas que de algum modo estiveram envolvidas na tarefa de recolha dos dados, que serviram de base à realização desta dissertação, nomeadamente:

Ao Hospital Cova da Beira, da Covilhã, e em especial ao Dr. Carlos Leitão, pela disponibilidade, interesse e condições que colocou à nossa disposição, bem como a toda a sua Equipa. Em especial à Dr. Sónia Bessa, por ter sido incansável, inexcedível, uma ajuda preciosa e crucial, por todo o seu empenho e colaboração.

Aos Hospitais da Universidade de Coimbra, e em particular, ao Professor Doutor Carlos Brás Saraiva e à Dr.^ª Helena Rita que se disponibilizaram a ajudar na sinalização dos seus doentes, pelas palavras de interesse e incentivo. Em especial, a todas as Psicólogas que prontamente se disponibilizaram a ajudar, nomeadamente, à Professora Doutora Cláudia Ferreira, à Dr.^ª Lúcia Fonseca, à Dr.^ª Margarida Robalo e à Professora Doutora Paula Castilho. Em particular, à Dr.^ª Margarida e à Dr.^ª Lúcia, pelo tempo que dedicaram, pelas condições físicas que criaram, pelo contributo imprescindível na recolha das amostras específicas que foram utilizadas nesta dissertação. É impagável e inegável a vossa ajuda, o vosso apoio e colaboração. Não posso igualmente deixar de agradecer, em jeito de homenagem, a todas por terem feito parte da minha formação clínica, por terem contribuído para que eu adquirisse as competências técnicas necessárias à prática clínica. Em especial, à Prof. Doutora Paula Castilho, a quem devo muitos ensinamentos, tantos, que não cabem em palavras... Obrigada por fazer a *arte* da clínica, obrigada por ao longo destes anos me ter vindo a ensinar, continuamente, essa *arte*. E obrigada por ter partilhado comigo a árdua e morosa tarefa de recolha de toda a amostra clínica. Sem a sua preciosa ajuda não teria sido possível recolher uma amostra clínica tão vasta como a apresentada neste projecto de investigação.

Às psicólogas voluntárias Dra. Ana Xavier, Dra. Cristiana Duarte, Dra. Elisabete Bento e Dra. Lara Palmeira, agradeço igualmente por sinalizarem os vossos doentes. Em especial à Ana, à Elisabete e à Lara pela vossa disponibilidade na passagem das entrevistas, dos protocolos e na colocação dos dados. Pelo vossa disponibilidade e auxílio. Pela entusiasmo e boa-disposição contagiantes que alegraram muitos dos meus dias. Por poder contar com vocês, por estarem sempre lá quando preciso e pela vossa preciosa ajuda. É um privilégio poder ser vossa colega, mas sobretudo, vossa amiga. Expresso igualmente um agradecimento muito especial à Carolina Motta pela preciosa e imprescindível ajuda na cotação e colocação dos dados e ao Mário e André pela disponibilidade em ajudar e pela alegria contagiante em infatigáveis jornadas de trabalho.

À Enfermeira Isilda, pela prontidão e disponibilidade que sempre manifestou para resolver problemas burocráticos e logísticos. Pelas palavras de encorajamento e reforço.

Ao Sr. Carlos, à Maria e à D. Cândida, do secretariado clínico, por toda a ajuda prestada. Mas também pelas palavras de incentivo e encorajamento.

Ao Hospital Sobral Cid, em Coimbra, e em concreto ao Dr. Canhão e à Dr.ª Fernanda pela abertura e por terem criado as condições necessárias para proceder à recolha dos dados. Por toda a colaboração prestada na sinalização dos doentes para a investigação.

Aos Serviços de Acção Social do Instituto Politécnico de Coimbra, e em especial, às psicólogas do Gabinete de Psicologia, a Dr.ª Helena Moura e a Dr.ª Joana Godinho, pelo interesse, disponibilidade, e empenho prestado na sinalização dos doentes para a recolha dos dados.

Ao Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, ao Diretor de Serviço, ao Dr. Mesquita, e ao Dr. Tiago e Dr. Vítor, psiquiatras desse serviço, pela pronta colaboração e disponibilidade manifestadas na sinalização dos doentes.

Ao Hospital S. Teotónio de Viseu, e em particular, à Dra. Alzira Albuquerque, pela dedicação e empenho na sinalização dos doentes e ajuda na recolha dos dados.

Quero ainda expressar o meu agradecimento a todos os Psiquiatras e Psicólogos que sinalizaram os seus doentes, e que colocaram à disposição o seu tempo e espaço de prática privada, para que fosse possível a recolha de dados, nomeadamente, à Dra. Ana Moreira, ao Professor Doutor Carlos Brás Saraiva, ao Professor Doutor José Pinto-Gouveia, à Dra. Mariete Osório, à Professora Doutora Marina Cunha, à Professora Doutora Paula Castilho, ao Professor Doutor Serafim Carvalho e à Professora Doutora Susana Veloso.

Aos seguintes alunos que realizaram o seu Mestrado na FPCEUC Telma Castro, Mário Veloso, Tânia Santos, Rafaela Araújo, Sara Lourenço, Lara Palmeira, Carina Magalhães, Ana Luísa Pacheco, Daniela Vilela, Ana Margarida Pinto, Marta Quatorze, Sérgio Carvalho, Cátia Estanqueiro e Vladimiro Lourenço, pelo trabalho de colaboração, de partilha e de aprendizagem. A vossa colaboração na recolha de algumas das amostras não-clínicas foi imprescindível.

E porque ao longo destes anos foram várias as 'candeias' que alumiarão o meu caminho, quero também expressar-lhes o meu mais profundo agradecimento:

Ao Professor Paul Gilbert, pela simpatia, entusiasmo e incentivo. Pela disponibilidade em partilhar conhecimentos e em debater ideias. À Jean Gilbert pela amabilidade e simpatia.

Expresso a minha sentida gratidão à Professora Doutora Ana Paula Matos, à Professora Doutora Cláudia Ferreira, ao Professor Doutor Daniel Rijo, à Professora Doutora Maria do Céu Salvador e à Professora Doutora Paula Castilho, por todos ensinamentos ao longo da licenciatura e do estágio curricular que, indubitavelmente, contribuíram para o percurso que tenho vindo a trilhar, bem como à Professora Doutora Ana Galhardo, Mestre Teresa Carvalho e Professor Doutor Serafim Carvalho. Obrigada pela forma como me acolherem no CINEICC. Obrigada a todos pela simpatia e cordialidade com que sempre me trataram, pelas palavras de apoio e incentivo, de entusiasmo e boa disposição que desanuviaram dias menos bons. Em especial ao Professor Doutor Daniel Rijo, pela oportunidade e confiança depositadas em mim no princípio da minha jornada pela investigação. A muitos de vós agradeço a partilha de momentos de angústia e de alegria, que estão inerentes à realização de qualquer projecto de investigação. O meu obrigada.

A todas os colegas do CINEICC, e em particular, à Ana Xavier, à Bárbara Lopes, à Carolina Motta, à Cristiana Duarte, à Elisabete Bento, à Joana Costa, à Lara Palmeira, à Sónia Cherpe, à Sónia Gregório, e mais recentemente, ao Sérgio Carvalho, à Joana Duarte e à Paola Santos que partilharam fragmentos

deste caminho comigo. Pela interajuda, companheirismo e cooperação. O caminho é mais fácil quando temos quem nos ampare...

Ao Professor Doutor Alexandre Silva pelos preciosos esclarecimentos e importantes ensinamentos em relação ao tratamento estatístico dos dados. Sobretudo obrigada pelas palavras de incentivo e encorajamento, que me fizeram gostar ainda mais desta área.

À Professora Doutora Marina Cunha pelas palavras de simpatia, compreensão, validação, incentivo e suporte que sempre me dirigiu. Houve alturas em que as suas palavras me deram um novo fôlego e alento para continuar. O meu muito e sentido obrigada.

À Joana Costa agradeço os esclarecimentos na área da estatística, tema que dominas tão bem. Pela disponibilidade que sempre manifestaste e todo o apoio e incentivo que recebi da tua parte.

E porque há candeias que não só alumiam o caminho, como também aquecem o coração, expresso o meu apreço e agradecimento:

Ao Sérgio Carvalho e à Joana Duarte pela simpatia e disponibilidade em ajudarem.

À D. Rosário por ter tido sempre uma palavra amiga e calorosa, de apoio e suporte. Por estar sempre presente e disponível para ajudar.

À Lara Palmeira pela preocupação, apoio e carinho que sempre manifestaste. Pela boa-disposição, contagiante, que tantas vezes me fez rir em dias mais nublados.

À Sónia Cherpe pelos gestos de atenção e carinho sempre manifestados sobretudo em momentos mais difíceis. Pelos sorrisos cúmplices de quem partilha um caminho.

À Sónia Gregório companheira de viagem desde o início. Pelas afinidades que temos, pela partilha de medos e inseguranças mas também de alegrias, cumplicidades e bons-momentos. Sobretudo pelas palavras de incentivo, encorajamento e de validação. Porque nesta fase final foste uma fonte inesgotável de segurança, tranquilização e acalmia. Na tua companhia foram sem dúvida mais fáceis e prazerosas estas últimas semanas de trabalho. O meu especial obrigada.

À Elisabete, pelo carinho, atenção, apoio e ajuda que sempre me deste. Pela amizade, tão sincera e genuína, que entretanto nasceu e que tem vindo sempre a crescer.

À Ana Xavier por todo o apoio, suporte e interesse genuíno que sempre manifestaste. A tua ajuda foi imprescindível. Não há palavras suficientes para te agradecer. Obrigada por toda a ajuda na revisão do trabalho aqui apresentado. Estiveste sempre presente, disponível, cuidadora e atenciosa. As tuas palavras de incentivo, ânimo e de tranquilização em todos os momentos, foram muito importantes para mim, sobretudo nos últimos dias. Obrigada sobretudo pela amizade verdadeira que se criou e que tenho a certeza que vai perdurar pois não se confinou a um fragmento do caminho. ..

À Andreia pelo valor da amizade. Porque entre nós e entre os nossos afectos, *não há longe nem distância*.

À Sónia Bessa, um dos grandes presentes da minha vida. Pelo carinho e cuidado que tanto prezo e valorizo, pela amizade genuína, duradoira, autêntica, sem qualquer cobrança ou exigência. Porque sei que a distância física entre nós é na medida contrária à da proximidade e presença emocional. Ao Heldér e ao Afonsinho, agradeço por fazerem a minha Sónia tão feliz, mesmo que tão longe desta família que também a ama (vos ama) tanto.

À Professora Doutora Paula Castilho, tenho tanto a agradecer... não existem palavras suficientes para expressar o meu apreço, gratidão e reconhecimento. Obrigada por todas as sugestões em relação ao trabalho aqui apresentado. Sinto-me tão grata por ser sua amiga, por ser uma grande amiga, por poder contar com a sua companhia, suporte, encorajamento e partilha desde o início deste caminho. Obrigada pela preciosa e inestimável ajuda. Obrigada por arranjar sempre tempo para mim...por estar sempre presente na minha vida, nos bons e maus momentos, fazendo-me sentir tão mais segura e protegida. Pelo apoio, cuidado, carinho que só uma verdadeira amiga, daquelas que sabemos serem para a vida, é capaz de nos dar. Obrigada por ser tão carinhosa, cuidadosa e amiga da minha família, e em especial com o meu (nosso) Salvador.

À minha família alargada, e em especial, aos meus avós e tia, que sempre compreenderam e aceitaram que nem sempre podia estar presente, e que sempre me fizeram sentir tão acarinhada e tão próxima. À memória dos meus avós Manuel e Cândida, que nunca serão esquecidos, porque as memórias dos afectos são as mais fortes. À minha tia Nela por todo o carinho, cuidado e atenção. Aos meus avós João e Fernanda por me terem ajudado a criar, por ainda hoje me tratarem com tanto mimo.

Aos meus sogros. Por me terem acolhido na vossa, e agora, nossa família, como se de uma filha se tratasse. Por me quererem tão bem, me fazerem sentir tão apoiada e acarinhada. Sei que posso, e sempre poderei contar com a vossa total disponibilidade e incansável ajuda. É impagável tudo o que têm feito por mim, pelo Ricardo e, em especial, pelo Salvador. O meu muito obrigada.

À minha cunhada pela boa energia, apoio e encorajamento constantes. Pelas palavras de incentivo ao longo desta jornada.

Ao meu núcleo familiar, tão unido e próximo, tão forte e seguro. Ao meu Pai, porque nunca esmoreceste perante as adversidades. Por me teres ensinado a ser dedicada, empenhada e trabalhadora, mas acima de tudo, por me teres ensinado que não há nada mais importante, e que nos faça mais felizes na vida, do que amarmos e sermos amados pela nossa família. À minha Mãe, pelo amor incondicional, protecção, conforto e segurança que só o abraço de uma mãe sabe dar. Por saberes escutar com o coração, por saberes ler até os silêncios, por sempre nos teres colocado em primeiro lugar. Por nos teres ensinado a voar e a sabermos que quando quisermos, que se precisarmos podemos sempre voltar à nossa casa. Obrigada sobretudo aos dois por nos últimos meses terem cuidado tão bem do nosso Salvador. É também por vocês e graças a vocês que ele é um bebé tão feliz! Ao João, por seres quem és. Por existires. Pela tua presença em todos os momentos. Por me teres tantas vezes confortado mesmo que através de pequenos gestos. À Tânia que desde há muito já faz parte da família. Por estar sempre disponível, com um sorriso terno e simpático, por tratares tão bem do Salvador. Aos dois pela vossa ajuda na correcção das referências bibliográficas que compõem a presente dissertação.

Ao Ricardo, pelo caminho que temos percorrido juntos. Lado a lado. Sei que te esforçaste para me confortar e apoiar nos momentos difíceis, para seres caloroso e disponível nos momentos de angústia, tolerante e compreensivo nos momentos de frustração. Nem sempre foi fácil...mas juntos temos conseguido! Obrigada pela elaboração da capa da presente dissertação, pelo cuidado no tratamento das figuras e tabelas e por toda a formatação da presente dissertação. Mas acima de tudo obrigada por fazeres parte da minha vida, por me fazeres tão feliz e por me teres dado o meu bem mais precioso e benção maior, o nosso filho.

A ti Salvador. Por fazeres parte da minha vida. Por fazeres parte de mim. Porque tu és o meu maior raio de luz, fonte de calor, conforto e aconchego. Sempre e para sempre. Contigo, sinto-me imensuravelmente feliz.

RESUMO

Nos últimos anos, assiste-se a um interesse crescente pelo estudo da regulação emocional devido à relevância que esta pode assumir na compreensão da natureza e no tratamento da psicopatologia. Neste âmbito, a conceptualização da regulação emocional como um importante factor transdiagnóstico tem vindo a reunir consenso entre teóricos, clínicos e investigadores. De entre os diversos processos de regulação emocional, a ruminação, a aceitação/evitamento experiencial, o *mindfulness*, a auto-compaixão e os esquemas emocionais, têm vindo a ganhar um lugar de destaque, e são diversos os estudos que procuram compreender melhor a natureza da relação que cada um destes processos estabelece com variadas formas de psicopatologia. É no contexto desta diversidade de constructos/processos de regulação emocional que o presente projecto de investigação foi estruturado.

OBJECTIVOS

Os dez estudos empíricos que integram a presente dissertação foram delineados com o intuito de contribuírem para uma melhor compreensão dos processos de regulação emocional, nomeadamente, no que concerne ao seu papel enquanto factores protectores ou, pelo contrário, enquanto factores de risco associados ao desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. O **Estudo I e II** tiveram como objectivos adaptar, validar e analisar as características psicométricas de uma versão modificada do *Leahy Emotional Schemas Scale* (LESS) e do *Questionário de Experiências de (In)Validação Emocional* (QEVE), sendo que este último é um novo instrumento retrospectivo que foi desenvolvido para a presente dissertação. Os **estudos III e IV** foram desenvolvidos à luz do modelo tripartido dos sistemas de regulação do afecto e pretendem contribuir para uma melhor compreensão da origem desenvolvimental do sistema de protecção contra as ameaças e do sistema de contentamento, segurança e tranquilização. Os **Estudos V, VI e VII** foram desenvolvidos com o intuito de averiguar em que medida é que o evitamento experiencial se revela como um preditor mais robusto da psicopatologia comparativamente a outros processos de regulação emocional amplamente investigados na literatura. Os **Estudos VIII, IX e X** tiveram como objectivos gerais: (i) investigar o papel do evitamento experiencial na explicação da severidade geral da perturbação *borderline* de personalidade; (ii) averiguar em que medida o evitamento experiencial é capaz de diferenciar doentes com patologia *borderline* com comportamentos de auto-dano vs. sem história de comportamentos de auto-dano; (iii) averiguar em que medida é que os processos de regulação emocional são melhor conceptualizados como sendo específicos de um determinado quadro clínico ou enquanto factores transdiagnósticos, comparando três amostras (doentes com diagnóstico de perturbação *borderline* de personalidade; doentes com diagnóstico de ansiedade social; população não-clínica).

MÉTODO

Cada um dos estudos que compõe a presente dissertação foi realizado numa sub-amostra da população geral ($N=1244$, $n=890$ do género feminino e $n=354$ do género masculino) ou numa sub-amostra da população clínica ($N=315$ participantes, $n=253$ do género feminino e $n=62$ do género masculino) ou em amostras mistas. Recorreu-se ao uso de questionários de auto-resposta e entrevistas clínicas semi-estruturadas. Foi usado um *design* transversal.

RESULTADOS

Os resultados dos **Estudos I e II** mostraram que ambos os questionários de auto-resposta, LESS-modificado e QEVE, são úteis e robustos na avaliação das crenças emocionais e de experiências de validação/ invalidação emocional vividas na relação com as figuras parentais durante a infância e adolescência, respectivamente. No **Estudo III** os resultados salientam o papel mediador do evitamento experiencial na relação entre a vergonha e as crenças de perigosidade acerca das emoções na sintomatologia depressiva e ansiosa. O **Estudo IV** apontou no sentido de que as experiências precoces de validação/invalidação emocional têm um impacto diferencial na vergonha externa, nas crenças de perigosidade acerca das emoções, nas crenças de validação emocional e no afecto positivo de segurança, de acordo com amostra (clínica vs. não-clínica). Nos **Estudos V, VI e VII** os resultados sugerem que o constructo de evitamento experiencial apresenta um poder preditivo independente nos modelos de psicopatologia, que vai para além do que já é explicado por outros processos auto-regulatórios amplamente difundidos na literatura. O **Estudo VIII** mostrou que o evitamento experiencial está positivamente associado a uma maior severidade dos traços *borderlines*, ao afecto negativo, à vergonha interna e às crenças de validação emocional. Um resultado interessante foi a importância que a vergonha interna revelou ter na explicação dos traços da patologia *borderline*. No **Estudo IX** a vergonha interna constituiu-se mesmo como um forte preditor para o desenvolvimento dos comportamentos de

auto-dano; sendo que, as crenças de invalidação emocional e uma baixa auto-compassão parecem actuar como factores de manutenção deste comportamento. O **Estudo X** mostrou que a vergonha interna, as crenças negativas acerca das emoções e o evitamento experiencial são processos-chave capazes de diferenciar significativamente os grupos clínicos dos não-clínicos.

CONCLUSÕES

Em suma, os resultados da presente dissertação ressaltam a importância do modelo tripartido de regulação do afecto, enquanto perspectiva integradora, na compreensão da psicopatologia. É discutida ainda a importância de se desenvolverem modelos transdiagnósticos de regulação emocional, que possam incluir processos transdiagnósticos mais integradores e abrangentes que se sabe serem transversais a uma variedade de condições clínicas.

Palavras-Chave: Regulação Emocional; Sistema tripartido de regulação de afecto; Psicopatologia; Perturbação *borderline* da personalidade; Modelos transdiagnósticos.

ABSTRACT

In the last years, there has been a growing interest regarding the study of emotion regulation due to its relevance in understanding the nature and treatment of psychopathology. In this context, the conceptualization of emotion regulation, as an important transdiagnostic factor, has been collected consensus among theorists, clinicians and researchers. Among various emotion regulation processes, rumination, acceptance/ experiential avoidance, *mindfulness*, self-compassion and emotional schemas have been gaining a remarkable role. Thus, several studies aims to better understand the nature of the relationship between each of these constructs and psychopathology. Thus, the present research project was structured in the context of this diversity of constructs /emotion regulation processes.

OBJECTIVES

The ten empirical studies that comprise the present dissertation were designed to contribute for a better understanding of emotion regulation processes, particularly their role as protective factors or, on the contrary, as risk factors to the development and maintenance of psychopathology. The main goals of the **Studies I and II** were adapt, validate and analyse the psychometric properties of the modified version of the *Leahy Emotional Schemas Scale* (LESS) and the *Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional* (QEVE), this last one is a new retrospective instrument specifically designed and developed in the current dissertation. The **Studies III and IV** were developed in light of the three Types of Affect Regulation Systems and aimed to contribute to a better understanding of the developmental origin of the protection and safety-seeking system (focused on threats and self-protection) and of the safeness and soothing system (focused on contentment and feeling safe). The **Studies V, VI and VII** were developed in order to analyse to what extent that experiential avoidance revealed to be a more robust predictor of psychopathology than other emotion regulation processes widely studied in the literature. The **Studies VIII, IX and X** aimed to: (i) investigate the role of experiential avoidance in the explanation of the overall severity of *borderline* personality disorder (BPD); (ii) explore in what extent the experiential avoidance is able to differentiate BPD patients with and without self-harm behaviours; (iii) examine in what extent the emotion regulation processes are better conceptualized as being specific of a certain clinical condition or as transdiagnostic factors by comparing three groups (BPD patients vs. patients with *social anxiety* disorder vs. non-clinical sample).

METHODS

Each of the studies that comprise this dissertation was conducted in a sub-sample of the general population ($N = 1244$, $n = 890$ are females and $n = 354$ are males) or in a sub-sample of the clinical population ($N = 315$ patients, $n = 253$ are females and $n = 62$ are males) or in a mixed population (i.e., including both clinical and non-clinical samples). Self-report questionnaires and semi-structured clinical interviews were used. All studies had a cross-sectional design.

RESULTS

Results from **Studies I and II** showed that both self-report questionnaires, LESS-modified version and QEVE, are useful and reliable assessment tools to measure emotional beliefs and early experiences of emotional validation and invalidation in the relationships with parental figures during childhood and adolescence, respectively. Results from **Study III** suggest the mediator role of the experiential avoidance in the relationship between shame and danger beliefs about emotions and depressive and anxiety symptoms. Results from **Study IV** indicated that the early experiences of emotional validation/ invalidation has a differential impact in external shame, danger beliefs about emotions, emotional validation beliefs and safeness positive affect, accordingly with studied samples (clinical vs. non-clinical). Results from **Studies V, VI and VII** demonstrated that the construct of experiential avoidance has a significant and independent predictive power in psychopathology's models, which goes beyond what is already explained by other self-regulation processes widely spread in the literature. In the **Study VIII**, results showed that the experiential avoidance is positively associated with a higher severity of the *borderline* features, negative affect, internal shame and emotional validation beliefs. A key finding in this study was the importance of internal shame in *borderline* personality disorder. Moreover, in **Study IX** internal shame is a strong predictor to the development of self-harm behaviours; however, the presence of emotional invalidation beliefs and lower levels of self-compassion tend to contribute to the maintenance of these behaviours. Lastly, the **Study X** revealed that internal shame, negative beliefs about emotions and experiential avoidance were found to be key-processes in it comes to discriminate between clinical and non-clinical groups.

CONCLUSIONS

To sum up, results obtained in the current dissertation point out the importance of the three Types of Affect Regulation Systems, as an integrative and interdependent perspective, in the understanding of psychopathology. The need for develop transdiagnostic approaches about emotion regulation, including more integrative and comprehensive processes that are known to underlie a variety of clinical conditions, is discussed.

Keywords: Emotion Regulation; Types of Affect Regulation Systems; Psychopathology; Borderline Personality Disorder; Transdiagnostic Approaches

Índice

PARTE I - Enquadramento Teórico	1
Capítulo 1 - Emoção, regulação emocional e psicopatologia: os processos de regulação do afecto como componentes críticos na compreensão das perturbações emocionais	1
Introdução	1
1. A desregulação emocional e a psicopatologia	2
1.1. Emoção: definição e componentes.....	3
1.2. Emoção, regulação emocional e modelos de regulação emocional	5
1.3. A emoção de vergonha: o seu contributo para a compreensão da psicopatologia.....	10
1.3.1. Uma abordagem evolucionária e biopsicossocial da vergonha enquanto emoção auto-consciente e multifacetada.....	10
1.3.2. A vergonha enquanto resposta defensiva à ameaça, ou experiência actual, de não se ser um agente social atractivo.....	13
1.3.3. A vergonha enquanto emoção predominante na psicopatologia	17
2. Os processos transdiagnósticos de regulação emocional: os factores de risco versus os factores protectores da psicopatologia.....	17
2.1. A ubiquidade da (des) regulação emocional na psicopatologia e nos tratamentos psicológicos.....	17
2.2. Os processos transdiagnósticos de regulação emocional.....	20
2.2.1. Ruminação	20
2.2.1.1. A ruminação no âmbito da Teoria dos Estilos de Resposta	20
2.2.1.2. A relação entre ruminação e depressão: quais as consequências do estilo de pensamento ruminativo?.....	21
2.2.1.3. Qual a função da ruminação?	22
2.2.1.4. Ruminação: constructo unidimensional ou multidimensional?.....	23
2.2.1.5. A ruminação como um processo transdiagnóstico na psicopatologia	25
2.2.2. Evitamento experiencial	26
2.2.2.1. O evitamento experiencial no âmbito da Terapia da Aceitação e do Compromisso (ACT)	26
2.2.2.2. Bases teóricas e filosóficas que fundamentam a ACT	30
2.2.2.3. O que traz de novo a ACT às abordagens já existentes?	33
2.2.2.4. Estudos da eficácia terapêutica da ACT nas perturbações clínicas	37
2.2.2.5. O evitamento experiencial como um processo transdiagnóstico na psicopatologia	37
2.2.3. Mindfulness.....	39
2.2.3.1. O Mindfulness no âmbito das Abordagens Clínicas Baseadas no Mindfulness.....	39
2.2.3.2. Estudos da eficácia terapêutica das Abordagens Clínicas Baseadas no Mindfulness (MBSR e MBCT) nas perturbações clínicas	42
2.2.3.3. Hipotéticos mecanismos de acção explicativos do efeito salutar do traço mindfulness e da prática de meditação mindfulness na saúde psicológica e bem-estar.....	44
2.2.3.4. O que trazem de novo as abordagens clínicas baseadas no mindfulness às já existentes?.....	47
2.2.4. Auto-compaixão.....	47
2.2.4.1. Auto-compaixão: definição e seus componentes.....	47
2.2.4.2. A auto-compaixão como protectora da psicopatologia ao fomentar uma regulação emocional adaptativa	52

2.2.4.3. As abordagens terapêuticas baseadas na auto-compaixão: o que trazem de novo aos modelos terapêuticos já existentes?.....	53
2.2.5. Uma abordagem “meta-experencial” da emoção: a Terapia dos Esquemas Emocionais	55
2.2.5.1. A importância dos esquemas emocionais nos modelos de psicopatologia: suporte empírico para o modelo dos esquemas emocionais	58
PARTE II - Estudos Empíricos	65
Capítulo 2 - Objectivos e Metodologia Geral da Tese	67
Introdução	67
1.1. Objectivos gerais e específicos	68
1.2. Etapas da investigação	73
1.3. Procedimentos gerais adoptados no recrutamento das amostras	74
1.3.1. Amostras não-clínicas	74
1.3.2. Amostras clínicas.....	75
1.4. Descrição geral das amostras.....	77
1.4.1. Descrição geral da amostra não-clínica	77
1.4.2. Descrição geral da amostra clínica.....	77
1.5. Instrumentos de medida	78
1.5.1. Entrevistas Clínicas de Diagnóstico	78
1.5.2. Questionários de Auto-Resposta	81
1.6. Tratamento Estatístico dos Dados.....	108
Capítulo 3 - Avaliação das crenças acerca das emoções e das experiências de (in) validação emocional ocorridas durante a infância e adolescência: estudos preliminares	111
Estudo I - Contributo para o estudo das características psicométricas de uma medida de avaliação das crenças acerca das emoções: o Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – versão modificada (LESS-M)	113
Introdução	113
1.1. Análise Factorial Exploratória	121
1.1.1. Participantes	121
1.1.2. Instrumentos	121
1.1.3. Procedimento	121
1.1.4. Estratégia analítica.....	122
1.1.5. Resultados	123
1.2. Análise Factorial Confirmatória.....	125
1.2.1. Participantes	125
1.2.2. Instrumentos	127
1.2.3. Procedimento	127
1.2.4. Estratégia analítica.....	128
1.2.5. Resultados	129
1.3. Validade convergente e divergente.	131
1.3.1. Participantes	131
1.3.2. Instrumentos	131
1.3.3. Estratégia Analítica	131
1.3.4. Resultados	132
1.4. A relação entre os Esquemas Emocionais e a Psicopatologia	137
1.4.1. Participantes	137
1.4.2. Estratégia Analítica	137
1.4.3. Estatística Descritiva e Resultados Preliminares	138
1.4.4. Resultados da análise multigrupos	139
1.4.5. Resultados da regressão linear múltipla multivariada	139

1.5. A utilização do LESS-M na discriminação entre amostras clínicas e não-clínicas	140
1.5.1. Participantes	141
1.5.2. Estratégia Analítica	141
1.5.3. Resultados	141
Discussão Geral	142
Estudo II - Contributo para o estudo das características psicométricas de uma medida de experiências de validação e de invalidação na infância e adolescência: o Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional na Família	147
Introdução	147
2.1. Análise Factorial Exploratória	152
2.1.1. Participantes	152
2.1.2. Instrumentos	153
2.1.3. Procedimento	153
2.1.4. Estratégia Analítica	153
2.1.5. Resultados	154
2.2. Análise Factorial Confirmatória.....	156
2.2.1. Participantes	156
2.2.2. Instrumentos	158
2.2.3. Procedimento	158
2.2.4. Estratégia Analítica	159
2.2.5. Resultados	160
2.3. Validade Convergente e Divergente	166
2.3.1. Participantes	166
2.3.2. Instrumentos	167
2.3.3. Procedimento	168
2.3.4. Estratégia analítica.....	168
2.3.5. Resultados	168
2.4. Discussão Geral	
Capítulo 4 - O impacto das experiências precoces de ameaça versus de segurança na vulnerabilidade para a psicopatologia: o papel (mediador?) dos outputs dos sistemas de regulação do afecto.....	177
Introdução	178
Estudo III - O contributo das experiências precoces de vergonha e da percepção de submissão durante a infância e adolescência para a psicopatologia: o papel do sistema de defesa-ameaça	191
3.1. Objectivos	191
3.2. Metodologia	195
3.3. Resultados.....	198
3.4. Discussão.....	203
Estudo IV - O contributo diferencial das experiências desenvolvimentais (adversas versus protectoras) na formação dos diferentes sistemas de regulação do afecto e sua relação com a psicopatologia	215
4.1. Objectivos	215
4.2. Metodologia.....	218
4.3. Resultados.....	225
4.4. Discussão.....	235
Limitações Gerais e Futuras Direcções	245
Implicações clínicas.....	249
Capítulo 5 - O evitamento experiencial enquanto constructo dimensional, funcional e transdiagnóstico da psicopatologia: Poderá o evitamento experiencial ser conceptualizado como uma função reguladora da emoção?	253

Introdução	255
Objectivos Gerais.....	261
Estudo V - Poderá o estilo de resposta ruminativo ser um dos exemplos prototípicos do evitamento experiencial?	267
5.1. Objectivos.....	267
5.2. Metodologia	272
5.3. Resultados	274
5.4. Discussão.....	280
Estudo VI - O constructo de evitamento experiencial: qual a sua utilidade para os modelos explicativos da psicopatologia em comparação com outros constructos 'desadaptativos' existentes?	287
6.1. Objectivos.....	287
6.2. Metodologia	297
6.3. Resultados	301
6.4. Discussão.....	309
Estudo VII - O constructo de evitamento experiencial: qual a sua utilidade para os modelos explicativos da psicopatologia em comparação com outros constructos 'adaptativos' existentes?	321
7.1. Objectivos.....	321
7.2. Metodologia	329
7.3. Resultados	333
7.4. Discussão.....	338
Limitações e Futuras Direcções.....	347
Capítulo 6 - O papel da vergonha e dos processos de regulação emocional na Perturbação Estado-Limite de Personalidade	351
Introdução	352
Estudo VIII - Qual o papel da vergonha interna e do evitamento experiencial nos sintomas borderline?	369
8.1. Objectivos	369
8.2. Metodologia.....	371
8.3. Resultados.....	373
8.4. Discussão.....	380
8.5. Limitações e Futuras Direcções.....	388
8.6. Implicações Clínicas	390
Estudo IX - Estudo dos preditores do auto-dano na Perturbação Borderline de Personalidade	393
9.1. Objectivos	393
9.2. Metodologia.....	396
9.3. Resultados.....	403
9.4. Discussão.....	411
9.5. Limitações e Futuras Direcções.....	420
9.6. Implicações Clínicas	422
Estudo X - Uma abordagem transdiagnóstica da vergonha e dos processos de regulação emocional	425
10.1. Objectivos	425
10.2. Metodologia.....	427
10.3. Comparação dos três grupos em relação aos processos psicológicos em análise.....	431
10.3.1. Estratégia Analítica	431
10.3.2. Resultados	433
10.4. Importância das variáveis dependentes na diferenciação dos três grupos em análise.....	437

10.4.1. Estratégia Analítica	437
10.4.2. Resultados	438
10.5. Discussão.....	440
Capítulo 7 - Conclusões finais	443
Referências Bibliográficas.....	455

Preâmbulo

A regulação emocional pode ser conceptualizada como um importante factor transdiagnóstico que está associado a um conjunto de condições psicopatológicas (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010, 2011, 2012b; Aldao et al., 2010; Kring & Sloan, 2010) e que compreende sob a sua alçada uma variedade de estratégias/ processos de regulação emocional que podem ser hipotetizados como sendo factores protectores ou de risco para a psicopatologia (Aldao et al., 2010). De entre estes processos encontramos a ruminação, a aceitação/ evitamento experiencial, o *mindfulness*, a auto-compaixão e os esquemas emocionais, todos eles considerados factores importantes para a compreensão de uma diversidade de quadros clínicos (e.g., Nolen-Hoeksema, 1991; Wells & Mathew, 1994; Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013; Hayes, Luoma et al., 2006; Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Bishop et al., 2004; Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2003; Gilbert, 2005a; Roemer & Orsillo, 2003; Neff, 2003a; Leahy, 2002a, Leahy, 2007a, 2007b). De facto, a presumida relevância destes processos no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia conduziu ao desenvolvimento de modelos teóricos e de protocolos clínicos/programas de intervenção psicoterapêutica que têm como constructos centrais a ruminação (e.g., Teoria dos Estilos de Resposta/ *Response Styles Theory*; Nolen-Hoeksema, 1987, 1991, 2004), a aceitação/ evitamento experiencial (e.g., Terapia da Aceitação e do Compromisso/ *Acceptance and Commitment Therapy*; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), o *mindfulness* (e.g., Programa de Redução do Stress Baseado no Mindfulness/ *Mindfulness-based Stress Reduction Programme*; Kabat-Zinn, 1982; 1990; 1994; Terapia Cognitiva Baseada no Mindfulness/ *Mindfulness-based Cognitive Therapy*; Segal, Williams, & Teasdale, 2002), a auto-compaixão (e.g., Terapia Focada na Compaixão/ *Compassion Focused Therapy*; Gilbert, 2005a, 2009c) e os esquemas emocionais (e.g., Terapia dos Esquemas Emocionais/ *Emotional Schemas Therapy*; Leahy, 2011; Leahy, Tirsch & Napolitano, 2011). É no contexto, desta diversidade de constructos/ processos de regulação emocional, que o presente projecto de investigação foi estruturado. Em particular, a presente dissertação divide-se em duas partes:

A **parte I** é composta pelo **capítulo 1**, no qual se concentra o enquadramento teórico que serviu de fundamentação teórica à presente dissertação. Em concreto, é apresentada uma revisão da literatura acerca dos constructos mais relevantes que serviram de base às hipóteses colocadas e sobre os quais foram desenvolvidos os estudos apresentados na parte empírica deste projecto de investigação.

A **parte II**, é composta pelos capítulos (2-6) que contêm os estudos empíricos conduzidos no âmbito da presente tese de doutoramento. No **capítulo 2** são apresentados os objectivos, gerais e específicos, que serviram de linha orientadora aos estudos realizados assim como as etapas pelas quais passou este projecto de investigação. É igualmente apresentada a metodologia geral, nomeadamente, os procedimentos gerais implementados na recolha das amostras não-clínicas e na amostra clínica, a descrição das entrevistas diagnósticas (aplicadas à amostra clínica) e os questionários de auto-resposta que compuseram os diferentes protocolos de investigação. Por último, referem-se os programas estatísticos utilizados para a análise dos dados empíricos recolhidos. Nos quatro capítulos seguintes (**capítulos 3, 4, 5, e 6**) são apresentados os dez estudos realizados no âmbito da presente dissertação de doutoramento. Apesar de interligados, cada capítulo pretende responder a um conjunto distinto de questões relevantes, e como tal, cada um foi organizado de forma a tornar mais organizada a estrutura da tese, bem como mais clara a natureza e finalidade de cada estudo. Assim, cada capítulo compreende: 1) uma *introdução* onde se explana o enquadramento teórico dos constructos em análise, se apresentam os objectivos/ hipóteses de cada um dos estudos que o integram, se revê o que investigações prévias têm vindo a demonstrar neste âmbito e em que medida cada um dos estudos poderá contribuir para as questões que ainda se encontram por esclarecer e que carecem de investigação; 2) uma secção de *metodologia* a qual inclui a descrição das amostras, dos procedimentos de recolha de dados implementados, dos instrumentos de auto-reposta que compuseram os protocolos

de investigação (mais as entrevistas de diagnóstico no caso particular dos estudos clínicos) e dos testes estatísticos aplicados para análise dos dados recolhidos; 3) a apresentação dos *resultados*, e respectiva discussão de acordo com a revisão da literatura efectuada e, por fim; 4) as *limitações* dos estudos conduzidos, as possíveis *direcções para estudos futuros* e as *implicações clínicas dos resultados obtidos*. Apesar de em todos os capítulos serem apresentadas as citações correspondentes às fontes bibliográficas consultadas, de modo a evitar repetições nas listas de referências, optou-se por apresentar uma lista completa, que contém todas as referências bibliográficas que foram utilizadas, somente na secção final que encerra a presente dissertação.

No **capítulo 3** são apresentados os resultados dos estudos conduzidos para avaliar as características psicométricas de dois instrumentos de medida que foram desenvolvidos, especificamente, para a presente dissertação. Assim, no **estudo I**, descreve-se o processo que envolveu a modificação, a remoção e o aditamento de itens ao Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy (*Leahy Emotional Schemas Scale* - LESS; Leahy, 2002a, 2003a), instrumento de auto-resposta, que foi desenvolvido para avaliar o constructo de esquemas emocionais. Já no **estudo II** descreve-se o processo relativo ao desenvolvimento de um novo instrumento de auto-resposta, o *Questionário de Experiências de (In)Validação Emocional na Família* (QEVE; Dinis & Pinto-Gouveia, 2011), que pretende avaliar, retrospectivamente, a frequência com que ocorreram experiências validação e/ ou invalidação emocional na relação com as figuras parentais durante a infância e a adolescência, dado que na literatura, não existia até ao momento nenhum instrumento de medida que permitisse avaliar a ocorrência destas experiências que se supõem serem cruciais para o desenvolvimento dos sistemas de regulação do afecto.

No **capítulo 4** explora-se a origem desenvolvimental dos *sistemas de regulação do afecto*, conceptualizando-os como uma produto da história evolucionária, ou seja, como resultado da interacção entre os genes, a aprendizagem e a ecologia específica que serve de contexto a esta interacção. Assim, adoptando-se uma perspectiva integradora e abrangente, e tendo por base o modelo biopsicossocial, procurou-se integrar os recentes avanços ocorridos na área das neurociências, e os postulados dos modelos de vinculação, num modelo conceptual explicativo da psicopatologia. Em concreto, o capítulo 4 integra dois estudos, sendo que o primeiro foi conduzido numa amostra não-clínica (**estudo III**) e o segundo foi conduzido numa amostra não-clínica e numa amostra clínica (**estudo IV**). De um modo geral, e no seu conjunto, estes estudos foram estruturados com o intuito de investigar em que medida é que as memórias emocionais relativas à vivência de experiências precoces positivas (e.g., cuidado, calor, acalmia e validação emocional) e/ ou negativas (e.g., frieza emocional, controlo emocional, vergonha, criticismo, indiferença, rejeição, subordinação e invalidação emocional) ocorridas na relação com as figuras parentais, durante os primeiros anos de vida, se associam a diferentes *outputs* que se pressupõem resultarem da activação de diferentes sistemas de regulação do afecto (e em particular, do sistema de contentamento, tranquilização e segurança *versus* do sistema defesa e protecção contra as ameaças) e de que modo é que por intermédio destes *outputs* (e.g., afecto positivo de segurança *versus* emoção de vergonha; crenças negativas acerca das emoções *versus* crenças de validação emocional), essas experiências emocionais precoces contribuem diferencialmente para diferentes graus de evitamento experiencial e para uma maior ou menor vulnerabilidade para a sintomatologia depressiva e ansiosa.

No **capítulo 5** são apresentados três estudos conduzidos em amostras clínicas que se propõem a analisar as eventuais relações existentes entre diferentes processos de regulação emocional que têm vindo a ganhar um lugar de destaque nos modelos teóricos e nos protocolos psicoterapêuticos no âmbito da psicopatologia. Em particular, os **estudos V, VI e VII**, propõem-se a analisar criticamente o constructo de evitamento experiencial, analisando qual o seu impacto na explicação dos sintomas depressivos, comparativamente, a outros processos amplamente difundidos e investigados no âmbito dos modelos

cognitivo-comportamentais mais tradicionais, como é o caso da ruminação, da supressão emocional, da dissociação, da reavaliação cognitiva e dos estilos de *coping*, mas também em relação a outros processos inseridos nos modelos mais experienciais que recentemente têm vindo a ganhar um lugar de destaque na literatura, como é o caso do *mindfulness* e dos esquemas emocionais. Em particular, explorou-se a hipótese do evitamento experiencial assumir-se como um constructo mais abrangente, integrador, inclusivo e transversal, que abarca uma função comum a diversos processos de regulação emocional _ a de controlo, escape e evitamento dos eventos privados aversivos e indesejáveis. No caso dos **estudos V e VI** foi ainda investigada a possibilidade de não ser tanto a conceptualização que o doente tem em relação às emoções que experiencia (i.e., o conteúdo/ frequência das avaliações negativas acerca dos seus estados emocionais), mas sobretudo o facto do indivíduo se deixar enredar nesse conteúdo cognitivo e acreditar que o mesmo é legítimo, verdadeiro e verosímil, passando a actuar em conformidade com o mesmo, que contribui para a presença de níveis mais elevados de depressão.

Tendo como ponto de partida os resultados obtidos nos estudos V, VI e VII, no **capítulo 6** que integra os **estudos VIII e IX** procurou-se testar um modelo explicativo dos sintomas clínicos mais perturbadores da perturbação borderline de personalidade (comportamentos de auto-dano sem ideação suicida, perturbação da identidade/ auto-imagem e medo intenso do abandono), numa amostra clínica de doentes cujo diagnóstico principal era precisamente este. A escolha deste quadro psicopatológico deve-se ao facto de esta ser por excelência, uma das perturbações clínicas nas quais a desregulação emocional, se assume como sendo uma característica definidora e distintiva. Adicionalmente pretendeu-se testar um modelo explicativo dos comportamentos de auto-dano sem ideação suicida, nomeadamente, investigar quais os factores, de entre diferentes constructos em análise (i.e., evitamento experiencial, impulsividade, afecto negativo, emoções negativas de raiva e de vergonha, dissociação, ruminação, crenças negativas acerca das emoções, *mindfulness*, auto-compaixão, afecto positivo e crenças de validação emocional), conseguiram discriminar os doentes com patologia borderline que apresentavam comportamentos de auto-dano sem ideação suicida daqueles que não apresentavam este critério de diagnóstico. Partindo dos resultados obtidos, foram testados, num segundo momento, alguns dos possíveis factores de risco e de manutenção para os comportamentos de auto-dano sem ideação suicida. O último estudo que integra a presente dissertação, o **estudo X**, foi edificado a partir dos resultados obtidos nos estudos previamente conduzidos e fundamentado na ideia de que faz sentido adoptar uma abordagem transdiagnóstica na compreensão da psicopatologia, e de que neste âmbito, é premente o desenvolvimento de investigações que esclareçam e permitam diferenciar entre os processos de regulação emocional disfuncionais que são característicos de um distúrbio mental em particular daqueles que constituem processos comuns a diferentes quadros clínicos (Aldao, 2013; Aldao & Dixon-Gordon, 2014; Aldao & Nolen-Hoekseman, 2012b; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004; Kring & Sloan, 2010). Como tal no estudo X, procurou-se averiguar em que medida é que três grupos, estruturalmente diferentes mas mutuamente exclusivos, (constituídos respectivamente por indivíduos aos quais não foi atribuído um diagnóstico clínico, por indivíduos aos quais foi atribuído o diagnóstico de fobia social generalizada e por indivíduos que receberam o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade) se distinguem ou não em relação a diferentes processos associados à regulação das emoções_ tais como, a vergonha externa, a vergonha interna, o evitamento experiencial, a dissociação, as crenças negativas acerca das emoções, a auto-compaixão, o *mindfulness* e as crenças de validação emocional_ nomeadamente averiguar quais destes processos são transdiagnósticos, ou pelo contrário, específicos de um dos grupos em particular.

No **capítulo 7** é apresentada a súmula das conclusões gerais obtidas, explicadas as principais implicações teóricas e contributos para a clínica, ao mesmo tempo que se vão apontando algumas das limitações metodológicas a ter em consideração na interpretação dos resultados e apontadas possíveis direcções para estudos futuros.

De referir ainda que em apêndice à dissertação, faculta-se uma **adenda** que compreende três secções. Na **adenda A** são apresentados cinco artigos publicados em revistas científicas nacionais (**adendas A.1 – A.5**) e internacionais com revisão por pares (**adenda A.6**)² que correspondem a cinco estudos preliminares de tradução, adaptação, e análise das características psicométricas de alguns dos questionários de auto-resposta que foram utilizados durante a prossecução deste projecto de investigação mas que, por uma questão de dimensão da tese se optou pela sua inclusão apenas em Adenda. Já na **adenda B**, é apresentada uma cópia exemplificativa dos requerimentos de autorização enviados quer às direcções de instituições, organismos e empresas (**adenda B.1**) quer às comissões de ética hospitalares (**adenda B.2**) a solicitar a recolha de dados e um exemplo dos formulários de consentimento informado para amostras não-clínicas (**adenda B.3**) e para a amostra clínica (**adenda B.4**). A última secção, a **adenda C**³, é composta pelos questionários de auto-resposta utilizados nos estudos empíricos que compreendem a presente investigação (**adenda C.1**) e apresentada a capa e a grelha de cotação das entrevistas clínicas estruturadas aplicadas à totalidade da amostra clínica de modo a avaliar e confirmar o diagnóstico clínico de cada participante (SCID-I, SCID-II, BPDSI-IV)⁴ e a secção da ADIS-IV⁵ que se refere à avaliação diagnóstica da Fobia Social e que somente foi aplicada aos participantes da amostra clínica que preenchiam critérios para este diagnóstico em particular (**adenda C.2**).

² Os restantes artigos que foram publicados, submetidos ou que se encontram em fase de preparação e que são resultantes de estudos conduzidos ou no âmbito da presente dissertação ou que foram efectuados em colaboração com outros investigadores em áreas/ temáticas afins às que são apresentadas neste projecto de investigação são apenas mencionados no *curriculum vitae* do autor da presente dissertação.

³ A descrição das entrevistas clínicas estruturadas de diagnóstico que foram utilizadas na presente investigação, bem como as justificações que fundamentaram a sua aplicação, são fornecidas no Capítulo 2 (secção 1.5.1.).

⁴ As siglas mencionadas correspondem à passagem das seguintes entrevistas clínicas de diagnóstico: SCID- I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*/ Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações do Eixo I do DSM-IV), SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*/ Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV), BPDSI-IV (*Borderline Personality Disorder-Severity Index*/ Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação do Índice de Severidade da Perturbação Borderline da Personalidade). As citações bibliográficas, das versões originais e da adaptação para a língua portuguesa, são apresentadas no Capítulo 2 (secção 1.5.1..).

⁵ A ADIS-IV é sigla identificativa da *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Ansiedade do DSM-IV). As citações bibliográficas, das versões originais e da adaptação para a língua portuguesa, são apresentadas no Capítulo 2 (secção 1.5.1..).

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1

Emoção, regulação emocional e psicopatologia: os processos de regulação do afecto como componentes críticos na compreensão das perturbações emocionais

[w]e all know from personal experience that what we deeply aspire to gain is happiness and what we try to avoid is suffering. Yet our actions and our behaviour only lead to more suffering and not to the lasting joy and happiness that we seek.

(The Dalai Lama, 1997 como citado em Fletcher & Hayes, 2005, p.326)

Introdução

O enquadramento teórico, que serviu de linha estruturante e organizadora, a partir da qual foram desenvolvidos os estudos empíricos que compõem o presente projecto de investigação organizou-se em torno de dois temas centrais:

1. O primeiro, designado por '**A desregulação emocional e a psicopatologia**', incluiu o *estado de arte* em torno do constructo da regulação emocional e apresentou os temas mais controversos que estão, actualmente, em debate no seio da comunidade científica. Neste âmbito foram apresentadas as definições mais amplamente difundidas dos constructos de *emoção* e de *regulação emocional*, e debatidas, as implicações que advêm do facto de não existir consenso quanto à sua conceptualização. De facto, verificou-se que o modo como estes constructos são definidos tem claras implicações naquela que se hipotetiza ser a relação entre ambos (*i.e.*, se são independentes, indissociáveis ou sobreponíveis entre si?) e no desenvolvimento dos modelos explicativos de regulação emocional e das próprias investigações realizadas, que variam de acordo com as conceptualizações adoptadas. Ainda neste domínio, foi explorado o papel da vergonha, como emoção social e auto-consciente, predominante em diversos distúrbios psicológicos e fulcral na compreensão da regulação emocional e da psicopatologia.

2. O segundo tema, denominado por '**Os processos transdiagnósticos de regulação emocional: factores de risco versus factores protectores da psicopatologia**' foi analisado segundo a recente da *perspectiva transdiagnóstica* da regulação emocional, em detrimento, da *perspectiva centrada nos quadros psicopatológicos* que, nestas últimas décadas, tem sido o paradigma compreensivo dominante. Foi precisamente a partir da perspectiva transdiagnóstica, que a presente dissertação se edificou, assumindo-se este como ponto de partida para o desenvolvimento dos estudos empíricos que compõem esta dissertação. A adopção desta perspectiva de análise conduziu a que no enquadramento não fosse dada especial relevância, e a que fosse feita apenas uma referência sumária, às perturbações mentais que se caracterizam pela presença de sintomas emocionais. No mesmo sentido, fez-se apenas uma breve descrição dos estudos que têm vindo a demonstrar a existência de uma associação entre os défices e/ ou as dificuldades na regulação das emoções e os diversos quadros clínicos, e optou-se por não descrever modelos de regulação emocional específicos para determinados quadros clínicos. Ao invés, procurou-se examinar mais detalhadamente a relação entre a (des) regulação emocional e a psicopatologia através de um conjunto de processos de regulação emocional que a investigação tem vindo a demonstrar serem transversais, isto é, transdiagnósticos a diferentes quadros psicopatológicos. De entre os vários processos cognitivos e emocionais de regulação emocional _supressão expressiva, reavaliação cognitiva, ruminação, dissociação, estilos de *coping*⁶, *mindfulness*⁷, evitamento experiencial e auto-compaixão_ cujo contributo para a psicopatologia é investigado nos diferentes estudos empíricos que integram este projecto de investigação, optou-se por no enquadramento teórico, apenas descrever os constructos que mais se coadunam aos objectivos delineados (os restantes são apresentados em consonância com as introduções teóricas que antecedem cada um dos estudos empíricos) e sobre os quais versou a quase totalidade dos estudos que foram realizados. Como tal, o enquadramento teórico incide sobre os constructos de ruminação, evitamento experiencial, *mindfulness* e auto-compaixão, analisando-os, separadamente, sob a perspectiva da regulação emocional. Ainda no âmbito deste tema será, por último, explorado o constructo de esquema emocional, e em particular, o seu contributo enquanto componente cognitivo na compreensão da regulação emocional e da psicopatologia.

1. A desregulação emocional e a psicopatologia

Nos últimos anos, assistiu-se à crescente publicação de livros, capítulos de livros e artigos científicos sob o tema da regulação emocional (e.g., Cole, Martin, Dennis, 2004) e, em particular, sobre o seu papel no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (e.g., uma revisão sobre este tema foi apresentada por Bradley, 2000; Jazaieri, Urry, & Gross, 2013; Kring & Sloan, 2010 e Werner & Gross, 2010, entre outros). De facto, a ubiquidade da regulação emocional, e o seu importante papel na saúde mental (e.g., Gross & Muñoz, 1995), na saúde física (e.g., Sapolsky, 2007) e no funcionamento social (e.g., Eisenberg, Hofer, & Vaughan, 2007) torna esta área especialmente interessante para teóricos, clínicos e investigadores.

A revisão da literatura sobre este tema permitiu-nos constatar que os défices e/ ou dificuldades na regulação das emoções estão associados não só à presença de problemas comportamentais e emocionais, como se encontram subjacentes a uma diversidade de condições psicopatológicas, quer durante a infância (e.g., Bradley, 2000; Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995; Eisenberg, Cumberland, et al., 2001; Eisenberg, Guthrie, et al., 1997; Southam-Gerow, & Kendall, 2002), quer na adolescência (e.g.,

⁶ Ao longo da presente dissertação optou-se por manter o termo *coping* na língua original por se considerar não existir numa expressão na língua portuguesa que consiga fazer uma tradução precisa do conteúdo conceptual do constructo.

⁷ Ao longo da presente dissertação optou-se por manter a palavra *mindfulness* na língua original inglesa por não existir uma tradução para a língua portuguesa apropriada e fidedigna, que abarque todo o significado inerente a este constructo (eventualmente, em sentido lato este constructo pudesse ser traduzido para a língua portuguesa por "atenção plena" ou "consciência plena") e porque é na sua designação original que o termo *mindfulness* se encontra amplamente difundido na literatura científica internacional publicada em diferentes línguas.

Garnefski, Kraaij, & van Etten, 2005; Neumann, van Lier, Gratz, & Koot, 2010; Silk, Steinberg, & Morris, 2003; Silvers, McRae, Gabrieli, Gross, Remy, & Ochsner, 2012) quer na idade adulta (e.g., Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012a; Aldao, Nolen-Hoeksema, Schweizer, 2010; Gross & Thompson 2007; Kring & Werner, 2004; Kring & Sloan, 2010). A este respeito, alguns estudos têm encontrado mesmo evidências empíricas para o uso diferencial das estratégias de regulação emocional de acordo com a idade (Blanchard-Fields, Mienaltowski, & Baldi, 2007; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Shiota & Levenson, 2009).

No âmbito da regulação emocional temos, igualmente, assistido a importantes avanços na área das neurociências, o que tem permitido um aumento exponencial no conhecimento que se possui sobre as bases neuronais da emoção e da regulação emocional. Em particular, estes estudos têm procurado identificar as estruturas neuro-anatómicas e os mecanismos biológicos subjacentes às emoções e à regulação das emoções em diferentes faixas etárias, nomeadamente, na infância e na adolescência (e.g., Davidson & Fox, 1982; Fox, 1994; LeDoux, 1993) e na idade adulta (e.g., Goldin, McRae, Ramel, & Gross, 2008; McRae et al., 2012; Ochsner & Gross, 2008). De entre as diversas investigações algumas forneceram fortes evidências de que a amígdala estará associada à detecção precoce de estímulos emocionalmente activadores, como os estímulos de ameaça (e.g., Phillips, Drevets, Rauch, & Lane, 2003b; Schiller & Delgado, 2010) e de que é nela que se situam os circuitos neuronais do medo (e.g., Phan, Wager, Taylor, & Liberzon, 2002). Outras investigações apontam igualmente para o importante papel que o hipocampo, a ínsula, o córtex cingulado anterior, e as regiões dorso-lateral e ventral do córtex pré-frontal poderão ter no processamento/ emissão da resposta emocional e nos processos implícitos e explícitos envolvidos na regulação emocional (e.g., revisões desses estudos foram apresentadas por Davidson, 2000; Davidson et al. 2000a, 2000b; LeDoux, 2000; Ochsner, & Gross, 2008). Um resultado interessante que tem vindo a ser destacado por alguns estudos é a possibilidade de ocorrer uma activação diferencial das regiões cerebrais para cada emoção em particular (e.g., Phan, Wager, Taylor, & Liberzon, 2004).

1.1. Emoção: definição e componentes

Apesar de proliferarem na literatura diversas definições, é possível constatar que, de um modo geral, diversos teóricos e investigadores, concordam com a ideia de que a emoção tem início com a avaliação⁸ do significado pessoal de um evento activador, ou seja, com pistas emocionais externas e/ ou internas que, quando atendidas e avaliadas como relevantes em termos emocionais, desencadeiam um conjunto coordenado e multifacetado de respostas (a experiência subjectiva, o comportamento e a fisiologia central e periférica; e.g., Lazarus, 1991, Larsen & Prizmic-Larsen, 2006; Levenson, 1994, Gross, 1998a, 2007; Werner & Gross, 2010). Como tal, a emoção visa sempre a adaptação do indivíduo aos desafios e oportunidades colocados, ou pela evolução, ou pela cultura, de acordo com a abordagem adoptada. Uma das definições mais consensuais em torno do constructo de emoção foi apresentada por Keltner e Gross (1999) que a definem como consistindo nos “padrões de base biológica, episódicos e de curta duração, de percepção, experiência, fisiologia, acção e comunicação, que ocorrem em resposta a desafios físicos e sociais e a oportunidades específicas” (p. 468). Todavia, é a modelação das tendências de resposta que confere a forma final com que as respostas emocionais são expressas (Gross, 1998a), com estudo recentes a mostrar que, por esse motivo, os diferentes componentes da resposta emocional nem sempre são concordantes entre si (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm, & Gross, 2005). É importante neste âmbito ressaltar que os objectivos do indivíduo, através dos quais ele vai avaliar e determinar a relevância da situação, podem ser duradouros ou transitórios, centrais ao seu sentido do

⁸ De ressaltar que o indivíduo poderá não ter consciência da atenção que está a prestar ao evento potencialmente desencadeador e à avaliação que se lhe segue (Werner & Gross, 2010).

eu ou periféricos, conscientes e complicados ou inconscientes e simples, amplamente partilhados e compreendidos ou altamente idiossincráticos (Gross & Thompson, 2007). Assim sendo, as emoções geradas, motivam e guiam o comportamento ao consistirem numa resposta integral e coordenada (de todo o sistema corporal) que é capaz de modificar com rapidez a reacção comportamental por forma otimizar o alcance de objectivos valorizados pelo indivíduo (Gross, 1999).

Embora exista um consenso mais ou menos alargado, no que concerne ao processo gerador da emoção, existem alguns pontos acerca dos quais ainda existe controvérsia.

Um dos tópicos que gera controvérsia entre teóricos e investigadores é sobre qual o papel a atribuir à avaliação durante o processo gerador da emoção. Dado que uma apresentação exaustiva das posições discordantes sobre este tema não se cuadrona aos objectivos da presente dissertação (uma revisão das diferentes abordagens quanto ao papel dos processos de avaliação no processo gerador de emoção foi apresentada por Oatley et al., 2006 e por Barrett, Ochsner, & Gross, 2007), em seguida, serão apenas apresentadas, as ideias gerais sobre as quais existe um maior entendimento. De facto reúne algum consenso a ideia de que, no processo gerador da emoção, os indivíduos tendem, num primeiro momento, a avaliar o estímulo como 'bom' ou como 'mau' (e.g., Ellsworth & Smith, 1988; LeDoux, 1993; Lazarus, 1991) e de que, pelo menos em parte, essa avaliação envolve a noção de se tratar de um evento que interfere ou que facilita o alcance de objectivos do indivíduo (e.g., Fischer & Tangney, 1995). Ainda na sua maioria, os teóricos, concordam de que esta avaliação inicial tende a ser imediata, inconsciente e automática (e.g., LeDoux, 1993; Oatley & Johnson-Laird, 1987) e que, por isso ela motiva, de forma rápida, respostas ou de evitamento ou de aproximação ao estímulo consoante o resultado da avaliação efectuada (e.g., Oatley et al., 2006). Depois, existem ainda alguns teóricos que consideram a existência de um segundo nível de avaliação, mais deliberado, consciente, que envolve um maior esforço cognitivo e que habitualmente envolve a identificação das causas do evento, de como o indivíduo lhe deve responder e das possíveis consequências associadas a cada eventual acção (e.g., Lazarus, 1991; Oatley et al., 2006).

Outro tópico, acerca do qual existe menos consenso, é quanto à possibilidade de existir ou não um número limitado de emoções básicas (também frequentemente designadas por primárias, fundamentais e/ ou universais) e sobre quais as emoções que se devem ou não incluir nessa categoria (e.g., Damásio, 2000, 2003; Izard, 2009; Panksepp, 1998; Oatley & Johnson-Laird, 1987). As emoções de raiva, nojo, ansiedade, felicidade, surpresa e tristeza são frequentemente integradas no grupo das principais. Já no grupo das emoções secundárias, auto-conscientes ou sociais (Fisher & Tangney, 1995) que são relativamente recentes na história evolucionária (M. Lewis, 1995; Tangney, 1995) e, possivelmente, um produto evolutivo para lidar com as ameaças e oportunidades associadas às interacções sociais (Gilbert, 1998a) estão frequentemente incluídas (apesar de algumas diferenças) as emoções de vergonha, a culpa, o orgulho e o embaraço (e.g., Damásio, 2003; Tangney & Dearing, 2002; Tangney & Fisher, 1995; Gilbert, 1998a, 2002a).

De mencionar ainda, de que apesar de na literatura encontrarmos muitas vezes a utilização indistinta do constructo de emoção com outros que lhe estão intrinsecamente associados e cuja delimitação semântica é por vezes difícil de aplicar (e.g., afecto, sentimento, estado de ânimo e estado de humor), tratam-se de constructos distintos que devem ser abordados de forma diferenciada (uma explicação sobre as diferenças que podem ser atribuídas a estes constructos é apresentada por; Feldman Barrett, & Russell, 1999; Gross, 1999; Gross & Thompson, 2007; Koole, 2009; entre outros). Entre estes, um dos constructos, que mais posições díspares têm suscitado quanto ao modo como se poderá diferenciar do ponto de vista conceptual e metodológico do constructo de emoção é o de regulação emocional (e.g., Butler, 2011; Chambers, Gullone, & Allen, 2009; Cole et al., 2004; Campos, et al., 2004). É que neste âmbito, existem investigadores que consideram que teoricamente estes dois constructos não podem ser distinguidos, dado que as emoções são inerentemente reguladoras, na medida em que alteram a

experiência, a cognição, a fisiologia e o comportamento do eu e dos outros (e.g., Barrett, Barrett, & Campos, 1989; Haviland-Jones & Kahlbaugh, 2000). Contudo, as emoções podem ser, igualmente, reguladas, na medida em que existem diversos processos através dos quais é possível regular as emoções e como tal a regulação emocional pode ser conceptualizada como parte integrante da própria resposta emocional (e.g., Campos et al., 2004; Campos et al., 2011; Cole, Michel & Teti, 1994, Davidson, 2000; Thompson, 2011). Todavia, e apesar de estarem intrinsecamente associados, de possivelmente até co-ocorrerem e de poderem envolver a activação de áreas cerebrais semelhantes (Gross & Thompson, 2007), são vários os investigadores que consideram ser mais útil, pelo menos do ponto de vista conceptual e metodológico (quando se tem o propósito de investigá-los) considerar os processos de regulação das emoções como distintos dos processos geradores das emoções (e.g., Cole et al., 2004; Gross, 1998a, Gross & Thompson, 2007).

1.2. Emoção, regulação emocional e modelos de regulação emocional

Diversos teóricos e investigadores alertam para a existência de um número infindável de definições de regulação emocional, e para a enorme ambiguidade em torno da sua definição, o que conduz a que muitas das definições se refiram a diferentes fenómenos psicológicos e a que variados assuntos tenham nos últimos anos vindo a ser investigados 'sob' a sua alçada (e.g., para uma revisão dos autores que alerta para este facto ver Butler & Gross, 2004). Kring e Werner (2004) consideram mesmo que as definições de regulação emocional existentes na literatura diferem quanto ao "tipo de processos regulatórios que estão envolvidos, que tipo e que componente da emoção são regulados, se os processos regulatórios que estão envolvidos são internos ou externos (ou ambos), se os processos regulatórios são implícitos ou explícitos (ou ambos)" (p. 363). Neste seguimento, alguns teóricos e investigadores chegam a questionar a utilidade, e o estatuto da regulação das emoções, enquanto constructo científico (e.g., Cicchetti, Ackerman, & Izard, 1995, Gross, 1998b; uma revisão das implicações que resultam da inexistência de uma definição clara e precisa da regulação emocional foi apresentada por Cole et al., 2004).

Os esforços para regular as emoções podem ainda ocorrer sob diferentes níveis de consciência (Butler, 2011). De facto, alguns teóricos defendem a existência de processos regulatórios a operar de *forma inconsciente e automática* (e.g., Barrett et al., 2007; Gyurak, Gross, & Etkin, 2011; Koole & Rothermund, 2011) com alguns estudos a fornecerem suporte empírico a esta possibilidade (e.g., Mauss, Cook, & Gross, 2007; Mikulincer, Shaver, & Rom, 2011). Todavia, a maioria dos estudos conduzidos neste âmbito, à semelhança dos estudos que compõem a presente investigação, tem-se centrado no estudo dos processos que operam de forma explícita, ou seja, no estudo de estratégias específicas, que envolvem um esforço propositado e deliberado, *consciente e voluntário*, com vista a modelar os componentes da resposta emocional (e.g., Diamond & Aspinwall, 2003a, 2003b; Gross, Richards, & John, 2006). De referir, contudo, que alguns investigadores alertam para o facto de que é possível que a repetida activação de uma determinada estratégia de regulação emocional consciente possa, com o tempo, conduzir a que essa estratégia passe a ser empregue automaticamente e de forma não consciente (e.g., Chambers et al., 2009).

De entre as diferentes definições de regulação emocional, a mais amplamente conhecida e citada nas publicações científicas, descreve-a a partir da perspectiva da psicologia social como o conjunto de "processos através dos quais os indivíduos influenciam quais as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções" (Gross, 1998b, p. 275). Segundo o modelo processual da regulação emocional que Gross e colaboradores desenvolveram (e.g., Butler & Gross, 2004; Gross, 1998b, 2002, 2007; Gross & John, 2003; Gross & Levenson, 1997; Gyurak, et al., 2011; Ochsner & Gross, 2008) os processos de regulação das emoções visam modificar a intensidade (i.e., atenuar, manter e/ ou

umentar) a duração ou a qualidade de um ou dos múltiplos componentes da resposta emocional (e.g., fisiológico, experiencial, expressivo). Como tal, estes processos podem ser conscientes ou inconscientes, automáticos ou controlados, versar tanto as emoções negativas como as positivas, serem intrapessoais ou interpessoais, e actuarem quer antes quer somente após o processo gerador da emoção ter sido completamente activado (Butler & Gross, 2004; Gross, 1998b, 1999, 2001; Gross & Thompson, 2007). De facto, de acordo com esta conceptualização podemos dividir as estratégias ou processos regulatórios da emoção em duas amplas categorias de acordo com o momento em que, no desenrolar do processo gerador das emoções, elas têm o seu primeiro impacto⁹ (e.g., Gross, 1998a, Gross & Munõz, 1995; Gross & Thompson, 2007). As estratégias de *regulação emocional focadas nos antecedentes* são empregues cedo no processo gerador da emoção, e visam modificar os factores que desencadeiam a emoção antes de esta ser experienciada e, como tal, antes da tendência de resposta ser completamente activada. Incluem-se nesta categoria geral quatro famílias de estratégias: 1) selecção da situação, 2) modificação da situação, 3) posicionamento da atenção e a 4) modificação cognitiva. Já as estratégias de *regulação emocional focadas nas respostas* têm o seu impacto somente quando a emoção já está em curso, ou seja, após a tendência de resposta ter sido completamente activada, sendo que nesta categoria inclui-se a modelação da resposta emocional. A descrição de cada uma das cinco famílias de processos de regulação emocional encontra-se amplamente descrita em diversos artigos e manuais científicos (nomeadamente em Gross, 1998a, Gross & Thompson, 2007; Jazaieri et al., 2013; Werner & Gross, 2010). A maioria das investigações conduzidas no âmbito do modelo processual da regulação emocional centraram-se no estudo da *reavaliação cognitiva* (enquanto estratégia de modificação cognitiva, da categoria das estratégias focadas nos antecedentes), que envolve pensar acerca da situação de um modo que altera a resposta emocional, e da *supressão expressiva* (enquanto estratégia de modelação da resposta emocional, da categoria das estratégias focadas na resposta), que se refere à inibição da expressão externa da emoção. De um modo geral, os resultados sugerem que a reavaliação cognitiva (porque implementada antes ou durante da activação emocional), em comparação com a supressão expressiva, se revela como sendo mais eficaz na regulação do afecto (e.g., Gross, 1998a; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Richards & Gross, 2000)¹⁰. De acordo com este modelo processual a regulação emocional é desadaptativa quando não modifica a resposta emocional no sentido que seria desejado ou quando os benefícios a curto-prazo não compensam os custos a longo-prazo. Em particular, as dificuldades ou a ineficácia em regular as emoções, que se verificam com frequência em diferentes quadros psicopatológicos podem dever-se: a) à elevada intensidade da experiência emocional, b) quando as capacidades de regulação estão comprometidas ou nem sequer foram desenvolvidas, c) quando as estratégias estão intactas mas são implementadas de forma rígida, inflexível e insensível ao contexto, d) quando para alcançar o alívio imediato elas impossibilitam o indivíduo de alcançar objectivos valorizados a longo-prazo e/ ou e) quando devido à activação de crenças negativas e à sua não-aceitação os indivíduos procuram suprimir as suas emoções, o que cria uma resposta emocional secundária desadaptativa (Werner & Gross, 2010, p. 19-20).

Outras definições de regulação emocional destacam sobretudo a importância da natureza interpessoal/relacional da regulação emocional (e.g., Aldao, 2013; Campos et al., 2011). Por exemplo, Thompson (1994) define a regulação das emoções como sendo composta pelos “processos extrínsecos e intrínsecos responsáveis pela monitorização, avaliação, e modificação das reacções emocionais, especialmente das suas características de intensidade e temporais, de modo a alcançar os seus objectivos” (p. 27-28). É importante realçar que esta definição ao englobar os processos extrínsecos (i.e., as forças externas) está a dar um lugar de destaque ao papel dos outros e das relações sociais na regulação das emoções. De facto, ainda que escassos, já existem estudos a demonstrar o importante

⁹ No capítulo 5 serão descritas exaustivamente duas das estratégias que integram o modelo processual de Gross: a reavaliação cognitiva (que pertence à sub-categoria de modificação cognitiva) e a supressão expressiva (que pertence à sub-categoria de modelação da resposta emocional).

¹⁰ Estas duas estratégias de regulação emocional serão abordadas mais detalhadamente no capítulo 5.

papel da regulação emocional interpessoal na psicopatologia, como por exemplo, na depressão (Marroquín, 2011).

Já Leahy, Tirch e Napolitano (2011) enfatizam a ideia de que as estratégias de regulação emocional não são em si mesmas adaptativas ou mal-adaptativas, pois a sua adequabilidade depende do contexto/situação e dos objectivos/ propósitos valorizados pelo indivíduo que lhe permitem um funcionamento mais produtivo (ao invés da sua eficácia a curto-prazo na redução, ainda que temporária, da intensidade das experiências emocionais indesejadas). Segundo estes investigadores, a desregulação emocional, definida como a dificuldade ou a inabilidade em lidar com o processamento ou com a experiência emocional, pode manifestar-se através de uma *excessiva intensificação da emoção* (i.e., quando um qualquer aumento ocorrido na intensidade da emoção é experienciado como sendo intrusivo, avassalador, indesejado ou problemático) ou de uma *excessiva desactivação da emoção* (que envolve habitualmente alguma forma de evitamento da experiência emocional, como a ocorrência de experiências dissociativas, a sensação de ‘torpor’ emocional ou de cisão, em contextos em que até seria esperado alguma magnitude e intensidade da experiência emocional; Leahy et al., 2011). No mesmo sentido Aldao (2013) refere que “o objectivo da regulação emocional não é eliminar emoções ‘mal-adaptativas’ e substituí-las por outras ‘adaptativas’ mas antes influenciar as dinâmicas de cada emoção de modo a produzir respostas adaptativas ao ambiente” (p.155). Assim, como defendem Jazaieri, Urry e Gross (2013) enquanto a regulação emocional não é ‘boa’ nem ‘má’, a desregulação emocional é por definição um estado disfuncional, que surge quando apesar dos melhores esforços do indivíduo, as suas tentativas regulatórias não conseguiram alcançar os objectivos relativos à emoção, nem ele é capaz de fazer as correcções necessárias para que isso possa acontecer. De facto, são diversos os estudos que sugerem que algumas formas de regulação emocional, ao invés de aproximarem o indivíduo do estado emocional desejado lhe geram, paradoxalmente, o estado emocional que precisamente eles esperavam evitar (e.g., Wegner, 1994; Wegner, Erber, & Zanakos, 1993), ou seja, conduzem a um aumento da frequência, intensidade, severidade ou acessibilidade das experiências internas indesejáveis que o indivíduo estava a tentar controlar, suprimir ou evitar (Salters-Pedneault, Tull, & Roemer, 2004). Ainda a este respeito Cicchetti, Ackerman e Izard (1995) consideram importante esclarecer a diferença entre desregulação emocional, que envolve habitualmente a aplicação inapropriada ou mal-adaptativa de processos regulatórios da emoção, que estão no entanto presentes e que poderiam ser adequadamente usados, dos problemas na regulação emocional, que reflectem a ausência de, ou défices, nesses processos regulatórios.

Também recentemente, uma definição que tem vindo a ganhar destaque sobretudo no contexto clínico, é a de Gratz e colaboradores (Gratz & Roemer, 2004; Gratz & Gunderson, 2006; Gratz, Rosenthal, Tull, & Lejuez, 2006) que desenvolveram uma conceptualização multidimensional do constructo de desregulação emocional. Em concreto, estes investigadores, consideram que os défices, em uma ou mais das seguintes dimensões, são indicativos de dificuldades na regulação das emoções: a) na consciência, compreensão e aceitação das emoções, b) na capacidade para controlar comportamentos (incluindo a inibição de comportamentos impulsivos) e para modelar respostas afectivas (de forma a agir de acordo com os objectivos individuais valorizados) quando se vivenciam emoções negativas, c) no uso flexível de estratégias que visam modelar a duração e/ ou intensidade das respostas emocionais em detrimento da sua supressão, e d) na motivação para experienciar emoções negativas aceitando-as como parte do processo de prossecução dos objectivos desejados. É interessante verificar que, atendendo aos estudos que demonstram que as tentativas de controlo, evitamento e supressão dos eventos internos indesejados conduzem a efeitos paradoxais (e.g., Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Salters-Pedneault et al., 2004; Wegner, 1994), esta conceptualização não assenta nas tentativas de redução e controlo das emoções negativas (e.g., Zeman & Garber, 1996), mas antes coloca a tónica na funcionalidade das emoções (positivas e negativas) e na importância da sua aceitação. Dito de outro modo, esta conceptualização, assenta a definição de regulação emocional na capacidade de controlar os

comportamentos (inibição dos comportamentos impulsivos e na implementação de comportamentos dirigidos para objectivos valorizados) enquanto, simultaneamente, se toleram e experienciam estados emocionais indesejados e aversivos (Gratz, 2007, Gratz & Tull, 2010). No mesmo sentido Hayes (1999) defende que os indivíduos somente têm controlo sobre o que fazer em relação às suas experiências emocionais na medida em que apenas poderão exercer um controlo muito limitado sobre a frequência, duração e/ ou intensidade das mesmas.

Não obstante a existência de vários factores que influenciam se uma dada estratégia é ou não adaptativa, numa situação em particular, é frequente, na literatura, encontrarmos algumas estratégias referenciadas como sendo, de um modo geral adaptativas (e.g., reavaliação cognitiva, aceitação, procura de suporte social, resolução de problemas) e outras, pelo contrário, como sendo mal-adaptativas (e.g., evitamento, supressão, ruminação, preocupação, auto-criticismo; e.g., Aldao et al., 2010; Gross & Thompson, 2007; John & Gross, 2004; Kring & Sloan, 2010; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011), sendo que esta categorização funcional é feita, sobretudo, de acordo com os efeitos imediatos que cada uma destas estratégias específicas tem no afecto, no comportamento, na cognição e na associação habitual que tendem a apresentar com variáveis psicopatológicas (e.g., Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012b). De facto, as estratégias de regulação emocional supostamente adaptativas tendem a apresentar associações negativas com a psicopatologia, enquanto as estratégias de regulação emocional supostamente mal-adaptativas tendem a apresentar uma associação positiva com os sintomas psicopatológicos (e.g., Aldao, 2012; Aldao et al., 2010). De referir que a associação das estratégias mal-adaptativas com a psicopatologia tende a ser de maior magnitude em comparação com a verificada para as estratégias adaptativas (e.g., Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010, 2011; Aldao et al., 2010). A este respeito, e a partir das análises que conduziram, Aldao e colaboradores (Aldao & Nolen-Hoekseman, 2010, 2011, 2012b; Aldao et al., 2010) colocam a hipótese de que a eficácia das estratégias de regulação emocional adaptativas é mais dependente das exigências contextuais (i.e., os seus efeitos benéficos e desejáveis poderão somente se verificar quando é empregue num contexto apropriado) do que a eficácia das estratégias de regulação emocional mal-adaptativas (que possivelmente têm efeitos prejudiciais na maioria dos contextos em que são empregues), sendo esse o motivo pelo qual as primeiras apresentam associações mais fracas ou inconsistentes com a psicopatologia ao contrário do que se verifica com as segundas que apresentam associações mais robustas com a psicopatologia e cuja eficácia parece ser mais independente do contexto em que é empregue. Para testar o seu modelo contextual de regulação emocional Aldao e Nolen-Hoeksema (2012b) conduziram um estudo, numa amostra de 111 participantes, que foram solicitados a descrever 24 situações que, nas duas últimas semanas, lhes tivessem desencadeado diferentes emoções (ansiedade, raiva, tristeza e felicidade), de três tipos de intensidade (baixo, moderado, elevado) e que tivessem sido desencadeadas em dois tipos de circunstâncias (social vs. académica). Em seguida, os participantes foram solicitados a identificarem a extensão com que utilizaram cada uma de sete estratégias de regulação emocional indicadas (aceitação, resolução de problemas, reavaliação, auto-criticismo, esconder a expressão das emoções, suprimir a experiência das emoções e a preocupação/ ruminação) para regular o seu afecto em relação a 8 das situações seleccionadas aleatoriamente. Com o intuito de compreender a discrepância das magnitudes encontradas entre as estratégias supostamente adaptativas e mal-adaptativas com a psicopatologia os investigadores examinaram ainda o efeito do contexto na implementação das estratégias 'adaptativas' versus 'mal-adaptativas'. Os resultados obtidos mostraram que as estratégias 'adaptativas' não só eram aplicadas com uma maior variabilidade inter-situacional como prediziam níveis mais baixos de psicopatologia, o que parece sugerir que o uso flexível de estratégias de regulação emocional, de acordo com as exigências do contexto, está associado a uma melhor saúde mental, e de que a sua eficácia está dependente do contexto em que são empregues. No mesmo sentido Gratz e Roemer (2004) alertam para a importância do contexto na aferição da eficácia das estratégias de regulação emocional ao afirmarem que "o conhecimento das estratégias de regulação emocional específicas usadas por um indivíduo, na ausência de informação sobre o contexto em que as mesmas foram usadas, pode fornecer

pouca informação acerca das capacidades do indivíduo para regular as suas emoções de forma eficaz” (p.42).

Também Philippot (2013), tendo em consideração os resultados de estudos empíricos conduzidos recentemente (e.g., Evans, Howard, Dudas, Denman, & Dunn, 2013; Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2013) considera que nenhuma estratégia de regulação emocional é em si mesma, e em todas as circunstâncias, adaptativa ou mal-adaptativa, o que em sua opinião é demonstrativo da importância de se ter em consideração a função que essa estratégia de regulação emocional serve, e indissociavelmente, o contexto em que a mesma é empregue, o tipo de emoção a ser regulada e o objectivo que o indivíduo persegue. De facto, existem já dados empíricos sugestivos da possibilidade do próprio contexto cultural poder contribuir para o uso diferencial das estratégias de regulação das emoções positivas e negativas (e.g., Gross & John, 2003; Kwon, Yoon, Joormann, & Kwon, 2013), para a ocorrência de relações diferenciais entre a experiência, expressão e fisiologia emocional e/ ou para as consequências sociais que delas podem advir (Butler, Lee, & Gross, 2007, 2009). Os resultados são sobretudo indicativos de que o contexto/ situação em que as estratégias de regulação das emoções são empregues e a capacidade do indivíduo em flexibilizar o seu uso (e.g., Bonanno, Papa, Lalande, Westphal, & Coifman, 2004) de acordo com as restrições/ exigências do contexto por forma a alcançar os seus objectivos pessoais (sobretudo os de longo-prazo), poderão determinar grandemente a sua eficácia (Gratz & Romer, 2004; Gross, 1998b; Gross & Thompson, 2007; Kashdan & Rottenberg, 2010; Linehan, 1993a; Werner & Gross, 2010; uma revisão recente sobre o papel do contexto na investigação da relação entre a regulação das emoções e a psicopatologia foi apresentada por Aldao, 2013). A eficácia passa então a estar associada à funcionalidade daquela estratégia em particular, naquele contexto específico, de acordo com os objectivos correntes (Jazaieri et al., 2013). De acordo com Aldao (2013) o contexto é particularmente relevante, quando se investiga qual o papel da regulação emocional na psicopatologia, porque os próprios distúrbios psicológicos são precisamente caracterizados pela presença de um padrão de resposta ao ambiente que é marcadamente rígido e inflexível (e.g., Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Kashdan & Rottenberg, 2010; Aldao, 2013). Assim, no sentido oposto, para que o indivíduo navegue com sucesso no seu mundo social, é importante que ele seja flexível e que faça um uso dinâmico das múltiplas estratégias de regulação das emoções (e.g., Ehrenreich et al., 2007).

Outro tópico que tem vindo a suscitar o interesse dos investigadores é o da possível existência de diferenças de género em relação à regulação das emoções (e.g., Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011; Nolen-Hoeksema, 2012)¹¹. De entre as diferentes estratégias de regulação das emoções, a ruminação tem sido a mais amplamente investigada em relação à possível existência de diferenças de género, com vários estudos a demonstrar que as mulheres tendem a ruminar mais do que os homens (e.g., Nolen-Hoeksema & Aldao 2011; Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). Já em relação às restantes estratégias de regulação das emoções é mais notória a escassez de estudos (uma excepção é o estudo conduzido por Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011 numa extensa amostra comunitária).

Tendo em consideração que a vergonha é uma das emoções mais aversivas que o ser humano pode experienciar (e.g., Gilbert, 1998a; Kaufman, 1989; Tangney & Dearing, 2002), que influencia diferentes aspectos do nosso funcionamento e desenvolvimento, nomeadamente, a nível emocional, cognitivo, comportamental e fisiológico (e.g., Gilbert, 1997, M. Lewis, 1992; Nathanson, 1994; Tangney & Dearing, 2002; Tracy & Robins, 2004), com importantes implicações na nossa auto-identidade (e.g., Gilbert, 1998a; Kaufman, 1989; Nathanson, 1996) e central na psicopatologia (e.g., Cook, 1994; Gilbert, 1998a, 2002; Gilbert & Andrews, 1998; Kaufman, 1989; Lewis, 1987, M. Lewis, 1992; Nathanson, 1994; Tangney & Dearing, 2002), será com a descrição da mesma, sob o ponto de vista da perspectiva evolucionária, que será finalizada a apresentação deste primeiro tema.

¹¹ Este tema será mais amplamente abordado nos estudos incluídos no capítulo 5 da presente dissertação.

1.3. A emoção de vergonha: o seu contributo para a compreensão da psicopatologia

1.3.1. Uma abordagem evolucionária e biopsicossocial da vergonha enquanto emoção auto-consciente e multifacetada

A vergonha é uma emoção auto-consciente, intensa, dolorosa, e frequentemente incapacitante (e.g., Kaufman, 1989; Gilbert 1992, 1998a; Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996) que envolve habitualmente uma avaliação negativa da globalidade do eu (Tangney, Burggraf, & Wagner, 1995) e o sentimento de que existem aspectos negativos acerca do eu que estão expostos aos outros (M. Lewis, 1992, 2003).

Segundo o *modelo biopsicossocial da vergonha* (Gilbert, 2002a, 2006a, 2007a), que assenta na perspectiva evolucionária (e.g., Buss, 2003), e em particular na teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 1989, 1995, 2000c, 2005a, 2010a) e na abordagem biopsicossocial (Gilbert, 1995), a vergonha pode ser conceptualizada como uma emoção auto-consciente e multifacetada, que envolve vários componentes, nomeadamente, o *social*, o *cognitivo*, o *afectivo*, o *comportamental*, o *fisiológico* e o *cultural* (Gilbert, 1998a, 2002a, 2006a).

Em primeiro lugar, a vergonha tem um *componente cognitivo focado no ambiente externo ou social* (Gilbert, 2006a) na medida em que envolve, tipicamente, sentimentos e julgamentos negativos associados à percepção de que o eu está a ser criticado, desvalorizado, desaprovado, rejeitado, desprezado, ostracizado, ou de alguma forma rebaixado, por ter atributos pessoais, características de personalidade e/ ou comportamentos que os outros consideram pouco atractivos ou indesejáveis (e.g., Cook, 1996; Kaufman, 1989; Gilbert, 1998a, 2000a, 2003; Gilbert & McGuire, 1998; M. Lewis, 1992; Nathanson, 1992; Tangney, 1996; Tangney & Dearing, 2002; Tangney & Fischer, 1995). Neste caso, a atenção está focada externamente (Gilbert, 2002a), associada a pensamentos e sentimentos sobre o modo como o eu é visto pelos outros (Barrett, 2000), sendo este ‘modo como o eu existe na mente dos outros’, associado à ideia de que o eu existe negativamente na mente dos outros, habitualmente denominado por *vergonha externa* (Gilbert, 1997; 1998a). Como tal, esta vergonha, desencadeada em contextos sociais é relativa à experiência da apresentação social (Gilbert, 2006a) de um eu que é, ou que se tornou, inactivo enquanto agente social (Gilbert, 1998a, 2002a) na medida em que tem qualidades negativas, ou pelo menos, falta de qualidades positivas aos olhos dos outros (Gilbert, 1997, 1998a, 2003). Neste sentido, a vergonha externa está associada às avaliações focadas nos aspectos que o indivíduo acredita não poder tornar públicos, sob o prejuízo de vir a ser criticado, desvalorizado, rejeitado ou atacado (Allan, Gilbert, & Goss, 1994; Gilbert, 2000a; Goss, Gilbert, Allan, 1994), e às crenças negativas de que os outros o olham de cima para baixo, o vêem negativamente, de modo condenatório, hostil e desdenhoso, como sendo globalmente inferior, inadequado, defeituoso, repugnante, sem valor, fraco e/ ou mau (Gilbert, 1992, 1997; 1998a, 2002a, 2006a; Gilbert, Pehl, & Allan, 1994; Gilbert & Procter, 2006).

Contudo, e embora “a vergonha comece com a experiência de um eu actual ou imaginado na mente do ‘outro’” (Gilbert, 2006a, p.85), ela pode ser internalizada ou tornar-se internamente focada, como quando o indivíduo nutre pensamentos e sentimentos negativos acerca dos seus próprios atributos pessoais, características de personalidade ou comportamentos (Kaufman, 1989; Cook, 1996; Gilbert, 1998a, 2000a, 2002a). Neste caso, o *componente cognitivo tem um foco interno auto-avaliativo* na medida em que a atenção e as auto-avaliações negativas são auto-dirigidas (i.e., referem-se ao modo como o eu julga o próprio eu) e estão associadas à experiência interna de um eu desvalorizado aos seus próprios olhos de um modo que é prejudicial à própria auto-identidade (Gilbert, 1997, 1998a). Em particular, este tipo de vergonha, denominada por *vergonha interna* (Gilbert 1997, 1998a) refere-se à

vergonha crónica, permanente, que se tornou internalizada como parte da identidade (Cook, 1988) e que está enraizada nas memórias emocionais precoces de se ter sido rejeitado, criticado, envergonhado e/ou abusado (Andrews, 1998; Gilbert, 1989, 1998a, 2002a, Gilbert & Irons, 2004; Kaufman, 1989). A internalização destas experiências emocionais conduz à experiência interna de um eu como agente social inatractivo (Cook, 1994) que se passa a ver e a avaliar a si próprio do mesmo modo que os outros o fizeram (Gilbert, 1998a, 2002a, Tangney & Dearing, 2002), ou seja, como sendo inferior, inadequado, inútil, fraco, sem valor, defeituoso, indesejável, desprezível, inatractivo e/ ou globalmente mau (Fisher & Tangney, 1995; Gilbert, 1997, 1998a, 2002a, 2003; Goss & Allen, 2009; Gilbert & Procter, 1996; M. Lewis, 1992; Nathanson, 1996; Tangney & Dearing, 2002). A vergonha interna pode ainda estar focada em aspectos particulares percebidos pelo próprio (e.g., Gilbert, 2003, 2007a, Tangney & Dearing, 2002), como sendo pouco atractivos, indesejáveis e desprezíveis aos seus próprios olhos (Gilbert, 2006a), tais como o corpo, o carácter e/ ou o comportamento (Andrews, Qian, & Valentine, 2002; Gilbert, 2002a; Gilbert & Miles, 2002), bem como as emoções (Gilbert, 1997, 1998a, 2002a, 2006a), ou até mesmo desejos, fantasias, memórias, pensamentos ou história pessoal passada (Gilbert, 2006a).

Neste âmbito é ainda importante esclarecer que a vergonha pode ser distinguida enquanto traço disposicional ou estado emocional (Leeming & Boyle, 2004). A vergonha enquanto *traço disposicional*¹² refere-se às diferenças individuais no grau, tendência, inclinação ou predisposição para experienciar a emoção de vergonha em resposta a eventos negativos (Gilbert, 1998a; Tangney, 1995a, 1996). Embora a predisposição para experienciar vergonha seja uma capacidade inata (Gilbert & McGuire, 1998) ela pode tornar-se prejudicial e constituir-se mesmo como um mecanismo causal da psicopatologia (Gilbert & Gerlsma, 1999). Isto acontece, por exemplo, no caso em que devido às experiências prévias de se ter sido envergonhado, o indivíduo desenvolve não só a percepção de que os outros o humilham, desprezam ou desvalorizam (H. B. Lewis, 1987; Tangney, 1993), como também internalizou essas representações negativas acerca de si próprio (H. B. Lewis, 1987; Nathanson, 1994 como citado em Gilbert & Gerlsma, 1999), passando a perceber-se como inferior e/ ou defeituoso (Tangney, Burgraf, & Wagner, 1995; Kaufman, 1989). Já vergonha enquanto *estado emocional* refere-se à emoção específica e transitória que ocorre em resposta a uma situação em particular (Tangney, 1995a, 1996) e que tem potencialmente uma função adaptativa (e.g., Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998). De mencionar que estas duas formas de vergonha têm sido avaliadas através de diferentes instrumentos de avaliação. Em particular, a vergonha disposicional tem sido habitualmente avaliada através do *Test of Self-Conscious Affect* (TOSCA Tangney, 1990; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1989) que avalia diferentes aspectos fenomenológicos (comportamentais, afectivos e cognitivos) da vergonha, em resposta a um conjunto de cenários imaginados que são prováveis de acontecer no dia-a-dia e que são indutores de vergonha, mas também através de questionários de auto-resposta que avaliam, a vergonha externa disposicional, tais como, o *Other As Shamer* (OAS; Allan et al., 1994; Goss et al., 1994) ou a vergonha interna disposicional como é o caso do *Internalised Shame Scale* (ISS; Cook, 1994) ou do *Experience of Shame Scale* (ESS; Andrews et al., 2002). Já o estado de vergonha é habitualmente avaliado através de listas de adjectivos que frequentemente avaliam a vergonha independentemente do evento precipitante, como por exemplo, o *Personal Feelings Questionnaire-2* (PFQ-2; Harder & Zalma, 1990) e o *State Shame and Guilt Scale* (SSGS; Marschall, Sanftner, & Tangney, 1994).

Neste âmbito, é importante ainda explicar que apesar de tanto a vergonha interna como externa estarem associadas a padrões de comportamento caracterizados pela submissão defensiva, auto-percepções de inferioridade e pelo desejo de escapar, esconder e ocultar (Gilbert, 2000a, 2000b, Gilbert, Allan, & Goss, 1996), e de em relação aos atributos negativos gerais, existir uma elevada correlação entre as cognições de vergonha externa e os auto-julgamentos característicos da vergonha interna (pois

¹² De referir que a presente dissertação apenas incidiu os seus estudos na vergonha enquanto traço disposicional, e que por esse motivo a introdução teórica assenta grandemente na conceptualização teórica e investigação empírica que tem sido conduzida nesta forma de vergonha.

é de esperar que os outros nos julguem do mesmo modo que nós o fazemos; Goss, Gilbert, & Allan, 1994) as duas componentes da vergonha envolvem diferentes processos avaliativos ('*o que penso que os outros pensam acerca de mim*' e '*o que eu penso acerca de mim próprio*'), diferentes focos de atenção (externo vs. interno) e, como tal, diferentes sistemas de processamento cognitivo (e.g., Goss et al., 1994; Gilbert, 1998a). Assim, não obstante alguns estudos mostrarem que a vergonha externa e interna se encontram comumente associadas, ao apresentarem correlações positivas significativas entre si (e.g., Allan et al., 1994; Gilbert et al., 1996; Goss et al., 1994; Pinto-Gouveia, Matos, Castilho, & Xavier, 2012), e de que possivelmente elas se reforçam mutuamente (Gilbert, 2007a), não é inevitável a existência de uma sobreposição entre ambas, dado ser possível que o indivíduo possua atributos pessoais, características de personalidade e/ ou comportamentos que acredita serem motivo de vergonha sem que existam outros que o avaliem e julguem do mesmo modo, tal como o contrário é igualmente passível de suceder (Gilbert, 1997, 1998a).

Em relação ao seu *componente afectivo*, a vergonha recruta diversas emoções primárias negativas¹³, das quais se destacam a ansiedade, a raiva, o nojo e o desprezo para a experiência do eu (Cook, 1996; Gilbert, 1998, 2003, 2006a; Tangney, 1996), que por surgirem misturadas e fusionadas na experiência de vergonha lhe conferem diferentes texturas (Kaufman, 1989; Nathanson, 1994; Gilbert, 2002a). Estas emoções fazem parte dos sistemas cerebrais que evoluíram para responder a ameaças colocadas à nossa sobrevivência a par com um conjunto de comportamentos defensivos (Gilbert, 1998a; Gilbert & McGuire, 1998). A vergonha está ainda associada a uma interrupção, perda ou diminuição das emoções positivas (Gilbert, 2002a; Kaufman, 1989; Nathanson, 1994; Tangney, 1995b). Em particular, as ameaças ao eu (e.g., rejeição, ataque à auto-apresentação) estimulam estas emoções básicas (primárias) defensivas que, ao se misturarem com as auto-representações simbólicas, dão origem às emoções auto-conscientes, entre as quais a vergonha, que a ela se tornam texturadas (Gilbert, 2003).

É importante ainda ressaltar que a vergonha requer sistemas de monitorização, de processamento e de resposta diferentes (Gilbert, 2004), quando comparada com outras emoções auto-conscientes negativas tais como a culpa (e.g., Lewis, 1971; Tangney, 1993, 1996; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992; Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996a) e o embaraço (e.g., Tangney et al., 1996a). De facto cada uma destas emoções auto-conscientes tem implicações diferentes no ajustamento psicológico e no comportamento social (Tangney, 1996), apesar de tanto a culpa como o embaraço, serem à semelhança da vergonha, emoções negativas e indesejadas e, tal como ela, surgirem em resposta à percepção de determinadas ameaças sociais (Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996). De um modo geral a vergonha é habitualmente classificada como uma experiência emocional mais intensa e aversiva (Tangney, 1993; Tangney et al., 1996a) e menos adaptativa (Tangney, Burggraf, & Wagner, 1995; Tangney, 1994; 1995a), enquanto a culpa parece ter uma natureza menos patogénica (Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992a) ou até mesmo não-patológica (Tangney, 1996). Já em relação à emoção de *embaraço*, Tangney e colaboradores (Tangney et al., 1996; Miller & Tangney, 1994) distinguem-na da vergonha no sentido de que enquanto a primeira resulta de eventos triviais, imprevisíveis e humorísticos que ocorrem na presença de uma audiência real (ou imaginada) e que se circunscreve a um evento específico, a segunda é vivenciada como uma experiência emocional mais intensa, duradoira, desencadeada por eventos (previsíveis) que revelam as falhas/ defeitos mais profundas no próprio e que resulta numa avaliação negativa global do próprio eu. A vergonha (externa) distingue-se ainda da *humilhação* (Gilbert, 1997, 1998a, 2004) na medida que nesta última o indivíduo vê-se numa posição de inferioridade indesejada, sente-se atacado mas sem possibilidade de contra-ataque, avaliando a sua situação como injusta e desejando a possibilidade de poder vir a vingar-se e a responsabilizar os outros.

¹³ Ao contrário das emoções primárias (e.g., raiva, ansiedade, tristeza, alegria) as emoções secundárias ou auto-conscientes, nas quais se inclui a vergonha, o embaraço, a culpa e o orgulho são relativamente recentes na história evolucionária (Gilbert, 2002a).

A *nível comportamental*, verifica-se que os julgamentos e emoções negativas auto-dirigidas são frequentemente acompanhados por um sentido agudo de auto-conscienciosidade, acanhamento, pequenez, inferioridade, inadequação, imperfeição, impotência e inutilidade (Gilbert, 1992; Gilbert, Pehl, & Allan, 1994; Lewis, 1971, Tangney, 1995a, 1995b; Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996; Tangney & Dearing, 2002). Adicionalmente, a experiência de viver na mente dos outros como uma pessoa pouco atractiva, rejeitável e indesejável está igualmente associada a um conjunto de comportamentos defensivos (Gilbert, 1998a), tais como o evitamento do contacto ocular, postura retraída, desejo de escapar, fugir, desaparecer, esconder ou encobrir deficiências/ evitar exposição e permanecer invisível aos olhos dos outros (e.g., Gilbert, 1998a, 2002a, Lewis, 1971, M. Lewis, 1992; Loader, 1998; Tangney, 1990, 1995b; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996) que podem ser considerados como estratégias de submissão defensivas ou estratégias de limitação/ redução dos danos sociais (e.g., Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998). Quando a raiva é a emoção desencadeada, habitualmente, a resposta comportamental caracteriza-se pelo desejo de retaliar, contra-atacar ou de se vingar para defender o eu de quem o está a tentar 'expor' como inferior, fraco ou mau (Gilbert, 2002a; M. Lewis, 1992, 2003; Tangney & Fisher, 1995) e estamos segundo Gilbert (1998a, 2002a, 2006a) a falar de humilhação e não tanto da vivência de vergonha.

Apesar da neurofisiologia das emoções primárias ser bem-conhecida (Panskepp, 1998), a das emoções secundárias, e da vergonha em particular, permanece menos conhecida (Gilbert, 2002a, 2006a). A *nível fisiológico* alguns estudos sugerem que os animais (macacos) que se encontram numa posição social de dominância apresentam menos stresse (níveis mais baixos de cortisol) do que os que se encontram numa posição de subordinação, assim como recuperam fisiologicamente mais rapidamente do que os segundos quando enfrentam stressores (Leviton, Hasey, & Sloman, 2000). De igual modo, nos humanos o sentir-se negativamente julgado, rebaixado, envergonhado e comparado aos outros, constitui um dos mais poderosos estímulos activadores das respostas de stresse e, conseqüentemente, da libertação de cortisol (Dickerson & Kemeny, 2004).

Por último, o *componente cultural* alerta-nos para o facto de que o que os grupos sociais valorizam e estimam ou por outro lado consideram envergonhador depende dos valores culturais (Gilbert, 2003, 2006a) e da estrutura do próprio grupo social, nomeadamente, se é competitivo ou cooperativo (Fiske, 1992 como citado em Gilbert & McGuire, 1998).

1.3.2. A vergonha enquanto resposta defensiva à ameaça, ou experiência actual, de não se ser um agente social atractivo

Segundo a perspectiva evolucionária, a selecção natural conduziu a que o ser humano nasça com sistemas motivacionais sociais básicos, e objectivos biopsicossociais, para formar e manter relações sociais, próximas e seguras, num contexto de estabilidade temporal, tais como estabelecer relações de vinculação com os prestadores de cuidados (e.g., Bowlby, 1969, 1973; Cassidy & Shaver, 1999), desenvolver um sentimento de pertença a um grupo social e operar como membro desse grupo (Baumeister & Leary, 1995) e procurar um parceiro sexual (Buss, 1991; 2003). Estas relações sociais têm inquestionáveis vantagens para a sobrevivência e para a reprodução da espécie humana. Estes sistemas motivacionais para estabelecermos relações sociais positivas com os outros estão associados às necessidades básicas de sermos amados, cuidados, protegidos e tranquilizados (Gilbert, 2006a) e como tal de sermos vistos como atractivos (para atrairmos outros) e com eles construir relações sociais valorizadas (Gilbert, 2002a). Adicionalmente, e devido ao número limitado de recursos disponíveis, o ser humano foi adquirindo, ao longo do curso evolutivo e derivado das pressões selectivas a que esteve sujeito, um conjunto de estratégias comportamentais para contestar e defender esses recursos cruciais à sua sobrevivência e, conseqüentemente, à reprodução e transmissão dos genes à descendência (e.g.,

Gilbert, 1989, 1992). Neste sentido podemos dizer que o ser humano nasce com disposições inatas (que vão sendo moldadas ao longo do curso de vida pelas experiências sociais) quer para procurar outros com quem desempenhar determinados papéis sociais (e.g., cuidar da descendência, formar alianças) (Gilbert, 2006a) mas também com quem competir pelos mesmos recursos (Gilbert, 1989). São as *mentalidades sociais*¹⁴ que ao estarem especialmente sintonizadas para a detecção, a avaliação e a atribuição do significado a diferentes tipos de sinais sociais (Gilbert, 2000c), que permitem a organização cerebral de diferentes competências e sistemas (orientados para o processamento de informação social e para a emissão de respostas sociais), sendo que esta por sua vez vai conduzir à criação de diferentes padrões de afecto, cognição e comportamento com vista à prossecução de diferentes objectivos biosociais (Gilbert, 1980, 1995, 2005a).

Todavia, se é possível que a aquisição de estatuto social no grupo e a competição por recursos valorizados (e.g., estabelecer relações de aliança, encontrar parceiro sexual) possa ocorrer através da intimidação, ameaça, coerção e conflito aberto (i.e., assente em comparações de força, poder e agressividade) que visam inibir ou estimular medo no outro para que ele obedeça ou se submeta (Gilbert, 1992, 2006a; Allan & Gilbert, 1995, 1997), nos humanos, a competição para ganhar estatuto social e aceder a recursos valorizados é feita sobretudo através de uma via alternativa, a da capacidade do indivíduo se tornar atractivo, desejável e aceite aos olhos dos outros (Gilbert, 1997, 2002a; Gilbert, Prince, & Allan, 1995). Como tal, depende do seu *poder para deter a atenção social* (Gilbert, 1989, 1992, 1997, 2003), ou seja, da sua capacidade para *estimular emoções positivas* (e.g., dos outros gostarem e desejarem estar a ele associados) e com isso criar uma *imagem positiva a seu respeito na mente dos outros*. Assim, para que o indivíduo seja valorizado, desejado, tomado como necessário, estimado, aceite e escolhido para o desempenho de papéis sociais valorizados ele tem que ser visto como um *agente social atractivo* (Gilbert, 1989, 1997, 1998a, 2002a; 2009; Gilbert, Price, & Allan, 1995; Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998).

Pelo anteriormente exposto, facilmente se depreende que o mundo social se torna mais seguro (Gilbert, 2007b) quando o indivíduo pode antecipar que os outros pensam positivamente a seu respeito, e de que como tal, irá receber da sua parte suporte, cuidado e tranquilização (Gilbert, 2006b). No sentido oposto, a perda ou potencial perda de estatuto social (i.e., do seu lugar na hierarquia social), e de com isso aceitação, atractividade, aprovação e popularidade junto dos outros, constitui uma forte fonte de ameaça social e emocional (Gilbert, 1989, 1997, 1998a, 2000a, 2000c). A vergonha, surge assim, no âmbito do modelo biopsicossocial, conceptualizada como uma *resposta defensiva involuntária à ameaça social (ou experiência actual) de rejeição e desvalorização, e de perda de atractividade, aceitabilidade e desejabilidade social* enquanto agente social (Gilbert, 1997, 1998a, 2002a, 2005a, 2005b; Gilbert et al., 2007). Neste sentido, a vergonha funciona como um *sinal de alarme de que o eu está a perder o 'poder de deter a atenção social'* (Gilbert, 1997), de que vive na mente dos outros como alguém que possui *traços, características e/ou comportamentos pouco atractivos ou indesejáveis*, ou a quem *lhe faltam características positivas valorizadas* (Gilbert, 2000a, 2002a, 2007a), *não sendo por isso capaz de activar afecto positivo* suficiente, ou de que ao invés, *está mesmo a gerar afecto negativo* na mente dos outros (e.g., raiva, ansiedade, desinteresse, nojo, desprezo) a seu respeito (Gilbert, 2002a, 2003, 2006a). A percepção de que se é incapaz de influenciar a mente do outro para com ele co-criar papéis sociais desejados (Gilbert, 2006a, 2006c), associada à ideia de que os outros nutrem por ele pensamentos condenatórios e hostis e sentimentos de raiva, nojo e desprezo, coloca-o o risco de ser rebaixado,

¹⁴ Segundo Gilbert (2005a) algumas das mais importantes mentalidades sociais são a prestação de cuidados, a procura de cuidados, a formação de alianças, o posto social e procura de parceiro sexual. O sobre-desenvolvimento da *mentalidade de posto social*, associada ao poder social e às ameaças ao estatuto social, aos comportamentos de competição para ser 'escolhido' para o desempenho de papéis valorizados, à comparação social, ao desejo de manter/ ganhar estatuto social/ dominância, e ao receio de fracassar/ submeter-se perante os dominantes é a que mais está associada à psicopatologia, e em particular, à sensibilidade aumentada para experienciar vergonha (Gilbert, 2004, 2005a).

criticado, evitado, passado para trás, não ser escolhido e incluído ou até mesmo de vir a ser activamente rejeitado, excluído, ostracizado e/ ou perseguido por parte do grupo social (Gilbert, 1998a, 2002a, 2006a, 2007a; Gilbert & McGuire, 1998). O indivíduo torna-se incapaz de competir pelo controlo de importantes recursos sociais (e.g., formar alianças, seleccionar um parceiro sexual) e tende a perceber-se como estando numa posição inferior indesejada em domínios relevantes/valorizados pelos outros (Gilbert, 1989, 2002, 2004, 2005a, 2005b, 2010a). Esta *comparação social desfavorável* (em que o eu se percebe como estando numa posição inferior indesejada) em relação a um outro visto como um potencial rejeitador, atacante e dominante (Gilbert, Price, & Allan, 1995) desencadeia uma resposta de vergonha e um conjunto de comportamentos/ estratégias de defensivas que visam a limitação de potenciais danos (Goss et al., 1994; Gilbert et al., 1996; Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998). É preciso ressaltar que em consequência da organização social dos humanos ser sobremaneira hierarquizada torna-se crucial para a vida sociedade, que cada indivíduo saiba quando serenar/ intensificar o seu comportamento de acordo com a probabilidade de fracasso/ sucesso pela competição de recursos. A comparação social é o mecanismo que permite esta análise de custo-benefício ao ajudar a estimar a posição de cada indivíduo na hierarquia social segundo determinadas dimensões (e.g., superior-inferior; forte-fraco, semelhante-diferente; Gilbert et al., 1995). Perante esta análise, o indivíduo pode optar por determinadas estratégias comportamentais, como a de desafiar quem está numa posição hierárquica inferior, dado que existe a possibilidade real de se ser bem-sucedido na competição por oportunidades/ recursos importantes, mas também, demonstrar submissão perante quem está numa posição superior (“dado que não é do interesse do subordinado instigar ou intensificar conflitos ou reivindicar recursos que não pode ganhar ou defender”, Gilbert, 2000a, p. 175) por forma a prevenir actos de retaliação (Gilbert, 1989, 2000a, 2000c, 1992; Gilbert, Price, & Allan, 1995, 1997)¹⁵. A comparação social serve ainda o propósito de apurar o que é que os outros consideram ser atractivo e desejável e, como tal, depreender o que será necessário mudar no comportamento para obter essa atenção social favorável (Gilbert, et al., 1995). Alguns estudos têm vindo a fornecer suporte empírico a estes pressupostos ao mostrarem que a vergonha implica comparações de inferioridade e de diferença (e.g., Gilbert, 1992, Gilbert et al., 1995; Kaufman, 1989), ao estar manifestamente associada a outras variáveis de *ranking* social, tais como os comportamentos de submissão e subordinação e a comparações sociais desfavoráveis (Allan & Gilbert, 1997; Allan et al., 1994; Cheung, Gilbert, & Irons, 2004; Gilbert, 1998a, 2000a; Wyatt & Gilbert, 1998).

De modo a avaliar o modo como o eu existe na mente dos outros, e também para se auto-avaliar, o ser humano possui um conjunto de competências cognitivas, que são cruciais para a formação dos papéis sociais, que foram moldadas ao longo do curso evolucionário (e.g., Baldwin, 2005; Gilbert, 1989, 2005b, 2007) e que maturam à medida que o ser humano cresce (*i.e.*, *teoria da mente*, e.g., Byrne, 1995; *mentalização*, e.g., Liotti & Gilbert, 2011; *atenção auto-consciente*, e.g., M. Lewis, 2003; *competências metacognitivas*, e.g., Wells, 2000; *representações simbólicas eu-outros*; e.g., Gilbert, 2003). Estas competências contribuem para a formação de um sentido de auto-identidade e tornam o indivíduo especialmente sensível, focado e responsivo ao que os outros pensam e sentem acerca de si (Gilbert, 2002a, 2007a), ou seja, aos sinais sociais, verbais e não-verbais, de aprovação e de atractividade (que indicam a manutenção/ ganho de estatuto e aceitação social e que desencadeiam afecto positivo) *versus* aos sinais de criticismo e de desaprovação (que sugerem um ataque ao estatuto, atractividade e aceitabilidade pessoais e que desencadeiam afecto negativo; Gilbert, 1992, 1997).

Pelo exposto se depreende que a vergonha não se refere tanto à distância de um eu ideal, de um eu que não alcança determinados padrões valorizados ou de que não é quem gostaria de ser, mas sobretudo, refere-se à aproximação a um eu indesejado, de que se é quem não se quer ser nem se deseja ser

¹⁵ A este respeito, Gilbert (2000c, 2002a) esclarece que o facto dos indivíduos procurarem aumentar a sua atractividade social não implica necessariamente que eles estejam somente motivados para competir por uma posição social mais elevada (de dominância), pois frequentemente o que está em jogo é a competição para evitar estar numa posição social inferior indesejada.

(Ogilive, 1987; Lindsay-Hartz, de Rivera, & Mascolo, 1995, Gilbert, 1998a como citados em Gilbert, 2002a e Gilbert, 2006a). De facto, como anteriormente mencionado, a vergonha está particularmente associada à experiência interna de que se é *um agente social inatractivo e indesejável* (Gilbert, 1998a, Gilbert et al., 2007). O mundo social passa a ser experienciado como ameaçador e inseguro, na medida em que o indivíduo se percebe como vulnerável a potenciais ataques perpetrados pelos outros (Gilbert & Procter, 2006). Como tal, e perante esta percepção de ameaça social, a vergonha tende a desencadear/ recrutar um conjunto de *emoções* (e.g., raiva, ansiedade e desprezo; Gilbert, 2006a) e *comportamentos/ estratégias de submissão defensivas*, tais como, o evitamento do contacto ocular, baixar a cabeça, esconder a face, postura retraída, várias inibições no discurso, sensação de mente 'vazia' ou confusa, tentativas para recuar ou tentar fugir rapidamente se contestado, inibir confiança (e.g., Gilbert, 1998a, 2000a, 2003; Gilbert et al., 1994; Allan & Gilbert, 1997, 1998; Gilbert & McGuire, 1998; Kaufman, 1989). A função destes *comportamentos de submissão* é *enviar sinais de reconhecimento de que o indivíduo se encontra numa posição social inferior* (Keltner, 1995) em relação à do potencial atacante (percebido como dominante), e deste modo tentar *apaziguá-lo* (i.e., evitar potenciais agressões e/ou conflitos) e *inibir ou limitar o dano de possíveis ataques* (Gilbert, 1992, 1997, 2000a, 2000b; Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998). Porque o comportamento dos indivíduos passa a ser guiado pelas tentativas de melhorar a sua imagem na mente dos outros (Gilbert, 1998a, 2000a, 2007a), é frequentemente a adopção de padrões perfeccionistas como compensação ao sentimento de inferioridade que está subjacente à experiência de vergonha (Miller, 1996; Nathanson, 1992). De facto, quando as pessoas recebem e antecipam consequências negativas de poderem vir a ser inferiores/ subordinadas, elas podem sentir-se impelidas a se esforçarem arduamente para competir por um lugar no domínio social e desse modo evitar a rejeição, o criticismo e o rebaixamento por parte dos outros (Gilbert, 1992, 2003). A este respeito existe já suporte empírico quanto à existência de uma associação significativa e positiva entre a vergonha e o perfeccionismo socialmente prescrito (Wyatt & Gilbert, 1998).

Pelo anteriormente exposto, podemos ainda dizer que a vergonha externa pode conduzir à vergonha interna, ou seja, à auto-culpabilização, à atribuição interna, e à submissão, como formas de auto-protecção (Gilbert, 2006a), sendo que estes julgamentos negativos dirigidos ao próprio são tipicamente experienciados como um fluxo de pensamentos de auto-ataque. Ou seja, a vergonha interna por frequentemente emergir sob a forma de um diálogo interno está associada ao *auto-criticismo* (Gilbert & Miles, 2000a) e, em particular, a diferentes formas de ataque auto-dirigido, sobretudo, ao que envolve ódio dirigido ao próprio (Gilbert, 2002a). De facto, segundo Gilbert (1998a, 2002a, 2006a) muitos dos pensamentos auto-criticos e de auto-ataque são na sua essência auto-avaliações negativas e pensamentos de vergonha interna. Como tal, é possível pensar na vergonha interna como uma forma de relação interna do eu com o próprio eu (que ajuda os indivíduos a actuarem no mundo social ao lhes fornecerem as auto-identidades para o desempenho dos papéis sociais; Gilbert, 2005a), sendo que a cada momento que o indivíduo falha ou experiencia uma perda, uma parte do seu eu automaticamente critica, culpabiliza, acusa e condena o próprio eu com hostilidade, desprezo e raiva e a outra parte do eu experiencia esse criticismo e lhe responde (Gilbert, 2000a; Gilbert et al., 2004). Ou seja, esta relação interna ocorre entre um 'dominante hostil' e um 'subordinado receoso' (Gilbert, 2000a; 2000b; Gilbert et al., 2001). Porque sob certas circunstâncias o auto-criticismo, enquanto sinal interno pode actuar como se de um sinal social externo se tratasse, ele é capaz de activar, recrutar e coordenar os sistemas cerebrais (i.e., as mentalidades sociais e os seus sistemas de processamento de informação social e de emissão de resposta), que foram desenvolvidas para lidar com ameaças/ataques externos para o mundo interior, nomeadamente, para a realização das auto-avaliações. Nestes casos, o indivíduo passa a atacar-se a si próprio como se estivesse a relacionar-se com um subordinado, um competidor ou até mesmo um inimigo, e a submeter-se e a sentir-se derrotado pelos seus próprios auto-ataques (Gilbert, 2000a, 2000c, 2004; Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Procter, 2006). Recentemente, diversos estudos têm apontado para a possibilidade do auto-criticismo/ auto-ataque poder ter: a) uma *função auto-correctiva*

quando consiste no esforço de monitorização dos erros/ falhas pessoais com o intuito de os prevenir e corrigir sendo, como tal, a sua intenção a de incentivar o indivíduo a melhorar e a se superar mais e/ou b) uma *função de auto-persecução* caracterizada pela punição e ataque auto-dirigidos, pela tentativa de livrar-se ou destruir partes do eu. Assim, enquanto a primeira está habitualmente associada à vivência de sentimentos de inadequação, ou seja, à *forma de um eu-inadequado*, a segundo envolve, frequentemente, a vivência de sentimentos de ódio, repugnância e desprezo auto-dirigidos, ou seja, à *forma de um eu-detestado* (e.g., Gilbert, 2000a, 2000b Gilbert et al., 2004). É ainda de ressaltar que em indivíduos que apresentam uma elevada predisposição para a vergonha, o auto-criticismo funciona frequentemente como uma estratégia/ comportamento defensivo, habitualmente automático, activado perante a ocorrência de situações de ameaça ao valor/ estatuto pessoal (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006). Por último, é ainda importante ressaltar que é possível que o indivíduo responda perante ameaças ao seu estatuto social, perda de poder e/ ou de atractividade com comportamentos de contra-ataque (Gilbert, 2001) ou seja, de externalização defensiva (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert, 2006a). Gilbert (1998a, 2002a, 2006a) considera que quando o indivíduo perante a percepção de estar a ser rebaixado e rejeitado, não legitima o julgamento negativo que lhe está a ser endereçado e, ao invés, faz atribuições externas de culpa, desvaloriza o outro, sente raiva, injustiça e vontade de se vingar então não estamos a falar de vergonha mas sim de *humilhação*.

1.3.3. A vergonha enquanto emoção predominante na psicopatologia

Diversos estudos, conduzidos em amostras clínicas e não-clínicas, têm vindo a salientar o papel central que tanto a vergonha externa como interna têm numa variedade de problemas clínicos (Gilbert, 1998b, 2000c, 2002a; Gilbert & Irons, 2005). Em particular a vergonha está significativamente associada a um conjunto diversificado de condições psicopatológicas, nomeadamente, à depressão (e.g., Allen, Gilbert, & Goss, 1994; Andrews, 1995, Andrews, Qian, & Valentine, 2002; Cook, 1996; Cheung et al., 2004, Gilbert & Irons, 2004; Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Pinto-Gouveia & Matos, 2010; Tangney et al., 1992, 1995, 1995), à ansiedade social (e.g., Gilbert, 1998a, 2000a; Gilbert & Miles, 2000a; Gilbert & Trower, 1990; Lutwak & Ferrari, 1997), ao stress pós-traumático (e.g., Andrews, Brewin, Rose, & Kirk, 2002; Cook, 1994), ao comportamento alimentar perturbado (e.g., Cook, 1994; Goss & Gilbert, 2002; uma revisão teórica dos estudos neste âmbito conduzidos foi apresentada por Goss & Allan, 2009), aos distúrbios psicóticos (Birchwood, Trower, Brunet, Gilbert, Iqbal, & Jackson, 2006), à dissociação (Irwin, 1998; Talbot, Talbot, & Tu, 2004), ao abuso de álcool e droga (Cook, 1994), aos comportamentos suicidas (Mokros, 1995) e de auto-dano (Gilbert, McEwan, Irons, Bhundia, Christie, Broomhead, & Rockliff, 2010) e à perturbação de personalidade borderline (Rüsh et al., 2007) e narcísica (Kinston, 1987; Mollon, 1984; Wurmser, 1987).

2. Os processos transdiagnósticos de regulação emocional: os factores de risco versus os factores protectores da psicopatologia

2.1. A ubiquidade da (des) regulação emocional na psicopatologia e nos tratamentos psicológicos

Diversos quadros clínicos, presentes no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.ª ed. texto revisto; DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000) são caracterizados pela dificuldade em regular as emoções ou incluem um ou mais sintomas associados a alterações

emocionais¹⁶. De facto, segundo alguns teóricos e investigadores, mais de metade das perturbações mentais caracterizam-se por dificuldades/ deficiências na regulação das emoções (e.g., Amstadter, 2008; Kring & Sloan, 2010; Kring & Werner, 2004) podendo esta taxa chegar aos 100% no caso das perturbações mentais do eixo II (Gross & Levenson, 1997). Existe mesmo uma variedade de quadros clínicos cujos critérios de diagnóstico fazem referência directa a dificuldades na regulação das emoções (Jazaieri et al., 2013; Kring & Werner, 2004). Como tal podemos assumir que a regulação emocional é um importante factor transdiagnóstico (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010, 2011, 2012b; Aldao et al., 2010; Kring & Sloan, 2010).

Recentemente, Jazaieri, Urry e Gross (2013) aprofundaram este tópico criando um sistema de codificação para o DSM-IV-TR que visa esclarecer em que medida é que os distúrbios afectivos (definidos como a interrupção da resposta multi-sistema, em particular dos seus componentes _ o comportamento expressivo, experiência subjectiva, fisiologia_ da emoção, do estado de humor ou da resposta de stress) estão efectivamente presentes no DSM-IV-TR, e entre estes, quais é que poderão resultar de dificuldades/ défices na regulação das emoções. Em síntese, de entre os resultados obtidos a partir da análise 176 diagnósticos clínicos, concluíram: a) que em 40.3% desses diagnósticos se verifica a provável presença de distúrbios afectivos, mas que somente em 19.3% existe uma 'garantia' quanto à sua presença (pela análise do conjunto de critérios formais de diagnóstico); b) sendo, todavia, inequívoco que é mais elevada a prevalência de distúrbios afectivos de valência negativa (39.2%) do que de valência positiva (19.3%), apesar de existirem quadros clínicos em que a perturbação afectiva se verifica em relação a ambas as valências; c) que em somente 21.6% dos 176 diagnósticos, um problema de desregulação emocional estava implícito ou definitivamente presente, o que segundo os autores demonstra a existência de uma lacuna entre o que se encontra no DSM-IV-TV e o que tem vindo a ser demonstrado pelas investigações conduzidas e faz parte da própria experiência clínica dos investigadores.

De facto, uma revisão da literatura sobre este tema demonstra que, diferentes processos de desregulação emocional, dificuldades na regulação das emoções, ou défices de competências para lidar adaptativa e eficazmente com estados emocionais negativos, indesejáveis e/ ou aversivos têm vindo a ser investigados numa variedade de comportamentos clinicamente relevantes e/ ou em diferentes condições clínicas, nomeadamente, na patologia do comportamento alimentar (e.g., Gianinia, Whitea, & Masheba, 2013), nos comportamentos de auto-dano (e.g., In-Albon, Bürl, Ruf, & Schmid, 2013), no suicídio (e.g., Anestis, Bagge, Tullb, & Joinera, 2011), no abuso de substâncias (e.g., Bonn-Miller, Vujanovic, & Zvolensky, 2008), no comportamento agressivo (e.g., Tager, Good, & Brammer, 2010) e no jogo patológico (Williams, Grisham, Erskine, & Cassidy, 2012). Diversos teóricos e investigadores concordam com a ideia de que as dificuldades/ défices na regulação emocional têm vindo a ser implicados como factores de risco e/ ou de manutenção numa variedade de perturbações, nomeadamente nas perturbações de ansiedade e do humor (e.g., Campbell-Sills & Barlow, 2006; Campbell-Sills & Barlow, 2007; Campbell-Sills, Ellard, & Barlow, 2013; Wirtz, Hofmann, Riper, & Berking, 2013), entre as quais, na perturbação de pânico (e.g., Tull, Rodman, & Roemer, 2008), na perturbação de stress pós-traumático (e.g., Tull, Barrett, McMillan, & Roemer, 2007), na perturbação de ansiedade generalizada (e.g., Romer, Lee, Salters-Pedneault, Erisman, Orsillo, & Mennin, 2009), na perturbação de ansiedade social (e.g., Ziv, Goldin, Jazaieri, Hahn, & Gross, 2013), na depressão (e.g., Ehling, Tuschen-

¹⁶ De entre os mais frequentemente referidos como sendo caracterizados pela presença de alterações emocionais e/ ou na regulação das emoções, encontramos os quadros clínicos que se incluem na categoria geral das perturbações do humor (perturbação depressiva maior, distímia, perturbação bipolar I, perturbação bipolar II, perturbação ciclotímica), das perturbações de ansiedade (agorafobia sem história de perturbação de pânico, perturbação de pânico com e sem agorafobia, fobia específica, fobia social, perturbação obsessivo compulsiva, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação aguda de stress, perturbação de stress pós-traumático) e das perturbações de personalidade (perturbação anti-social de personalidade, perturbação borderline da personalidade, perturbação dependente da personalidade, perturbação histriónica da personalidade, perturbação evitante da personalidade, perturbação narcísica da personalidade).

Caffier, Schnülle, Fischer, & Gross, 2010) e na doença bipolar (e.g., Gruber, Eidelman, & Harvey, 2008). Alguns estudos investigaram também o papel da regulação emocional na esquizofrenia (Henry, Green, Lucia, Restuccia, McDonald, & O'Donnellna, 2007), na psicose (Livingstone, Harper & Gillanders, 2009) e na perturbação borderline de personalidade (e.g., Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009). E de facto, alguns estudos mostram que a dificuldade em regular as emoções prediz a severidade dos sintomas mesmo quando estatisticamente se controla o afecto negativo (e.g., Tull, Barrett, McMillan, & Roemer, 2007).

O reconhecimento do proeminente papel que a desregulação emocional pode assumir nas perturbações clínicas tem mesmo conduzido a que os modelos teóricos de psicopatologia estejam a integrar uma perspectiva de análise mais centrada nos processos de desregulação emocional (e.g., Barlow, Allen, & Choate, 2004; Ehrenreich et al., 2007; Mennin & Fresco, 2010). Assim, assistimos à emergência do modelo transdiagnóstico da desregulação emocional para as perturbações do humor e de ansiedade (Hofmann, Sawyer, Fang, & Asnaani, 2012), do modelo da desregulação emocional para a perturbação de ansiedade generalizada (e.g., Fresco, Mennin, Heimberg, & Ritter, 2013), e dos modelos teóricos explicativos da perturbação borderline de personalidade nos quais a desregulação emocional assume um papel central, como é o caso da Terapia Comportamental Dialética (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Gratz, Tull, Reynolds, Bagge, Latzman, Daughters, & Lejuez, 2009; Linehan, 1993a, 1993b; Lynch, Trost, Salsman, & Linehan, 2007) e do treino da regulação emocional baseado na aceitação para a perturbação borderline de personalidade (Gratz & Gunderson, 2006). De entre estes, a Terapia Comportamental Dialética, amplamente conhecida entre clínicos e investigadores, não só confere à desregulação emocional um papel central na patologia borderline (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009), como considera que diversos comportamentos desadaptativos, característicos nestes doentes, como por exemplo, os comportamentos de auto-dano e os comportamentos impulsivos, são consequência directa ou indirecta da desregulação emocional, ou consistem em tentativas (ainda que ineficazes) de modelar estados emocionais intensos e indesejáveis (Linehan, 1993a). As dificuldades em regular as emoções estão ainda incorporadas em vários modelos específicos de determinados quadros clínicos, tais como na depressão major (e.g., Nolen-Hoeksema et al., 2008), na fobia social (e.g., Kashdan & Breen, 2008), nos distúrbios alimentares (e.g., Fairburn et al., 1995), na perturbação bipolar (Johnson, 2005), entre outros. Recentemente, Berking, Wupperman, Reichardt, Pejic, Dippel e Znoj (2008) partindo da constatação de que os défices em regular as emoções contribuem para o desenvolvimento e manutenção de uma variedade de doenças mentais, avaliaram diferentes competências de regulação emocional numa ampla amostra clínica antes e depois dos doentes receberem tratamento cognitivo-comportamental, com os resultados a mostrarem que a integração de intervenções que visem directamente as competências gerais de regulação emocional (i.e., competências que podem ser aplicadas para regular com sucesso uma variedade de emoções) poderá melhorar a eficácia das intervenções psicológicas para as doenças mentais. De facto, a Terapia Dialética Comportamental (Linehan, 1993a), a Terapia da Aceitação e do Compromisso (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), a Terapia Cognitiva baseada no *Mindfulness* (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), a Terapia Focada na Emoção (Greenberg, 2002), a Terapia da Mente Compassiva (Gilbert, 2005a; Gilbert & Procter, 2006), a Terapia da Regulação Emocional (Mennin & Fresco, 2009), a Terapia dos Esquemas Emocionais (Leahy, et al., 2011), todas elas abordagens terapêuticas amplamente conhecidas no tratamento das doenças mentais, destacam nos seus modelos de compreensão da psicopatologia a importância da regulação emocional e integram alguma forma de treino/ exercícios de regulação emocional nos seus protocolos de intervenção terapêutica.

Recentemente, e apesar da escassez de estudos, tem-se igualmente verificado um interesse crescente, pela regulação das emoções positivas e pela sua relação com a psicopatologia (e.g., Gross & Oshner Gruber, Mauss, & Tamir, 2011; Hechtman, Raila, Chiao, & Gruber, 2013). De facto encontram-se amplamente descritos na literatura os efeitos benéficos das emoções positivas, nomeadamente, no

bem-estar (Fredrickson, 2001), na felicidade (Fredrickson & Joiner, 2002), na resiliência perante as adversidades (e.g., Fredrickson, Tugade, Waugh, & Larkin, 2003) e na saúde (e.g., Dockray & Steptoe, 2010), sendo por isso compreensível que desde logo os indivíduos procurem, através de comportamentos ou cognições, manter ou mesmo elevar as suas experiências emocionais positivas (Wegener & Petty, 1994 como citado em Tugade & Fredrickson, 2007). Todavia, é importante ressaltar que a regulação emocional não se restringe a ‘diminuir’ a experiência e a expressão de emoções negativas e/ou a ‘aumentar’ a experiência e a expressão de emoções positivas (Cole et al., 1994), até porque existem doenças mentais que se caracterizam, quer pela presença diminuída quer pela presença amplificada de emoções positivas, e por perturbações na regulação de emoções positivas (Hechtman, Raila, Chiao & Gruber, 2013). Por exemplo, Hechtman, Raila, Chiao e Gruber (2013) alertam para o facto da diminuição de afecto positivo ser característica na depressão unipolar mas do seu excesso também ser característico na perturbação bipolar. A este respeito, existem evidências empíricas de que ambas se caracterizam pela desregulação das emoções positivas (na perturbação bipolar, e.g., Gruber, 2011,; na depressão unipolar, e.g., McMakin, Santiago, & Shirk, 2009)¹⁷. De facto, existem evidências crescentes de que os défices e/ou dificuldades na regulação das emoções positivas estão presentes numa variedade de quadros clínicos (uma revisão destes estudos foi apresentada por Gilbert, 2012 e por Carl, Soskin, Kernsa & Barlow, 2013). Neste sentido, é possível derivar que a regulação adaptativa das emoções positivas implica ser capaz, de forma flexível, ‘aumentar’ (no original *upregulate*) ou ‘diminuir’ (no original *downregulate*) as emoções positivas de acordo com os objectivos pessoais e restrições colocadas pela situação (Carl, Soskin, Kernsa & Barlow, 2013, p.346)

Em síntese é possível afirmar que os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos neste âmbito mostram que a regulação quer das emoções de valência positiva, quer as emoções de valência negativa, têm importantes implicações na conceptualização da fenomenologia das perturbações emocionais e no desenvolvimento de protocolos de intervenção terapêutica, dado que, em relação a ambas se verifica que os défices na regulação das emoções podem funcionar como um factor de risco e/ ou de manutenção para os distúrbios emocionais enquanto uma regulação emocional adaptativa poderá constituir-se como um factor protector das doenças mentais.

2.2. Os processos transdiagnósticos de regulação emocional

2.2.1. Ruminação

2.2.1.1. A ruminação no âmbito da Teoria dos Estilos de Resposta

Apesar de nas últimas décadas o constructo de ruminação ter sido amplamente estudado, sobretudo na relação estreita e empiricamente validada que tem com a depressão, encontramos na literatura uma multiplicidade de definições. Uma das conceptualizações mais amplamente utilizadas de ruminação, entre clínicos e investigadores, foi desenvolvida por Nolen-Hoeksema como parte da *Teoria dos Estilos de Resposta* (Response Styles Theory; Nolen-Hoeksema, 1987, 1991, 2004). Desenvolvida inicialmente para explicar a relação entre a ruminação e a depressão, esta teoria conceptualiza a ruminação como um estilo específico ou método de *coping* para lidar com as emoções negativas, com o humor depressivo e com os sintomas perturbadores. Mais concretamente, segundo esta teoria, a ruminação envolve uma atenção auto-focada (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993), que se caracteriza pela auto-reflexão (Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990) e pelo foco passivo e repetitivo na experiência de emoções negativas e nos sintomas perturbadores experienciados, assim como nas suas possíveis causas,

¹⁷ Uma revisão detalhada dos estudos que associam o défice ou o excesso de emoções positivas e as dificuldades na regulação das emoções positivas a diferentes doenças mentais (entre as quais a depressão unipolar e a perturbação bipolar que foram anteriormente mencionadas) encontra-se descrita em Hechtman et al., 2013).

significados e consequências (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994). Dado que a tendência para ruminar sobre as emoções negativas permanece estável, mesmo quando o humor depressivo decresce, e a ruminação continua a prever episódios depressivos futuros, mesmo quando controlados os níveis iniciais de sintomas depressivos, vários estudos sugerem que este estilo de resposta constitui uma diferença individual estável, um traço, que representa o estilo de *coping* característico com que o indivíduo tipicamente responde aos eventos de vida negativos e ao humor depressivo, em vez de um processo ocasionado pelo estado de humor atual ou condição clínica (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Morrow, & Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema Parker, & Larson, 1994; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Vários estudos demonstraram ainda que as mulheres são particularmente vulneráveis a este estilo de pensamento perseverante e inflexível, e que isso poderá ajudar a explicar as diferenças de género encontradas na depressão (e.g. Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). Nolen-Hoeksema e Jackson (2001) consideram que um dos motivos que poderá justificar as diferenças de género na ruminação é de que as mulheres tendem a acreditar que as suas emoções negativas são incontroláveis.

2.2.1.2. A relação entre ruminação e depressão: quais as consequências do estilo de pensamento ruminativo?

A relação entre a ruminação e a síndrome depressiva tem sido amplamente estudada, com vários estudos a demonstrarem que os indivíduos que tendem a ruminar quando deprimidos ou disfóricos, têm períodos de humor depressivo de maior severidade e duração. Por exemplo, vários estudos laboratoriais, utilizando manipulações experimentais, demonstram que, quando indivíduos disfóricos são induzidos a ruminar¹⁸ os seus níveis de humor depressivo mantêm-se ou intensificam-se e são mais prolongados, mas se em alternativa, forem induzidos a se distraírem¹⁹ ocorre uma diminuição na duração e na severidade do seu humor depressivo por um curto período de tempo; já o mesmo não verifica em indivíduos que não se encontram disfóricos, nos quais a indução de ruminação ou distração não exerce qualquer alteração significativa no seu estado de humor (e.g., Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). Adicionalmente, alguns estudos longitudinais demonstram que, mesmo após se controlar estatisticamente os níveis iniciais de humor depressivo, a indução de respostas ruminativas continua a prever a severidade do humor depressivo (e.g. Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994). De facto, a tendência para ruminar em resposta ao humor negativo constitui um factor de risco para a ocorrência futura de episódios depressivos, e para a sua severidade, mesmo em indivíduos que não estavam previamente deprimidos (e.g., Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000).

Existem vários mecanismos através dos quais se hipotetiza que a ruminação prolongue, intensifique e exacerbe a perturbação emocional (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Lyubomirsky & Tkach, 2004). Um mecanismo possível através do qual a ruminação pode prolongar e intensificar o humor depressivo é amplificando o pensamento negativo (congruente com o estado de humor), tornando-o mais frequente e saliente, e deste modo criando um *ciclo vicioso de processamento cognitivo – afectivo* nos indivíduos disfóricos ou deprimidos (Nolen-Hoeksema, 1991; Ciesla & Roberts, 2007). Vários estudos demonstram que quando os indivíduos disfóricos são induzidos a ruminar recuperam mais memórias negativas do seu passado, recordam-se dos eventos negativos como tendo ocorrido mais frequentemente, tendem a fazer avaliações e atribuições auto-derrotistas pelos seus

¹⁸ Nesta condição experimental era solicitado aos participantes que focassem os seus pensamentos no significado, causas e consequências dos seus estados emocionais e problemas de vida correntes.

¹⁹ Nesta condição experimental era pedido aos participantes para manterem a sua atenção em aspectos externos, não relacionados com o seu estado de humor corrente, por exemplo dirigida em torno de pensamentos e actividades agradáveis ou neutras.

problemas atuais, expressam uma reduzida autoconfiança relativamente à sua capacidade para ultrapassar os seus problemas e baixas expectativas relativamente à ocorrência de eventos positivos no futuro, comparativamente aos que foram induzidos a distraírem-se ou aos indivíduos não disfóricos quando induzidos a ruminarem ou se a distraírem (e.g., Lyubomirsky et al., 1998; Lyubomirsky et al., 1999; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). Deste modo, ao aumentar o efeito do humor depressivo no pensamento, a ruminação torna mais provável que os indivíduos utilizem os seus pensamentos negativos e as memórias ativadas pelo humor depressivo para tentarem compreender os eventos correntes (Nolen-Hoeksema, 2004). Adicionalmente, as pessoas que cronicamente ruminam reportam terem menos suporte social e mais episódios de atrito social (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Wisco e Lyubomirsky, 2008). A literatura existente acerca da ruminação sugere a hipótese de que a ruminação depressiva esteja associada a um conjunto específico de dificuldades interpessoais, nomeadamente a um estilo de vinculação ansioso (Saffrey & Ehrenberg, 2007), a um estilo interpessoal dependente, carente e “pegajoso” (Spasojevic & Alloy, 2001), a uma visão menos favorável dos outros (Schwartz, & McCombs, 1995), e uma menor satisfação nos relacionamentos (Kuehner & Bueger, 2005). Lam, Schuck, Smith, Farmer, e Checkley (2003) demonstraram igualmente que a ruminação apresenta correlações positivas e significativas com várias dificuldades interpessoais relacionadas com o controlo, a assertividade, a submissão, a intimidade, e pior funcionamento social no geral.

Contudo, o facto de a ruminação estar associada a tantos efeitos detrimenais, coloca o desafio aos clínicos e investigadores, de procurar averiguar porque é que os indivíduos tendem a ruminar, ou dito de outro modo, qual a função da ruminação?

2.2.1.3. Qual a função da ruminação?

De acordo com o *Modelo da Função Executiva Auto-Reguladora* (Self-Regulatory Executive Function: Wells & Matthews, 1994) a ruminação pode ser conceptualizada como uma estratégia de *coping*. Mais concretamente, de acordo com este modelo, para avaliarmos a função da ruminação temos que avaliar as crenças metacognitivas que os indivíduos têm acerca da ruminação, dado que são essas crenças que os predis põem a desenvolver e a manter um estilo de pensamento ruminativo, perseverante e negativo. Vários estudos demonstram que tanto as crenças metacognitivas positivas (acerca dos benefícios e vantagens da ruminação como estratégia de *coping*), como as crenças metacognitivas negativas (associadas à ideia de incontrolabilidade e perigo em ruminar ou de que a ruminação poderá acarretar graves consequências interpessoais e sociais), estão associadas ao pensamento ruminativo em indivíduos deprimidos (Papageorgiou & Wells, 2001). Assim, de acordo com *Modelo Metacognitivo para a Ruminação* (Papageorgiou e Wells, 2003, 2004) e de acordo com estudos conduzidos em amostras clínicas, os indivíduos deprimidos tendem a ruminar porque têm crenças metacognitivas positivas de que a ruminação é vantajosa e benéfica como estratégia de *coping* para obter uma melhor compreensão acerca dos problemas, eventos de vida, e dos seus estados emocionais, sendo que por sua vez as crenças metacognitivas negativas, medeiam a relação entre a ruminação e a depressão (Papageorgiou & Wells, 2003)

De acordo com Martin e Tesser (1996) a ruminação deve ser conceptualizada como uma tentativa de resolução de problemas, uma estratégia auto-regulatória geralmente adaptativa, implementada para alcançar objectivos valorizados, sendo então a sua função, a de ajudar os indivíduos a reduzir ou a eliminar a discrepância entre a situação/estado corrente e o que consideram ideal.

Já de acordo com a *Teoria dos Estilos de Resposta*, os indivíduos ruminam porque acreditam que ao fazê-lo irão ganhar um profundo *insight* acerca das causas e significados das suas emoções, sobre os

seus problemas, e que com isso poderão obter alívio sobre os seus sintomas (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubormirsky, 2008; Lyubormirsky & Tkach, 2004). Vários estudos mostram, que os indivíduos ruminativos focam-se cognitivamente nos seus problemas e estados emocionais negativos porque acreditam, erroneamente, que a ruminação promove um melhor *insight* e ajustamento (e.g. Papageorgiou & Wells, 2001; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Contudo, apesar de acreditarem que estão a ganhar *insight* acerca de si próprios e dos seus problemas, vários estudos mostram que (para além das consequências perniciosas anteriormente descritas) a ruminação, ao tornar o pensamento mais pessimista e fatalista, impede uma efetiva resolução de problemas (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). Estudos experimentais demonstraram que os indivíduos disfóricos quando induzidos a ruminar falham em encontrar soluções efetivas para os seus problemas, tendem a avaliá-los como irresolúveis e avassaladores, ou mesmo quando geram soluções válidas, mostram uma reduzida autoconfiança, elevada hesitação e falta de compromisso, optando pela sua não implementação (Lyubomirsky et al., 1999; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Ward, Lyubomirsky, Sousa, & Nolen-Hoeksema, 2003). Adicionalmente, os estudos mostram que mesmo quando há o reconhecimento de que actividades agradáveis e distráteis poderiam melhorar o seu estado de humor, os indivíduos disfóricos que ruminam apresentam uma reduzida iniciativa e motivação, às quais se associa a falta de confiança nas suas capacidades para implementarem eficazmente comportamentos instrumentais (e.g. Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993), conduzindo que em alternativa se envolvam em introspecções que só exacerbem o seu estado depressivo (Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990).

2.2.1.4. Ruminação: constructo unidimensional ou multidimensional?

Uma questão intrinsecamente associada à anterior é saber se a ruminação é melhor conceptualizada como um constructo unitário ou multidimensional, e sendo multidimensional, se é possível existirem formas de ruminação, cada uma com diferentes propriedades funcionais. A resposta a esta questão é de extrema importância, se tivermos em consideração que a ruminação prediz uma pior a resposta ao tratamento nos doentes deprimidos (Ciesla & Roberts, 2002; Schmaling, Dimidjian, Katon, & Sullivan, 2002), e que uma melhor compreensão do constructo poderá ajudar a desenvolver protocolos terapêuticos mais eficazes.

De facto, a ideia de que a ruminação não é um constructo unitário, mas composto por diferentes dimensões ou facetas, e de que como tal, poderão existir formas de ruminação (ou dito de um modo mais geral, de auto-focos) que sejam mais adaptativas, tem vindo a reunir consenso entre teóricos e investigadores nos últimos anos (e.g., Trapnell & Campbell, 1999; Treynor, Gonzales, & Nolen-Hoeksema, 2003; Watkins & Teasdale, 2001). Por exemplo, Watkins e colegas (Watkins & Teasdale, 2001, 2004) distinguiram entre dois modos de auto-focos ruminativo: a *ruminação analítica* ou *modo conceptual – avaliativo* (*'analytic self-focus attention'*), caracterizado por uma orientação analítica, abstracta, conceptual-avaliativa acerca do eu, das causas, significados e consequências dos pensamentos, emoções e das circunstâncias correntes, e a *ruminação concreta* ou *modo experiencial* (*"mindful experiencing/ being"*) que envolve uma atenção não – avaliativa, intuitiva, direta, que consiste em experienciar os pensamentos, emoções e sensações físicas no momento presente. Estudos experienciais demonstraram que a forma de ruminação mais abstracta e avaliativa apresenta consequências negativas, comparativamente com a forma de ruminação mais concreta e experiencial, ao conduzir por exemplo, a auto-avaliações globais mais negativas em doentes deprimidos, como avaliações de que o eu não tem valor ou é incompetente (Rimes & Watkins, 2005) e ao piorar as habilidades de resolução de problemas interpessoais (Watkins & Moulds, 2005).

Também Trapnell e Campbell (1999) propuseram a distinção entre duas formas de auto-conscienciosidade privada. A forma *ruminativa* (*'self-rumination'*), que se correlaciona com o traço de personalidade de neuroticismo e que se caracteriza por um auto-foco negativo, perseverante, recorrente, que é motivado pela percepção de ameaças, perdas ou injustiças para com o eu e que contribui para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos. Já a forma *reflexiva* (*'self-reflection'*) correlaciona-se com o traço de personalidade de abertura à experiência, é motivada pela curiosidade e interesse acerca do eu, e que por isso está associada a uma promoção do autoconhecimento.

Por fim, Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema (2003), também referem que a atenção auto-focada pode ser subdividida em duas dimensões, a reflexiva (*"reflective pondering"*), mais adaptativa, que consiste em voltar, propositadamente, a atenção internamente na tentativa de compreender as razões do humor depressivo e orientada para a resolução dos problemas com o intuito de aliviar o humor depressivo; e a dimensão cismar (*"brooding"*), mais desadaptativa, que corresponde ao processo de comparar a situação corrente com um patamar ainda não alcançado e que consiste no pensamento perseverante centrado nos obstáculos à resolução dos problemas e nas consequências negativas do humor depressivo. Esta diferenciação partiu da evidência de que, a dimensão *cismar* estava fortemente associada com índices mais elevados de depressão no presente e que predizia um aumento dos sintomas depressivos no futuro, enquanto a dimensão *reflexiva* estava modestamente associada com os índices depressivos no presente, mas predizia prospectivamente (um ano depois) uma redução do afecto negativo, possivelmente por conduzir a uma efetiva resolução dos problemas, e que por isso se constituía como a dimensão mais adaptativa da ruminação. Contudo, se a maioria dos estudos forneceram evidências empíricas para a natureza desadaptativa da dimensão cismar (Treynor et al., 2003), diversos estudos demonstram evidências contraditórias relativamente à natureza adaptativa de um estilo de auto-focos mais reflexivo, considerando que a natureza benigna desta forma de auto-focos é mais difícil de comprovar. Por exemplo, Rude, Maestes e Neff (2007) numa amostra de estudantes universitários mostraram (utilizando uma versão ligeiramente diferente da escala de *Escala de Respostas Ruminativas* original de Nolen-Hoeksema e Morrow, 1991, mas da qual foram igualmente retirados os itens que faziam referência a sintomas de depressão, à semelhança do que fizeram Treynor et al, 2003) que se é verdade que a dimensão reflexiva apresentava correlações significativamente de menor magnitude com os sintomas de depressão e de supressão do pensamento, comparativamente às obtidas com a dimensão cismar, também é verdade que a dimensão reflexiva se associava positivamente com esses constructos. Assim, na tentativa de explorar estes resultados os investigadores procederam a alterações no conteúdo dos itens, para desenfatizar a qualidade julgamental negativa (de auto-crítica) que em sua opinião alguns itens pareciam acoplar, e verificaram, no caso da dimensão reflexiva (não-julgamental), que esta deixou de estar significativamente correlacionada com a depressão e com a supressão do pensamento. Já em relação à dimensão cismar, não foi encontrado um padrão diferencial (quando comparado com a dimensão original), o que segundo os investigadores pode dever-se ao facto dos itens que compunham essa dimensão apenas terem sofrido alterações marginais (ao contrário do que aconteceu para dimensão reflexiva) continuando a manterem-se alusões à experiência de afecto negativo e/ou ao julgamento negativo das experiências e/ ou eventos pessoais nesses itens. Em conjunto estes resultados colocam a possibilidade da propriedade nociva da ruminação (sobretudo característica da dimensão cismar) residir no julgamento negativo que envolve a atenção prestada aos estados emocionais negativos.

Outra linha de investigação foi seguida por Joormann, Dkane e Gotlib (2006), utilizando o *Ruminative Response Scale* (Treynor, Gonzales, & Nolen-Hoeksema, 2003), que compararam quatro amostras _ uma de doentes com diagnóstico atual de perturbação depressiva major, outra de doentes com diagnóstico passado de episódio depressivo major, mas em remissão total, outra amostra clínica de doentes com fobia social, e por fim, uma amostra de controlo (sem diagnóstico presente ou história de qualquer

perturbação do eixo I)_ nas duas dimensões que compõem a escala²⁰ (a dimensão cismar e a dimensão reflexiva). Os resultados obtidos levaram-nos a sugerir que a dimensão cismar: 1) diferenciava o grupo com perturbação depressiva major (que apresentou maiores pontuações) dos restantes; mas 2) não diferenciava os grupos com perturbação depressiva major em remissão e o grupo com fobia social entre si, mas diferenciava ambos da amostra de controlo (que apresentou pontuações significativamente mais baixas). Já a dimensão reflexiva só diferenciava significativamente o grupo com perturbação depressiva major (que apresentou pontuações superiores) do grupo de controlo. Adicionalmente os resultados mostraram que enquanto as duas dimensões (cismar e reflexiva) se correlacionavam significativamente entre si e com os sintomas depressivos no grupo com perturbação depressiva *major*, no grupo de controlo apesar das duas dimensões se correlacionarem significativamente entre si, somente a dimensão cismar se correlacionava significativamente com os sintomas depressivos. Em conjunto estes resultados mostraram que, apesar de a dimensão cismar não ser um factor específico da depressão (dado que também noutros quadros clínicos surgiu num nível superior comparativamente ao grupo de controlo), os indivíduos deprimidos são os que apresentam níveis mais elevados. Contudo, e porque os indivíduos que estavam em remissão apresentaram pontuações significativamente superiores ao grupo de controlo, é possível afirmar que a dimensão cismar, persiste mesmo com a diminuição do humor depressivo, e como tal, se constitui como um estilo cognitivo estável. Contudo, se os resultados mostram que a dimensão cismar é claramente mal-adaptativa e associada ao humor depressivo, os resultados são menos claros para a dimensão reflexiva, sobretudo em amostras clínicas de deprimidos, porque foi igualmente nessa amostra clínica que os investigadores obtiveram pontuações mais elevadas. Uma das hipóteses avançadas por estes é de que a reflexão possa ser um estilo cognitivo adaptativo útil na resolução de problemas correntes, ou em regular o humor depressivo, mas somente na ausência de sintomas depressivos e da dimensão cismar, propondo a possibilidade de nos doentes deprimidos, as duas dimensões se perpetuarem mutuamente (Joormann, Dkane, & Gotlib, 2006). Apenas referir que esta interpretação dos resultados não é isenta de críticas, até porque um estudo conduzido por Takano e Tanno (2009) contraria a hipótese de existir um ciclo perpetuador entre auto-reflexão e auto-ruminação ao demonstrar que enquanto auto-reflexão prediz a auto-ruminação o contrário não acontece. Ou seja, assim que os indivíduos reflexivos passam a auto-ruminar eles não são mais capazes de adoptar uma abordagem construtivista para lidar com os seus problemas correntes.

2.2.1.5. A ruminação como um processo transdiagnóstico na psicopatologia

Uma das questões que tem vindo a receber maior atenção entre clínicos e investigadores nos últimos anos, é a possibilidade da ruminação não ter uma relação específica com a depressão mas ser um constructo transdiagnóstico a vários quadros clínicos. Por exemplo, baseando-se na elevada comorbilidade entre a depressão e a ansiedade, vários estudos procuraram avaliar se a ruminação está associada, e se pode mesmo constituir um factor de risco, para o desenvolvimento das perturbações de ansiedade (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002; Hong, 2007). Alguns estudos demonstram mesmo que a ruminação prediz sintomas de ansiedade em indivíduos com perturbações depressivas (e.g., Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz, & van Os, 2008) o que reforça a ideia defendida por alguns investigadores (e.g., Nolen-Hoeksema, 2000) de que a ruminação possa ser especialmente característica em pessoas com sintomas mistos de ansiedade/ depressão e ser um dos mecanismos responsável pela elevada comorbilidade entre as perturbações de ansiedade e a depressão (e.g., McLaughlin & Hoeksema, 2011).

Vários estudos demonstram ainda que ruminação está associada a diversos quadros clínicos, nomeadamente à hipomania (Knowles, Tai, Christensen, & Bentall, 2005), ao jogo patológico

²⁰ No ponto seguinte as duas dimensões da escala serão descritas detalhadamente.

(Washington, 2006), à ansiedade social (Harvey, Ehlers, Clark, 2005), ao stresse pós-traumático (Michael, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007) e à ansiedade generalizada (Fresco, Frankel, Mennin, Turk, & Heimberg, 2002). Numa amostra composta por adolescentes do género feminino verificou-se que a tendência para ruminar, em resposta ao humor depressivo, predizia o início dos episódios de ingestão compulsiva e aumentava os sintomas bulímicos (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, Bohon, 2007). Num outro estudo (Rawal, Park, & Williams, 2010), conduzido numa amostra de estudantes universitários, mostrou que os sintomas de patologia alimentar (e.g., restrição alimentar, preocupações com a alimentação, peso e forma corporal) prediziam significativamente a ruminação (cismar) e o evitamento experiencial (mesmo quando se controlava os sintomas depressivos e ansiosos). Adicionalmente, a comparação entre uma amostra de doentes com diagnóstico de anorexia nervosa e uma amostra não clínica mostrou que a amostra clínica apresentava significativamente mais ruminação (cismar) e evitamento experiencial (mesmo quando se controlava os sintomas depressivos, de ansiedade e o índice de massa corporal). Também Watkins (2009), estudou a ruminação, em indivíduos clinicamente deprimidos, que apresentavam em comorbidade outros sintomas e/ ou diagnósticos do eixo I e/ ou do eixo II. Os seus resultados demonstraram que a dimensão cismar, mas não a dimensão reflexão, estava significativamente associada com o diagnóstico de perturbação obsessivo compulsiva e com a perturbação de ansiedade generalizada, mesmo após serem controlados os níveis de sintomas depressivos. A ruminação apresentava-se igualmente correlacionada aos traços borderline de instabilidade e inconsistência (nas relações, identidade, auto-imagem, objectivos, carreira e planos), mas não com os traços borderline de impulsividade, baixo controlo da raiva ou auto-dano.

A ruminação também conduz ao aumento da raiva (Rusting & Nolen-Hoeksema, 1998), e a comportamentos agressivos (Bushman, Bonacci, Pederson, Vasquez, & Miller, 2005) e encontra-se significativamente associada à vergonha, tendo sido já comprovado que a ruminação medeia parcialmente a relação entre a vergonha e a depressão (Cheung, Gilbert, & Irons, 2004). A ruminação tem sido igualmente associada a uma variedade de comportamentos de desregulação (impulsivos e auto-lesivos), como os comportamentos de auto-dano não suicidários (Armey & Crowther, 2008; Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008), os episódios de ingestão compulsiva de álcool e/ ou sintomas de abuso de álcool (e.g. Nolen-Hoeksema & Harrell, 2002; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007). A ruminação prediz ainda a ideação suicida ao longo do tempo (Miranda & Nolen-Hoeksema, 2007; Smith, Alloy, & Abramson, 2006).

Todos estes estudos fornecem evidências acerca da possibilidade da ruminação poder ser um processo transdiagnóstico, ou seja, um processo cognitivo que contribui causalmente para o desenvolvimento de diferentes quadros clínicos.

2.2.2. Evitamento experiencial

2.2.2.1. O evitamento experiencial no âmbito da Terapia da Aceitação e do Compromisso (ACT)²¹

A *Terapia da Aceitação e do Compromisso* (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) pertence, entre outras abordagens contextualísticas, à designada *terceira geração* ou *terceira vaga* das Terapias Cognitivo-

²¹ Ao longo da presente dissertação será utilizada a sigla original ACT (e não TAC, na tradução para a língua portuguesa) como referência à Terapia da Aceitação e do Compromisso dado que a sigla deve ser pronunciada como uma palavra "ACT" e não como as iniciais "A-C-T" (e.g., Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Hayes, Levin, et al., 2013; Vilardaga, Hayes, & Schelin, 2007). Mais especificamente, o nome ACT sugere em si mesmo o "algoritmo para alcançar flexibilidade psicológica" (Hayes, Kirk, & Strosahl, 1999 p.60), no qual "A" representa o processo de aceitação (no original *accept*), "C" a escolha de uma direcção de vida valorizada (no original *choose*) e "T" o compromisso com a acção consistente com os valores (no original *take action*).

Comportamentais²² (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, Lillis, 2006). O modelo ACT para a psicopatologia é ilustrado na forma de um hexágono (figura 1) no qual cada vértice corresponde a um dos seis processos nucleares que se interligam e interagem_ fusão cognitiva, evitamento experiencial, vinculação a um eu conceptualizado, domínio de um passado e futuro conceptualizado/ auto-conhecimento limitado, ausência de clareza/ de contacto com os valores pessoais e inação, impulsividade ou evitamento persistente_ que se hipotetiza que contribuem/ causem grande parte do sofrimento humano e da psicopatologia (Hayes, Luoma et al., 2006; Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Estes seis processos agrupam-se sobre o constructo central de *inflexibilidade psicológica* (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013).

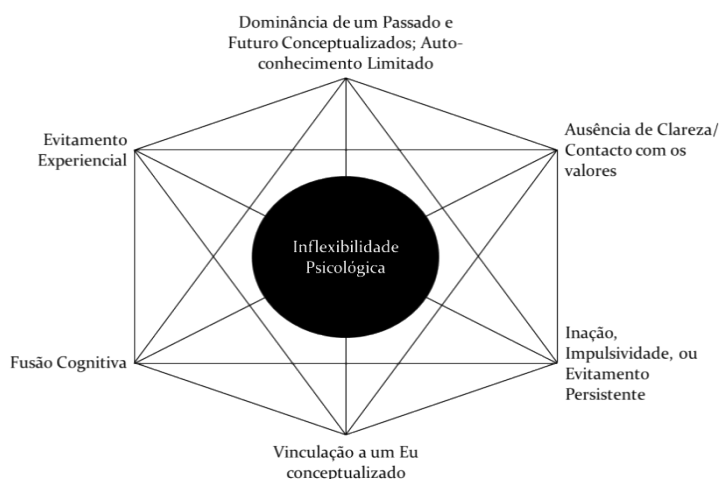


Figura 1: O modelo ACT para a Psicopatologia (figura retirada de Luoma, Hayes, & Walser, 2007, p. 12).

Fusão cognitiva. Refere-se aos contextos em que ocorre o domínio dos processos cognitivos/ verbais (as funções dos estímulos derivadas das redes relacionais), sobre outras fontes não-verbais de controlo dos estímulos, na regulação do comportamento (Hayes, 2004a, Hayes, Levin, et al., 2013) e em que ocorre uma perda da capacidade de distinguir os pensamentos dos eventos reais (Flaxman & Bond, 2010). Dito de outro modo, a fusão cognitiva ocorre quando a função avaliativa e literal da linguagem e da cognição (i.e., a crença de que um pensamento que interpreta a experiência é literalmente verdadeiro) se sobrepõe à função da experiência actual e directa (não-verbal), passando a exercer, através de regras verbais rígidas e inflexíveis, um controlo dominante sobre o comportamento (e.g., Blackledge & Hayes, 2001; Levin & Hayes, 2011, Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005) que se torna progressivamente mais rígido e inflexível (Hayes, 2004b). Dado que o que é problemático não é tanto o que pensamos, mas o modo como nos relacionamos com o que pensamos (Luoma, Hayes, & Walser, 2007), a tónica da intervenção em ACT é colocada nos processos verbais que dão lugar às transformações disfuncionais das funções de estímulo (Hayes, 2005). O argumento é de que as redes relacionais funcionam no sentido aditivo e não subtractivo (sendo difícil alterar o conteúdo de relações verbais historicamente condicionadas), o que conduz a que qualquer tentativa deliberada para tentar alterar/ corrigir o conteúdo cognitivo negativo (e.g., desafiar a racionalidade do pensamento) irá aumentar a importância funcional desse evento cognitivo (tornando-o mais central, notado, importante e saliente; Hayes, Levin, et al., 2013). E mesmo com treino directo contraditório é difícil quebrar as redes relacionais

²² Segundo Hayes (2004a) a terapia comportamental tradicional e a terapia cognitivo-comportamental correspondem, respectivamente, à primeira e à segunda geração da terapia comportamental.

estabelecidas (Wilson & Hayes, 1996). Assim, a intervenção ACT pretende criar novos contextos não-literais/ não-avaliativos nos quais as transformações verbais problemáticas das funções dos estímulos são enfraquecidas através de exercícios de defusão cognitiva que ajudam a distinguir entre o componente *avaliativo* da linguagem, que está associado às propriedades de estímulo arbitrárias (que surgem da experiência indirecta/ através dos processos verbais) e o componente *descritivo* da linguagem associado às propriedades formais do estímulo (que podem ser percebidas a partir da experiência concreta e directa com a realidade; Hayes, 2005)²³. Em resultado da defusão cognitiva ocorre uma diminuição na credibilidade dada aos eventos privados mas não necessariamente uma diminuição imediata na sua frequência (Hayes, Luoma et al., 2006).

Evitamento experiencial²⁴. Refere-se ao processo que ocorre quando o indivíduo se mostra incapaz de permanecer em contacto com as suas experiências privadas (e.g., sensações corporais, pensamentos, emoções, memórias, imagens, predisposições comportamentais) e adopta esforços deliberados para controlar ou alterar a forma, a frequência ou a intensidade dessas experiências ou dos contextos que as ocasionam, mesmo quando estas formas de evitamento ou de escape são ineficazes, desnecessárias e causam consequências sociais, emocionais, cognitivas e comportamentais prejudiciais (e.g., Hayes, et al., 1996; Hayes, 1994, Hayes et al., 1999; Ciarrochi et al., 2010). Neste sentido, o evitamento experiencial refere-se aos contextos particulares nos quais o indivíduo responde aos eventos privados aversivos através de tentativas de supressão, evitamento ou controlo da sua ocorrência (Levin & Hayes, 2011).

Domínio de um passado ou futuro conceptualizado/ auto-conhecimento limitado. Os contextos que promovem a fusão e o evitamento experiencial removem o indivíduo do contacto com as experiências que ocorrem no aqui e no agora e com as contingências directas do momento presente (Hayes, Levin, et al., 2013), passando o passado ou o futuro conceptualizados através de avaliações e regras verbais a dominar sobre a experiência presente (Hayes, 2004a, Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Isto conduz a uma redução da consciência contínua e flexível sobre as experiências privadas e a que o “comportamento tenda a ser dominado por pensamentos e reações historicamente programadas, resultando em mais do mesmo comportamento que ocorreu no passado” (Luoma, Hayes, & Walser, 2007, p. 15). Neste sentido, a intervenção em ACT procura encorajar o desenvolvimento do “eu como processo”, ou seja, o noticiar contínuo, flexível, defusionado e não-julgamental dos eventos privados e ambientais quando fazê-lo é útil para o alcance de objectivos pessoais valorizados, passando a linguagem a ser utilizada mais como uma ferramenta para noticiar e descrever do que para julgar ou prever as experiências privadas (Hayes, Levin, et al., 2013; Hayes, Luoma et al., 2006).

Vinculação a um eu conceptualizado. O eu conceptualizado ocorre quando a linguagem literal é aplicada ao próprio “eu”, desenvolvendo-se um eu rigidamente fusionado às histórias avaliativas (sobre quem nós somos) que passamos a defender (Levin & Hayes, 2009a). Segundo Luoma, Hayes, e Walser (2007) o problema é que as histórias que criamos acerca de nós passam a ser consideradas verdadeiras, porque estão ‘correctas’ (justificadas pela correspondência entre as formulações verbais e os factos ‘supostamente’ objectivos que as comprovam) apesar de nem sempre serem úteis à nossa vida (dado que passamos a tentar resolver os nossos problemas dentro dessa história quando tal pode não ser possível, e a considerar todas as soluções fora dela como sendo inválidas). Neste sentido, a intervenção

²³ A ACT foi desenvolvida a partir de uma terapia designada por “*Comprehensive Distancing*” (Zettle & Hayes, 1986), cuja designação pretendia enfatizar a ideia de que um dos processos cruciais de mudança seria o distanciamento (Zettle, 2005). Segundo Levin e Hayes (2011) apesar da Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional estipular a importância de ocorrer um afastamento dos pensamentos disfuncionais de modo a noticiá-los como crenças e não como factos reais, a ênfase da intervenção terapêutica (ao contrário do que acontece na ACT), não é colocada no processo de distanciamento, mas sim na modificação dos processos cognitivos disfuncionais.

²⁴ O constructo de evitamento experiencial tem vindo a ser incorporado, de modo mais ou menos explícito, em diversas abordagens psicoterapêuticas como um processo crucial no desenvolvimento e manutenção de muitas formas de psicopatologia (Hayes et al., 1996). Nesse sentido, tem sido analisado segundo diferentes orientações teóricas, sendo que no modelo ACT, o evitamento experiencial (e a sua associação à psicopatologia) é analisado segundo a perspectiva comportamental contextual e é conceptualizado como um dos seus processos centrais que compõem o constructo mais geral de inflexibilidade psicológica.

ACT procura desenvolver um sentido do eu em perspectiva, designado por “eu como contexto”, que saiba distinguir entre *o eu* que está sempre no “*aqui e no agora*” e os pensamentos e sentimentos que o eu pode observar e perceber como ocorrendo a uma certa distância no “*ali e em seguida*” (Hayes, 2005). Neste sentido, o eu é um contexto para o conhecimento verbal e não o conteúdo desse conhecimento (Hayes, Luoma et al., 2006), tornando deste modo possível que o indivíduo possa estar consciente do seu fluxo de experiências sem necessariamente se vincular a elas (Levin & Hayes, 2009a). Pretende-se deste modo diminuir o uso excessivo de regras de controlo e, pelo contrário, aumentar a flexibilidade psicológica (Hayes, Levin, et al., 2013).

Falta de Clareza/ Contacto com os Valores. Segundo a Hayes e colegas (Hayes, Strosal, & Wilson, 1999) os valores representam o que é importante para o indivíduo, o que ele deseja e valoriza para a sua vida, o que guia e orienta continuamente o seu comportamento, ou seja, o que dá vitalidade, significado e propósito à sua vida. Os valores, enquanto qualidades de vida desejadas/ valorizadas, nunca estão terminados, dado que não constituem fins a ser alcançados; são antes directrizes de vida que se desenrolam num processo contínuo (Luoma et al., 2007). Para Hayes e colegas (Hayes, Levin, et al., 2013; Hayes, Luoma et al., 2006) os problemas surgem quando não existe clareza quanto aos valores de vida ou quando os valores são estabelecidos não com base numa escolha pessoal mas no evitamento ou escape (de emoções difíceis), na convivência social (para evitar o criticismo ou obter a aprovação social) ou na fusão (com o que se acredita que deveriam ser os valores de vida). Segundo a ACT os valores dignificam e tornam significativos os processos de aceitação, desfusão, e o estar presente, dado que estes processos têm como objectivo último ajudar o indivíduo a clarificar o caminho (i.e., a persistir ou a mudar o seu comportamento) e a desenvolver acções de acordo com os seus valores de modo a que possa viver uma vida com significado e consistente com esses valores (Hayes, Levin, et al., 2013; Levin & Hayes, 2009a).

Inação, Impulsividade, ou Evitamento Persistente. Apesar dos valores não poderem ser alcançados porque consistem em orientações/ directrizes de vida, é possível estabelecer e alcançar objectivos que sejam coerentes/ consistentes com os valores almejados e que conduzam o indivíduo na prossecução de uma vida pautada pela realização pessoal, bem-estar e vitalidade (Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Hayes, Levin, et al., 2013). Contudo, quando a escolha dos valores é efectuada com base no evitamento, convivência social ou na fusão (e não pelo que realmente queremos da vida), a vida passa a ser pautada pela concretização de objectivos a curto-prazo (e.g., evitar o sofrimento, defender o eu conceptualizado) causando um consequente estreitamento no repertório comportamental que passa a ser marcado pela inação, evitamento persistente ou impulsividade (e.g., Luoma et al., 2007). A intervenção ACT procura assim que o indivíduo desenvolva um estilo menos defensivo e mais flexível para lidar com os eventos privados aversivos, de modo a reduzir o efeito regulatório comportamental prejudicial do evitamento experiencial e da fusão cognitiva (Hayes, 2004a) e a que desenvolva padrões comportamentais cada vez mais flexíveis e eficazes (sensíveis às oportunidades dadas pelo contexto corrente) que sejam dirigidos à obtenção de objectivos coerentes com os valores de vida escolhidos (e.g., Hayes, Luoma et al., 2006; Hayes, Levin et al., 2013).

Em síntese, na perspectiva da ACT a psicopatologia é causada e mantida em grande parte pela fusão cognitiva (e.g., literalidade do pensamento) e pelo evitamento experiencial que dela (em parte) resulta (Hayes, Luoma et al., 2006), que ao conduzirem a perda de contacto com o momento presente e a uma restrição da eficácia e flexibilidade comportamental, impedem o indivíduo de se mover em torno dos seus valores nucleares (e.g., Blackledge & Hayes, 2001; Hayes et al., 2004; Levin & Hayes, 2011).

De acordo com Hayes (2004b) a ACT pretende aumentar a *flexibilidade psicológica* através do desenvolvimento de competências de desfusão cognitiva e de aceitação, do maior contacto com o momento presente, da mudança de um *eu-conceptualizado* para um *eu-como-contexto*, da distinção entre os valores e os objectivos/ acções, de uma clarificação dos valores para que a sua escolha seja

cada vez menos governada por regras verbais e para que as estratégias de mudança ou persistência comportamental sejam congruentes com os valores almejados. Como tal, a ACT pode ser descrita como uma abordagem terapêutica que usa os processos de aceitação e *mindfulness* (que incluem os processos de aceitação, desfusão, contacto com o momento presente e o eu como contexto), e os processos de compromisso e de mudança comportamental (que englobam o contacto com o momento presente, o eu como contexto, os valores e o compromisso com a acção), para produzir uma maior flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2004; Hayes, Luoma et al., 2006), definida como a habilidade para permanecer em contacto com o momento presente como um ser humano consciente, que de acordo com as oportunidades dadas pelo contexto, é capaz de mudar ou de persistir o seu comportamento, quando fazê-lo serve fins valorizados (Wilson & Murrell, 2004; Hayes, Luoma et al., 2006).

2.2.2.2. Bases teóricas e filosóficas que fundamentam a ACT

A Terapia da Aceitação e do Compromisso está filosoficamente enraizada no contextualismo funcional (Hayes, 1993; Hayes, Hayes, & Reese, 1988), uma variedade específica de contextualismo, que serve de guia e de *modus operandi* para o trabalho teórico e empírico desenvolvido no âmbito desta abordagem (Vilardaga, Hayes, & Schelin, 2007). A ciência comportamental contextual estende o ‘comportamentalismo radical’ de Skinner (Hayes, Hayes, & Reese, 1988) aos comportamentos humanos complexos devido em parte aos avanços nas teorias comportamentais da linguagem e cognição e ao desenvolvimento da análise comportamental clínica (Levin & Hayes, 2009a). Segundo esta filosofia pragmática, o objetivo e critério de verdade da análise contextual funcional são a predição e a influência dos eventos psicológicos com precisão, extensão e profundidade (Vilardaga, Hayes, & Schelin, 2007; Hayes, 1993; Hayes & Brownstein, 1986). Neste âmbito, os eventos psicológicos (e.g., emoções, pensamentos) são conceptualizados como ações contínuas (em curso) do organismo enquanto um todo a interagir com o ambiente, num contexto definido histórica (e.g., histórias de aprendizagens prévias) e situacionalmente (regras verbais, antecedentes e consequências correntes; e.g., Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2004), e não simplesmente como funções de sistemas individuais ou partes do corpo separadas (Boulanger, Hayes, Pistorello, 2010). De facto, a ACT defende que somente nos contextos históricos e situacionais que lhes dão origem e os podem influenciar é que os pensamentos podem estar relacionados a emoções ou a comportamentos manifestos, dado que é somente neles que os eventos psicológicos e as relações entre eles adquirem significado (Hayes, Levin, et al., 2013). Isto significa, que de acordo com o contextualismo funcional, os comportamentos não são causados por eventos privados (cognições ou emoções) mas sim por variáveis contextuais situadas no ambiente externo. Segundo Levin e Hayes (2009a) “ver os eventos psicológicos holisticamente dentro de um contexto histórico e situacional conduz a uma concepção funcional de causalidade em termos dos determinantes e consequências de um dado comportamento” (p.4). Esta conceptualização tem uma clara implicação para a análise funcional dos eventos psicológicos, dado que, não se podendo alterar a forma ou a estrutura de uma emoção ou pensamento específicos sem alterar os eventos contextuais nos quais os mesmos têm lugar (Hayes & Brownstein, 1986) então, qualquer intervenção assente na tentativa para alterar o conteúdo dos eventos psicológicos, é desnecessária e ineficaz (Ruiz, 2010). Mais concretamente, na Terapia da Aceitação e do Compromisso “o objetivo não é regular ou alterar a cognição ou emoção per si mas, em vez disso, alterar os contextos nos quais a cognição e a emoção ocorrem, porque é o contexto que representa as funções ou o impacto desses eventos” (Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010, p.115).

A Terapia da Aceitação e do Compromisso está ainda teoricamente enraizada na Teoria dos Quadros Relacionais (TQR; *Relational Frame Theory*; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001), um programa de investigação experimental moderno, que consiste numa abordagem contextual compreensiva dos

processos subjacentes à linguagem e cognição humanas (Hayes, 2005; Hayes et al., 2010) e que é usado para guiar o desenvolvimento da própria ACT (Hayes et al., 2006).

O pressuposto central da Teoria dos Quadros Relacionais é de que a linguagem e a cognição permitem aos humanos aprender a relacionar estímulos/ eventos mutuamente, e em combinação, sob o controlo de pistas contextuais arbitrárias (e.g., veiculadas socialmente), sem ser necessário que esses estímulos/ eventos partilhem propriedades formais (como, por exemplo, o tamanho ou a forma), e modificar as funções de eventos específicos de acordo com a relação que estabelecem com outros (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, Levin, et al., 2013; Ruiz, 2010). É devido ao treino da comunidade verbal/social que as crianças aprendem competências relacionais operantes (Berens & Hayes, 2007), e consequentemente, a verbalmente derivar relações arbitrárias baseadas nas propriedades não formais dos estímulos sem que seja necessário um treino formal de aprendizagem previamente estabelecido (Ruiz, 2010). Por exemplo, a aprendizagem de que o tamanho das moedas não corresponde ao seu valor monetário, implica que a criança deixe de comparar as moedas entre si pelo seu tamanho físico (por uma propriedade formal) e que as funções que lhes estão associadas sejam transformadas, baseadas no estabelecimento de relações arbitrárias que foram veiculadas por convenções sociais (e.g., Fletcher & Hayes, 2005; Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004; Ruiz, 2010).

Segundo a TQR os comportamentos verbais têm três propriedades: o *vínculo mútuo* (se num dado contexto, A está associado a B, então pode derivar-se que existe alguma relação entre B e A), o *vínculo combinatório* (dois ou mais estímulos que adquiram a propriedade de vínculo mútuo podem estabelecer relações combinatórias) e a *transformação das funções de estímulos* (as funções dos eventos em redes relacionais podem ser transformadas em termos das suas relações subjacentes; Hayes et al., 2004; Ruiz, 2010). Por exemplo, se uma criança aprender a relacionar, comparativamente, a altura de três crianças (i.e., que nesse *contexto relacional*, o João é mais alto que o Pedro e o Pedro é mais alto que o Mário) e se lhe for dito que ser alto é vantajoso para jogar basquete (nesse *contexto funcional*) a criança vai escolher o João para a sua equipa, e a preterir o Pedro e o Mário, (apesar de ser possível que nunca tenha visto nenhum dos três a jogar basquetebol) devido ao facto de que a partir do momento que foi atribuída uma função reforçadora ao João, as funções dos outros elementos foram modificadas de acordo com a rede relacional específica que foi estabelecida entre eles (adaptado de Ruiz, 2010).

Quando as três características estão presentes dá-se o nome de rede/ quadro relacional (*relational frame*), sendo que, devido à natureza bidireccional da linguagem, os estímulos podem estabelecer relações derivadas de oposição, diferença, hierarquia, temporais, avaliativas e comparativas entre muitas outras (Fletcher & Hayes, 2005, Ruiz, 2010). Os quadros relacionais são regulados quer pelo contexto relacional que determina a natureza da relação (i.e., como e quando os eventos são relacionados) quer pelo contexto funcional que ativa as funções psicológicas que são relevantes para uma dada relação derivada (i.e., determina quais as funções que vão ser transformadas nessa rede relacional; Hayes, Levin, et al., 2013; Boulanger et al., 2010).

Se aplicado aos estímulos cognitivos, poderíamos dizer que o contexto relacional determina o que pensamos e o contexto funcional determina o impacto psicológico do que pensamos (Hayes, Levin, et al., 2013). Neste sentido as cognições, emoções, memórias e sensações corporais têm impacto não somente devido à sua forma ou frequência, mas através do contexto em que ocorrem, sendo que contextos problemáticos, como aqueles que determinam que os eventos privados devem ser controlados, explicados, acreditados ou desacreditados, conduzem à psicopatologia (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004).

Com o tempo e à medida que o reportório verbal se desenvolve torna-se cada vez mais difícil distinguir entre as funções directas (baseadas somente nas propriedades formais dos eventos) e as funções transformadas verbalmente, com as redes relacionais a tenderem a dominar sobre outras fontes de

regulação comportamental como a aprendizagem moldada pelas contingências situacionais (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). A importância para a clínica das redes relacionais advém do facto de que a função de um dos elementos da rede pode alterar as funções dos restantes elementos da rede, o que amplifica grandemente o impacto dos eventos aversivos ao tornar possível aos humanos preocuparem-se acerca do seu desempenho, avaliá-lo como insatisfatório, compararem-se a si próprios ou um parceiro desfavoravelmente em relação a um ideal, comparar o presente a um passado conceptualizado, ou comparar o presente a um futuro receado ou desejado, e gerarem regras para responder a uma variedade de novas situações (Boulanger et al., ; Hayes, 2004b). Ainda a este respeito Hayes e colegas (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) postulam que “a bidirecionalidade das relações verbais torna o auto-conhecimento útil, mas também torna o auto-criticismo ou o auto-evitamento quase inevitável” (p. 46).

Assim podemos afirmar que um dos motivos pelos quais os humanos procuram activamente evitar as avaliações auto-referenciais negativas e as avaliações excessivamente negativas dos seus eventos privados através de tentativas improdutivas de controlo, supressão e evitamento é a impossibilidade de evitar o sofrimento psicológico que lhes está associado, meramente através do evitamento de situações externas, dado que a bidirecionalidade da linguagem humana, permite que as experiências privadas avaliadas negativamente possam ser continuamente predictas e recordadas, e como tal “trazidas” para uma qualquer situação (Hayes, Strosahl, et al., 2004). Adicionalmente, através das redes relacionais os eventos verbais (como memórias, relatos verbais) associados a um evento emocional (e.g., situação traumática) podem adquirir algumas das funções psicológicas desse evento (e.g., sensação de medo, as sensações fisiológicas, entre outras; Boulanger et al., 2010).

A Teoria dos Quadros Relacionais tem importantes implicações para clínica, e ajuda a compreender o foco do modelo de intervenção clínica da Terapia da Aceitação e do Compromisso (Hayes et al., 1999; Hayes, Luoma, et al., 2006; Ruiz, 2010). De acordo com a ACT/TQR, pelo facto das redes cognitivas reflectirem processos de aprendizagem, não é possível restringi-las ou eliminá-las, pelo que, o uso de técnicas terapêuticas verbais, tais como desafiar a racionalidade do pensamento (usadas tradicionalmente, pelas terapias cognitivo-comportamentais), poderão tornar esse pensamento ainda mais notado, saliente e importante (Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001; Hayes et al., 2010). No mesmo sentido, as redes relacionais não podem ser desaprendidas, mesmo na presença de treino contraditório, o que conduz a que tentativas directas para alterar ou suprimir o seu conteúdo possam expandir ainda mais a rede relacional e aumentar a sua importância funcional (e.g., Hayes, Luoma et al., 2006; Ruiz, 2010). Contudo, porque o impacto e o conteúdo das redes relacionais cognitivas são controlados por diferentes factores contextuais, é possível diminuir o impacto dos eventos privados mesmo quando a sua forma ou conteúdo permanecem inalterados (e.g., Hayes, Luoma et al., 2006). Hayes e colegas (2013) dão como exemplo que quando se ensina o doente a acrescentar “*estou a ter o pensamento de que*” associado a uma auto-avaliação negativa isso permite não só aumentar a rede cognitiva (i.e., o contexto relacional), mas sobretudo diminuir as tentativas de controlo do conteúdo da auto-avaliação que são infrutíferas (i.e., diminuir o impacto das cognições negativas dado que se está a intervir no contexto funcional).

Em síntese, se por um lado o sofrimento é um fenómeno humano universal (Hayes, 2002), por outro a linguagem é a fonte desse sofrimento (Fletcher & Hayes, 2005). De facto, pelo acima exposto é possível afirmar que a linguagem (em particular as habilidades linguísticas de nomear, distinguir, avaliar e construir causas para os problemas) “está no centro de muitos dos distúrbios psicológicos em particular, e do sofrimento humano no geral” (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004, p. 4).

2.2.2.3. O que traz de novo a ACT às abordagens já existentes?

Segundo Hayes (2004a) uma das características distintivas da ACT e das restantes abordagens de 'terceira geração', em relação à Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional (de segunda geração), é o facto de serem "particularmente sensíveis ao contexto e às funções dos fenómenos psicológicos (...) e portanto tenderem a enfatizar estratégias de mudança experienciais e contextuais" (Hayes, 2004a, p.658). Dito de outro modo, a ACT está particularmente interessada na função dos comportamentos clínicos problemáticos (i.e., procura compreender qual a função dos pensamentos, emoções, sensações, impulsos e comportamentos e sob que condições eles funcionam desse modo), enquanto a Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional se centra sobretudo na forma (i.e., conteúdo, frequência, intensidade) dos eventos privados (Hayes et al., 2004; Levin & Hayes, 2011). É importante referir que a ACT não nega a existência de crenças, ou tipos e intensidades de emoções disfuncionais em certos contextos, o que considera é que a melhor forma de intervenção não é modificar a forma, frequência ou sensibilidade contextual desses eventos privados mas sim o contexto que regula o impacto dos eventos psicológicos e os relaciona entre si (Hayes et al., 2004; Hayes, 2005), isto é, o que conduz a que esses eventos passem a regular a acção humana de um modo que não é nem vantajoso, nem útil (Hayes, Luoma et al., 2006). Esses contextos são os que são marcados pela fusão cognitiva (e.g., pela literalidade do pensamento) e pelo evitamento experiencial (Hayes, Luoma et al., 2006).

De facto, a Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional baseia-se na noção de que as respostas emocionais e comportamentais são fortemente influenciadas pelas cognições e pela interpretação dos eventos²⁵ e, como tal, baseia a sua intervenção na identificação, disputa, correcção e modificação dos padrões cognitivos disfuncionais/ irracionais e do processamento de informação enviesado (que se consideram ser, em larga medida, específicos para cada síndrome) através de análises lógicas e testes empíricos de hipóteses que permitem realinhar o pensamento com a realidade (e.g., Beck, 1993, 2005; Hofman & Asmundson, 2008). Segundo Hayes (2004a) as técnicas utilizadas pela Terapia Cognitivo-Comportamental (e.g., testar empiricamente a validade do conteúdo dos pensamentos e o treino de reconstruções alternativas aos mesmos) traduzem uma visão mecanicista da relação entre os eventos privados, a qual pressupõe que a forma, frequência ou sensibilidade contextual dos pensamentos têm um efeito/ impacto directo (causal) nas emoções e nos comportamentos.

Já as terapias de 'terceira geração' focam-se sobretudo na mudança comportamental, procurando através de métodos experienciais e contextuais alterar as funções indesejadas dos fenómenos psicológicos (sem intervir directamente no seu conteúdo, intensidade, forma ou frequência) que estão a limitar o funcionamento eficaz e a obtenção de objectivos valorizados (Hayes, 2004b; Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011; Levin & Hayes, 2011).

Segundo os defensores da ACT, esta assumpção constitui uma mudança radical de paradigma dado que enquanto a Terapia Cognitivo- Comportamental considera que os processos cognitivos têm um papel causal na psicopatologia, ao mediar a relação entre os eventos internos e externos e as respostas comportamentais e emocionais, a ACT não confere um papel causal aos eventos internos, mas sim ao contexto em que eles ocorrem (dado que a relação entre os eventos privados é considerada como sendo controlada pelo contexto; Levin & Hayes, 2011) incluindo o modo como o indivíduo se relaciona com os mesmos (i.e., as estratégias que adopta para lidar com eles; Fletcher & Hayes, 2005). Dito de outro modo, na ACT o foco cognitivo de primeira ordem (modificar directamente a forma e o conteúdo dos eventos psicológicos, tais como pensamentos, memórias, emoções, entre outros) foi redireccionado para uma mudança contextual de segunda ordem, na qual, os elementos cognitivos, emocionais e comportamentais dos problemas psicológicos são analisados somente no contexto em que ocorrem e

²⁵ Um dos pressupostos da Terapia Cognitivo- Comportamental é precisamente de que os pensamentos antecedem ou conduzem às respostas comportamentais e às reacções emocionais (e.g., Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

em que são expressos e cujo foco é centrado na função que exercem nesse contexto (Hayes, 2004a; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

A melhoria clínica também é conceptualizada de modo diferente pelos dois modelos, segundo os defensores da ACT. Enquanto na Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional o alvo central das intervenções conduzidas é reduzir/ eliminar os sintomas clínicos e o sofrimento psicológico (e.g., Hofmann & Asmundson, 2008), na ACT o objectivo é alterar as funções dos eventos privados de modo a facilitar o desenvolvimento de um repertório comportamental mais amplo, flexível e efectivo, que seja empregue ao serviço de uma vida valorizada, independentemente de estar ou não presente o sofrimento psicológico (Levin & Hayes, 2011). Ou seja, o foco primário da intervenção é que o indivíduo viva uma vida valorizada e não a redução dos “sintomas” (e.g., Hayes, Levin, et al., 2013). De facto, na Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional o tratamento da doença mental assenta na identificação e na modificação cognitiva (DeRubeis, Tang, & Beck, 2001; Beck, 2005) através de técnicas de avaliação e reestruturação cognitivas (e.g., Beck, Rush, Shaw, & Emery 1979; Beck, 1995), dado o pressuposto de que “os sintomas e os comportamentos disfuncionais são frequentemente cognitivamente mediados e, por isso, a melhoria pode ser produzida através da modificação das crenças e dos pensamentos disfuncionais” (Dobson & Dozois, 2001 como citado em Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006, p.19). Já na ACT as intervenções clínicas implementadas visam sobretudo a alteração dos contextos que suportam as funções prejudiciais dos eventos privados, tais como a fusão cognitiva e o evitamento experiencial (Levin & Hayes, 2011), através da diminuição do papel do pensamento literal e do encorajamento do contacto integral e directo com as experiências psicológicas sem recurso a defesas enquanto se promove a adopção de comportamentos que sejam concordantes com os seus valores (Hayes et al., 2004).

De modo a estabelecer a ACT como um dos tratamentos que faz parte de uma nova geração de Terapia Cognitivo- Comportamental com pressupostos nucleares diferentes (e.g., Hayes, 2004a) Hayes e colegas [Hayes, 2004a, 2004b, 2005; Hayes, Luoma et al., 2006] procederam a uma análise crítica dos estudos publicados sobre a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional, considerando que alguns desses estudos são demonstrativos das limitações da Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional. Neste âmbito, algumas das limitações apontadas são: a) o facto de não ser explícito em que medida as técnicas directas de modificação cognitivas são eficazes (e.g., Zettle & Hayes, 1987), b) ou quais os benefícios adicionais da intervenção cognitiva em relação à intervenção comportamental tradicional, pelo menos, no que concerne à depressão (e.g., Dobson & Khatri, 2000; Jacobson et al., 1996) até porque, por vezes, a redução sintomática ocorre antes da implementação das técnicas específicas de reestruturação cognitiva (Ilardi & Craighead, 1994) ou ocorre mesmo sem o componente cognitivo ter sido utilizado (Jacobson et al., 1996); c) o facto das técnicas cognitivas terem emergido sobretudo da prática clínica e não da investigação laboratorial (Hayes, Luoma et al., 2004) e d) por fim, por não existir um claro suporte empírico de que a modificação dos processos cognitivos medeia os ganhos da intervenção terapêutica (e.g., Burns & Spangler, 2001).

No mesmo sentido, Longmore e Worrell (2007) tendo como ponto de partida as limitações acima apontadas, procederam a uma revisão crítica exaustiva dos estudos empíricos existentes no âmbito da Terapia Cognitivo- Comportamental (para as perturbações depressivas e ansiosas) na tentativa de responder à questão “será que precisamos de desafiar os pensamentos na Terapia Cognitivo-Comportamental?” (p. 173). Ao longo do artigo, estes autores apontam para a escassez de estudos de análise de componentes que tenham procurado especificar os elementos activos da Terapia Cognitivo-Comportamental, de estudos comparativos da eficácia das intervenções comportamentais *versus* cognitivas e sobretudo de estudos de mediação cognitiva que atestem que a modificação cognitiva medeia os ganhos terapêuticos (i.e., a redução sintomática) no decurso da terapia. Assim, e segundo a revisão efectuada por Longmore e Worrell (2007) não existem evidências empíricas de que a eficácia

manifestada pelos componentes cognitivos seja superior à verificada em relação aos componentes comportamentais da Terapia Cognitivo- Comportamental, nem de que as intervenções cognitivas adicionem valor à eficácia obtida com as intervenções comportamentais (e.g., existem estudos que demonstram que a activação comportamental por si só é tão eficaz como a activação comportamental combinada com intervenções cognitivas no tratamento da depressão) e, por fim, de que a redução sintomática seja alcançada através da modificação cognitiva.

Nesta fase, é importante igualmente destacar que as diferenças entre estas duas abordagens não são meramente teóricas, dado que diversos estudos empíricos têm vindo a sugerir que os processos de mudança (mediadores) explicativos dos ganhos terapêuticos na ACT e na Terapia Cognitivo-Comportamental são diferentes. E se num dos primeiros manuais publicados sobre a ACT, os autores afirmavam que “nós vemos as avaliações experimentais iniciais sobre a ACT como positivas mas preliminares” (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999, p. 65), nos últimos anos, diversos estudos de eficácia terapêutica (revisões destes estudos foram apresentadas por Hayes, Bissett et al., 2004, Hayes, Luoma et al., 2006; Ruiz, 2010; Twohig et al., 2005) que têm procedido à comparação entre a ACT e outras abordagens terapêuticas empiricamente estabelecidas, têm vindo a fornecer um crescente suporte empírico comprovativo da sua eficácia.

No seu conjunto os estudos conduzidos neste âmbito (e.g., Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989; Hayes et al., 2006)²⁶ tem notórias implicações, dado que para além de fornecerem suporte empírico ao modelo advogado pela ACT, diferenciam a ACT do modelo tradicional da Terapia Comportamental, ao sugerirem: a) que a obtenção de ganhos terapêuticos pode ocorrer quando se verifica uma diminuição da credibilidade atribuída aos pensamentos negativos, mesmo sem se verificar uma alteração no conteúdo/ na frequência dos mesmos (e.g., Bach & Hayes, 2002; Zettle & Hayes, 1986) e b) quando os contextos que suportam as funções prejudiciais dos eventos privados, como a fusão cognitiva e o evitamento experiencial, se constituem como alvos terapêuticos (Levin & Hayes, 2011). Adicionalmente, os estudos acima referidos mostram que, na ACT não só as alterações nos processos de mudança se correlacionam com os ganhos terapêuticos alcançados, como o efeito da intervenção nos resultados alcançados é mediada pela aceitação/ evitamento experiencial e pela desfusão cognitiva (e.g., Forman et al., 2007; Lappalainen et al., 2007; Zettle & Hayes, 1986). Alguns destes estudos (e.g., Zettle & Hayes, 1986) suportam mesmo um dos mais importantes pressupostos do ACT, de que a desfusão cognitiva e a aceitação experiencial não são apenas meros correlatos ou consequências da redução sintomática verificada com a intervenção implementada, mas sim de que as mudanças ocorridas nestes mecanismos precedem as alterações nos sintomas.

É contudo igualmente importante referir que as conclusões derivadas dos estudos comparativos que avaliaram a eficácia da intervenção dos tratamentos ACT *versus* Terapia Cognitivo- Comportamental, favoráveis à conceptualização da ACT como um tratamento (pelo menos tão) eficaz em alguns contextos com a Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional, têm sido alvo de crítica por parte de alguns investigadores (e.g., Corrigan, 2001; Öst, 2009; Hofmann & Asmundson, 2008; Arch & Craske, 2008; Powers, Vörding, & Emmelkamp, 2009; Power & Emmelkamp, 2009; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010) e obtido uma contra-resposta por parte dos defensores da ACT (e.g., Gaudiano, 2009a,b; Hayes, 2008; Levin & Hayes, 2009b).

²⁶ De referir que nos últimos anos se tem vindo a assistir a um número crescente de publicações (manifestamente superior às que foram sumariamente descritas), que comprovam empiricamente a eficácia do modelo terapêutico da ACT (mesmo quando comparado com outras modalidades de intervenção terapêutica já empiricamente estabelecidas) nas mais diversas áreas, entre as quais, nos problemas médicos e no abuso de substâncias (e.g., uma extensa revisão destes estudos encontra-se descrita em Hayes, Masuda et al., 2004; Hayes, Luoma et al., 2006; Ruiz, 2010).

Em síntese, algumas das críticas que têm sido apontadas à ACT são de que: 1) se encontra ainda num nível demasiado teórico e que a proporção entre os artigos não-empíricos e empíricos revela que a nova geração de Terapia Cognitivo- Comportamental “está à frente dos seus dados”, cujas intervenções não têm ainda suficiente suporte empírico (e.g., Corrigan, 2001); 2) os estudos que avaliam a eficácia da intervenção ACT carecem de rigor metodológico comparativamente aos estudos que avaliam a eficácia da Terapia Cognitivo- Comportamental, não existindo como tal suporte empírico para considerar a ACT como um tratamento válido (e.g., Öst, 2008), 3) embora existam claras diferenças entre a ACT e a Terapia Cognitivo- Comportamental em relação às suas bases filosóficas, as técnicas e estratégias da ACT são totalmente compatíveis com a Terapia Cognitivo- Comportamental, sendo que, ambas encorajam a adopção de estratégias de regulação emocional adaptativas, mas endereçam a sua intervenção para fases diferentes no processo gerador das emoções: a ACT intervém ao nível das estratégias de regulação focadas nas respostas e a Terapia Cognitivo- Comportamental intervém nas estratégias de regulação emocional focadas nos antecedentes (e.g., Hofmann & Asmundson, 2008; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010); 4) a ACT e a Terapia Cognitivo- Comportamental são mais similares que distintas, constituindo-se o ACT como uma extensão do paradigma de exposição tradicional (Arch & Craske, 2008; Hoffman & Asmundson, 2008); 5) a intervenção ACT revela-se apenas ligeiramente a moderadamente superior em relação ao tratamento usual e às listas de espera e não revela uma eficácia significativamente superior (mas somente equivalente) quando comparada com tratamentos já estabelecidos (Powers, Vording, & Emmelkamp, 2009).

Em resposta a estas críticas, os defensores da ACT contrapõem que 1) a estratégia de correspondência empírica utilizada por Öst, no seu artigo de revisão (Öst, 2008) não teve em consideração o facto das populações clínicas que receberam tratamento por parte de cada uma das abordagens não serem compatíveis não sendo como tal possível proceder a uma comparação directa, bem como o facto de que as medidas que aferem a melhoria clínica na ACT serem diferentes das medidas tradicionalmente utilizadas pela Terapia Cognitivo- Comportamental (Gaudiano, 2009a; Hayes, Levin, et al., 2013), 2) no mesmo sentido, os mecanismos através dos quais a ACT actua são diferentes dos mecanismos através dos quais a Terapia Cognitivo- Comportamental funciona (e.g., Hayes, Luoma et al., 2006); 3) a ACT é já reconhecida como uma abordagem clínica empiricamente validada pela Associação Americana de Psiquiatria (e.g., Gaudiano, 2009a); 4) nos últimos anos assiste-se a um crescente de publicações que validam empiricamente a eficácia da ACT, tal como demonstrado nos vários artigos de revisão empírica que têm sido publicados (e.g., Hayes et al., 2004); 5) apesar do reconhecimento de que mais evidências empíricas são necessárias (Levin & Hayes, 2011), a ACT têm-se revelado claramente superior ao tratamento usual e às listas de espera e moderadamente superior aos tratamentos já estabelecidos (e.g., Hayes, Luoma et al., 2006).

Em síntese a questão que se coloca é se a ACT representa uma nova forma de Terapia Cognitivo-Comportamental ou se é meramente uma extensão das Terapia Cognitivo- Comportamental tradicionais. Se inicialmente os defensores da ACT consideravam que esta abordagem “talvez seja mais evolucionária que revolucionária” (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma, & Guerrero, 2004, p. 3), o suporte empírico que tem vindo a receber nos últimos anos cada vez mais coloca a possibilidade dela pertencer a uma nova geração de terapias, cujos pressupostos subjacentes são diferentes aos da Terapia Cognitivo-Comportamental, e com potencial para conduzir a uma mudança radical de paradigma (e.g., Levin & Hayes, 2011). Tal como esclarecem Vilardaga, Hayes e Schelin (2007) a “ACT pode ser definida como um novo desenvolvimento dentro da tradição das terapias cognitivo-comportamentais, mas é um modelo compreensivo, com uma teoria, racional, e conjunto de assumpções filosóficas diferentes” (p. 118).

2.2.2.4. Estudos da eficácia terapêutica da ACT nas perturbações clínicas

Nos últimos anos, vários estudos procuraram validar o modelo teórico da ACT na sua aplicabilidade a contextos de intervenção, nomeadamente avaliando a sua eficácia no tratamento de indivíduos com doença mental/ problemas psicológicos²⁷, mas igualmente em contextos não clínicos ou em problemas médicos (que não serão mencionados por não se enquadrarem no âmbito da presente dissertação). A maioria destes estudos, que se centrou na medição das flutuações do evitamento/ aceitação experiencial durante a implementação de intervenções clínicas baseadas na ACT, têm vindo a demonstrar resultados promissores em indivíduos diagnosticados com perturbações de ansiedade, nomeadamente na perturbação obsessivo-compulsiva (e.g., Twohig, Hayes, Plumb, Pruitt, Collins, Hazlett-Stevens, & Woidneck, 2010), na fobia social generalizada (Dalrymple & Herbert, 2007), na perturbação de ansiedade generalizada (Hayes, Orsillo, & Roemer, 2010), na perturbação de stress pós-traumático (Twohig, 2009) e na perturbação de pânico com agorafobia (Carrascoso López, 2000). De igual modo encontramos estudos de eficácia terapêutica em relação aos sintomas depressivos de grau ligeiro a moderado (Bohlmeijer, Fledderus, Rokx, & Pieterse, 2011) e nas perturbações do humor (Forman, Herbert, Moitra, Yeomans, & Geller, 2007; Zettle & Hayes, 1986; Zettle & Rains, 1989).

Ainda que em menor número, existem estudos sobre a eficácia da ACT aplicada ao abuso de substâncias (Twohig, Shoenberger, & Hayes, 2007) e de álcool (Heffner, Eifert, & Parker, 2003), nas perturbações alimentares (Juarascio, Forman, & Herbert, 2010), na psicose (e.g., Gaudiano & Herbert, 2006a; Bloy, Oliver, & Morris, 2011), e na perturbação borderline de personalidade (Gratz & Gunderson, 2006).

2.2.2.5. O evitamento experiencial como um processo transdiagnóstico na psicopatologia

Nos últimos anos, diversos estudos têm vindo a fornecer evidências empíricas acerca da importância da aceitação, ou pelo contrário, da “toxicidade” do processo de evitamento experiencial, na etiologia e manutenção da psicopatologia (e.g., revisões teóricas desses estudos foram apresentadas por Hayes, et al., 1996; Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2004; Boulanger et al., 2010; Chawla & Ostafin, 2007; Ruiz, 2010).

Dado que uma revisão teórica exaustiva, de todos os estudos que neste âmbito têm vindo a ser publicados, não se coaduna aos objetivos da presente dissertação, serão apenas mencionados e/ ou descritos aqueles que serviram de fundamentação teórica aos estudos empíricos desenvolvidos na presente dissertação, que foram os estudos correlacionais e mediacionais.

No que concerne aos *estudos correlacionais*, sabe-se que o evitamento experiencial (avaliado através do *Acceptance and Action Questionnaire*, quer na sua versão original, o AAQ-I desenvolvido por Hayes, Strosahl et al., 2004, quer na sua versão mais recente, o AAQ-II desenvolvido por Bond et al., 2011) apresenta correlações significativas, cuja magnitude varia entre moderada a elevada, quer com medidas que avaliam a psicopatologia em geral, quer com medidas que avaliam especificamente a sintomatologia ansiosa e depressiva (Hayes, Strosahl et al., 2004; Bond et al., 2011). Também Hayes, Luoma e colegas (Hayes, Luoma et al., 2006) na meta-análise que conduziram verificaram que o evitamento experiencial está fortemente correlacionado com medidas comumente conhecidas que avaliam a ansiedade, a depressão, o stress e o sofrimento psicológico em geral (quer em amostras clínicas, quer em amostras não-clínicas) com valores médios iguais ou superiores a .50. Mais recentemente, Ruiz (2010) publicou um importante artigo de revisão [Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical evidence: Correlational, Experimental

²⁷ De ressaltar que alguns dos estudos citados só estão disponíveis no formato de dissertação e outros referem-se a artigos empíricos sobre estudos de caso.

Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162] com o objectivo de reunir e analisar a diversidade de estudos que têm vindo a fornecer suporte empírico ao modelo da ACT para a psicopatologia. Do exaustivo trabalho de revisão teórica conduzido por Ruiz (2010) sobre os estudos correlacionais que exploraram a relação entre o evitamento experiencial e medidas padrão que avaliam os sintomas depressivos e ansiosos podem derivar-se duas conclusões: 1) nos 20 estudos que reuniu, o evitamento experiencial apresentou uma correlação positiva e significativa com os sintomas depressivos, que variou entre $r=.36$ (Strosahl, Hayes, Bergan, & Romano, 1998) e $r=.77$ (Gold, Dickstein, Marx, & Lexington, 2009), sendo que em vários estudos, os dois constructos se revelaram fortemente associados ($\geq .65$; Barraca, 2004; Boelen & Reijntjes, 2008; Bond & Bunce, 2000; Dykstra, & Follette, 1998; Gold, Marx, & Lexington, 2007; Gold, Dickstein, Marx, & Lexington, 2009; McCracken & Zhao-O'Brien, 2010); 2) o evitamento experiencial apresentou uma correlação positiva e significativa com os sintomas ansiosos nos 14 estudos analisados, variando a mesma entre $.16$ (Karekla, Forsyth, & Kelly, 2004) e $.76$ (Barraca, 2004), sendo que em três desses estudos, os dois constructos se revelaram fortemente associados ($\geq .65$; Barraca, 2004; Forsyth, Parker, & Finlay, 2003; Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). Recentemente, resultados semelhantes foram obtidos numa amostra da população portuguesa (Pinto-Gouveia et al., 2012), com o evitamento experiencial (avaliado através do AAQ-II) a mostrar-se fortemente associado à sintomatologia depressiva ($r=.54$; $p<.01$) e ansiosa ($r=.50$; $p<.01$), bem como com o afecto negativo ($r=.58$; $p<.01$). No mesmo sentido, e à semelhança de estudo anteriores (e.g., Kashdan et al., 2006), também na amostra portuguesa, níveis elevados de evitamento experiencial estão associados a uma diminuição do afecto positivo ($r=-.29$; $p<.01$).

Adicionalmente, alguns estudos que mostram a existência de uma relação entre o evitamento experiencial e os sintomas de stresse pós-traumático, quer em amostras não clínicas (e.g., Orcutt et al., 2005; Tull et al., 2004) quer em amostras clínicas (e.g., Plumb et al., 2004). O evitamento experiencial está igualmente associado à severidade dos sintomas associados à perturbação de ansiedade generalizada (Roemer et al., 2005), à perturbação borderline de personalidade (Gratz et al., 2008), à fobia social (e.g., Mahaffey, Wheaton, Fabricant, Berman, & Abramowitz, 2012), à perturbação de pânico e à agorafobia (e.g., Kämpfe et al., 2012) e aos sintomas bulímicos (e.g., Lavender, Jardin, & Anderson, 2009), entre outros. O evitamento experiencial encontra-se ainda associado ao abuso de substâncias, tais como o consumo de álcool (e.g., Stewart, Zvolensky, & Eifert, 2002) ou drogas (e.g., Forsyth, Parker, & Finlay, 2003).

Já em relação aos *estudos de mediação*, sabe-se que o evitamento experiencial medeia a relação entre, a sensibilidade à ansiedade e, a motivação para o consumo de álcool como estratégia de *coping* (Stewart, Zvolensky & Eifert, 2002), a severidade dos sintomas depressivos (Tull & Gratz, 2008), a patologia alimentar (Fultona, Lavender, Tull, Klein, Muehlenkamp, & Gratz, 2012) e a perturbação borderline de personalidade (Gratz, Tull, & Gunderson, 2008). O evitamento experiencial medeia igualmente a relação entre a exposição a um trauma interpessoal e os sintomas de perturbação de stresse pós-traumático (Orcutt, Pickett, & Pope, 2005), entre a vitimização sexual na adolescência e os sintomas depressivos e o sofrimento psicológico em geral (Polusny et al., 2004) e entre a percepção de criticismo por parte da família de origem e o sofrimento psicológico na adultez (Rosenthal, Polusny, & Follette, 2006).

Esta diversidade de estudos, que mostram a existência de uma forte associação entre o evitamento experiencial e os sintomas psicopatológicos, de diferentes quadros clínicos, conduz a que diversos investigadores defendam a ideia de que o evitamento experiencial se constitui como processo funcional transdiagnóstico da psicopatologia (e.g., Baer, 2007; Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010; Hayes et al., 1996).

2.2.3. Mindfulness

2.2.3.1. O Mindfulness no âmbito das Abordagens Clínicas Baseadas no Mindfulness

O termo *mindfulness*, que deriva da tradução comum para a língua inglesa da palavra *sati*, da língua ancestral Pali (e.g., Germer, 2005) _ que significa consciência, atenção e recordação (Siegel, Germer, & Olendzki, 2008; Bodhi, 2000 citado por Davis & Hayes, 2011) _ tem as suas raízes nas tradições contemplativas orientais (e.g., Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006) e, em particular, na psicologia Budista (Brown, Ryan, & Creswell, 2007). Na literatura encontramos diversas definições do constructo de *mindfulness*²⁸. Segundo Brown e Ryan (2003) podemos definir formalmente o *mindfulness* como o “estado de estar atento e consciente ao que está a ocorrer no momento presente” (p. 822). Mais concretamente, Brown e colaboradores (Brown & Ryan, 2003; 2004; Brown, Ryan, & Creswell, 2007) explicam que a *consciência* (*awareness* no original na língua inglesa) refere-se à experiência subjectiva total da realidade (que decorre do contacto directo e imediato com os estímulos internos e externos a cada momento) e que a *atenção receptiva* se refere ao “notar”/ “voltar a atenção” para aspectos específicos dessa realidade. Ainda segundo Brown, Ryan, e Creswell (2007) as “competências básicas, de consciência e de atenção, permitem ao indivíduo ‘estar presente’ para a realidade tal como ela é, em vez de lhe reagir ou de processá-la, como habitualmente, através de filtros conceptuais” (p. 212). Uma definição semelhante é dada por Marlatt e Kristeller (1999) que explicam que o *mindfulness* consiste em “trazer momento-a-momento a nossa atenção plena para a experiência presente” (p. 68). Contudo enquanto estes investigadores enfatizam nas suas definições o componente da atenção/ consciência centrada no presente, outros enquadram nas suas definições o *modo* particular como consideram que essa atenção/ consciência deve ser implementada, referindo-se, habitualmente, à adopção de uma atitude de abertura, de não-julgamento e de aceitação para com experiências vivenciadas momento-a-momento (e.g., Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2003; Linehan, 1993).

De entre essas definições, a mais amplamente difundida é apresentada por Kabat-Zinn (2003) que define o *mindfulness* como a “consciência que emerge através do prestar da atenção com propósito, no momento presente e de um modo não-julgamental à medida que a experiência se desenrola momento-a-momento” (p. 145). Dando uma definição similar Baer (2003) define o *mindfulness* como “a observação não-julgamental do fluxo contínuo de estímulos internos e externos à medida que surgem” (p. 125) e Bishop e colaboradores (2004) defendem a conceptualização do *mindfulness* enquanto competência meta-cognitiva que envolve dois componentes principais: (1) “a auto-regulação da atenção que é mantida na experiência imediata, de modo a permitir um reconhecimento crescente dos eventos mentais que ocorrem no momento presente” (Bishop et al., 2004, p. 232) e (2) a adopção de “uma orientação particular em torno das nossas experiências no momento presente, uma orientação que é caracterizada pela curiosidade, abertura e aceitação” independentemente da valência ou desejabilidade dessas experiências (Bishop et al., 2004, p. 232). No mesmo sentido, Shapiro, Carlson, Astin, e Freedman (2006) propuseram um modelo de *mindfulness* que integra os que consideram serem os mecanismos de acção que estão subjacentes às intervenções baseadas no *mindfulness*. Mais concretamente, segundo este modelo é possível identificar três axiomas que representam diferentes componentes do mesmo processo cíclico (de *mindfulness*) que se encontram interligados e que ocorrem simultaneamente: 1) a *intenção* com que se conduz a prática de meditação (segundo um estudo conduzido por Shapiro, em 1992, é frequente verificar-se em praticantes de *mindfulness* que as suas intenções passam progressivamente pela auto-regulação, pela auto-exploração e, por fim, pela experiência de transcendência/ auto-libertação); 2) *prestar atenção*, momento-a-momento às experiências, internas e

²⁸ Dado que uma contextualização teórica detalhada do constructo *mindfulness* não se enquadra no âmbito da presente dissertação, serão apenas apresentadas, resumidamente, as definições que habitualmente se encontram no contexto de investigação em Psicologia.

externas, tal como se apresentam (i.e., sem as interpretar) e que segundo estes autores engloba as competências de manter/prolongar o foco da atenção (vigilância), mudar o foco de atenção para outro fenómeno e a capacidade para limitar elaborações cognitivas que tendem a afastar o foco da experiência imediata; 3) *atitude*, ou seja, o modo como se presta atenção e que segundo estes autores deve incorporar as qualidades de aceitação, bondade, interesse, curiosidade e abertura (i.e., sem julgar, condenar, “lutar” ou “esforçar-se” por se afastar das experiências aversivas) mesmo quando o que está a ocorrer no campo na consciência seja contrário às expectativas e desejos. Segundo Chiesa e Malinowski (2011) o modelo de *mindfulness*, apresentado por Shapiro et al. (2006), acrescenta um terceiro componente ao modelo apresentado por Bishop et al. (2004), o da motivação pessoal/intenção para a prática da meditação *mindfulness*. Por fim, Dimidjian e Linehan (2003a) designam os componentes centrais que consideram serem comuns aos diferentes modelos de intervenção clínica baseados no *mindfulness*. Mais especificamente identificam três qualidades associadas à questão “o que fazer?” quando se pratica o *mindfulness*: “(1) observar, perceber e trazer a consciência; (2) descrever, rotular, notar; e (3) participar” (Dimidjian & Linehan, 2003, p. 166) e três qualidades associadas à questão “como fazer?” as actividades de *mindfulness*: “(1) sem julgamento, com aceitação, ir permitindo; (2) no momento presente, com uma mente de principiante; e (3) de forma eficaz” (Dimidjian & Linehan, 2003, p. 166).

Esta diversidade de definições traduz a dificuldade em caracterizar teoricamente e em operacionalizar o constructo de *mindfulness* (e.g., Baer, 2007; Bishop, 2002; Brown & Ryan, 2003; 2004; Carmody & Baer, 2008; Chiesa, 2013), e explica a multiplicidade de instrumentos de medida existentes, que variam por isso mesmo, quer em conteúdo, quer em estrutura (Baer, 2007).

De facto, existe desacordo quanto ao modo como o *mindfulness* deve ser mensurado, isto é, como sendo um constructo unidimensional (e.g., Brown & Ryan, 2003; Walach, Buchheld, Buttenmüller, Kleinknecht, & Schmidt, 2006), ou como tendo uma natureza multifacetada (e.g., Baer, Smith, & Allen, 2004; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; Dimidjian & Linehan, 2003b; Roemer & Orsillo, 2003; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006), existindo por isso instrumentos que têm uma estrutura unifactorial e outros que têm uma estrutura multifactorial. Por exemplo, enquanto o *Mindful Attention Awareness Scale-MAAS* (Brown & Ryan, 2003) avalia o *mindfulness* através de um único factor rotulado como atenção e consciência receptiva /aberta; Baer e colaboradores (2006) aplicando uma abordagem psicométrica (em que foi efectuada uma análise factorial a um conjunto de itens derivados da combinação de cinco diferentes instrumentos que medem o *mindfulness*) desenvolveram o *Five Facet of Mindfulness Questionnaire-FFMQ* cuja análise à estrutura factorial revelou a existência de cinco dimensões designadas por *observar, descrever, não reagir às experiências internas, agir com consciência e não-julgar as experiências internas*²⁹. Esta multiplicidade de instrumentos de medida coloca legitimamente a questão de não se saber se as diferentes escalas de auto-resposta medem exactamente o mesmo constructo de *mindfulness* (e.g., Rosch, 2007) e se não existirão interpretações desfasadas das conceptualizações originais de *mindfulness* (e.g., Chiesa, 2013; Grossman, 2008, 2011). Também as análises psicométricas conduzidas aos instrumentos de medida existentes, evidenciam igualmente algumas das fragilidades das definições actuais existentes.

A título de exemplo, o MAAS foi inicialmente desenvolvido para abranger dois factores teóricos que se hipotetizava estarem relacionados entre si_ numa posição semelhante à apresentada por Bishop et al., 2004_ e que os autores nomearam por (1) consciência e atenção centradas no presente e (2) aceitação (Brown & Ryan, 2004). Contudo, apesar das análises factoriais confirmatórias conduzidas sugerirem a existência de um factor hierarquicamente superior sob o qual se encontrariam esses dois factores teóricos; os estudos de validade (convergente, discriminante e de critério) demonstraram que a

²⁹ Dado que empiricamente se verificou uma sobreposição entre as diferentes dimensões, Herbert e Forman (2011) alertam para a necessidade de se proceder à sua distinção conceptual e comprovar a sua utilidade clínica.

dimensão aceitação era redundante em relação ao primeiro factor na medida em que não lhe acrescentava valor explicativo (Brown & Ryan, 2001 como citado em Brown & Ryan, 2004). Como tal, Brown e Ryan (2004) sugerem que a capacidade para manter a consciência/ atenção centradas no presente implica (e incorpora) em si mesma uma postura de abertura e aceitação, na medida em que se o indivíduo “não aceita o que está a ocorrer num dado momento, uma reacção natural é limitar a consciência e redireccionar a atenção, para tentar evitar ou escapar desse evento ou experiência” (p. 245)³⁰, argumento este que tem vindo a ser colocado em causa pelos resultados de outros estudos (e.g., Cardaciotto et al., 2008; Herbert et al., 2010). De facto, no sentido contrário, Lau et al. (2006), que desenvolveram o Toronto Mindfulness Scale para avaliar o *mindfulness* tal como ele é definido por Bishop et al. (2004), não encontraram evidências empíricas quanto à existência de um componente de auto-regulação da atenção para a experiência imediata, sendo que os dois factores derivados das análises psicométricas (curiosidade e descentração) são apenas concordantes com o segundo componente do modelo de Bishop et al. (2004), ou seja, com a adoção de uma postura curiosa, aberta e de aceitação em relação às experiências internas. Uma das explicações avançadas pelos autores do instrumento foi a de que “a auto-regulação da atenção e a qualidade dessa atenção não podem ser facilmente separadas na medida em que o eu não pode ser curioso, aberto ou aceitar experiências para as quais não trouxe a sua atenção” (p. 1461).

Outra dimensão pouco clara na conceptualização do *mindfulness*, é perceber se ele deve ser conceptualizado como um traço, um estado, ou eventualmente, como ambos. Alguns investigadores consideram que o *mindfulness* pode ser conceptualizado como um traço ou característica disposicional que é variável, de indivíduo para indivíduo (Brown & Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2003). Ou seja, de que apesar do estado de consciência *mindfulness* ser uma capacidade inerente ao funcionamento normal de todos os seres humanos (Kabat-Zinn, 2003), é provável que a mesma varie em grau, ao longo do tempo, e de que existam diferenças individuais quanto à tendência para estar *mindfulness*, para se estar consciente e atento à experiência que está a ocorrer no momento presente (Brown & Ryan, 2003) de um modo aberto e não-julgamental (Kabat-Zinn, 2003; Barnhofer, Duggan, & Griffith, 2011). Por outro lado, à investigadores (e.g., Bishop et al, 2004) que consideram que o *mindfulness* pode igualmente ser apresentado como um estado cuja “evocação e manutenção está dependente da regulação da atenção enquanto se cultiva uma orientação aberta para a experiência” (Bishop et al, 2004, p. 234), ou seja, na medida em que o estado *mindful* somente emerge quando o indivíduo, intencionalmente, volta a sua atenção para as experiências que estão a decorrer no momento presente com uma orientação de abertura e de aceitação não-julgamental. Como tal, o *mindfulness* pode ser conceptualizado como uma competência mental que pode ser desenvolvida e melhorada através da prática de meditação (e.g., Baer, 2003; Bishop et al., 2004), na medida em que, a prática de meditação *mindfulness*, parece facilitar a manutenção do estado de *mindfulness* (e.g., Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 2005). Neste âmbito, encontramos vários estudos que sugerem que quanto mais tempo o indivíduo dedica ao treino da meditação *mindfulness*, maiores os índices de *mindfulness* reportados e maior a melhoria clínica verificada (e.g., Brown & Ryan, 2003). Num estudo recente, Carmody e Baer (2008) verificaram mesmo que o aumento do *mindfulness* reportado mediava a relação entre o tempo total dedicado à prática formal de exercícios de *mindfulness* em casa e o grau de melhoria verificada ao nível do funcionamento psicológico.

Contudo, estas diferentes aplicações de *mindfulness* “tornam difícil compreender quando é que estamos a referir-nos ao *mindfulness* enquanto processo, i.e. ao processo de desenvolver competências *mindfulness*, ou como um estado, i.e., quando estamos a presenciar conscientemente as nossas próprias experiências” (Chiesa & Malinowski, 2011, p. 407). De facto, vários são os investigadores que

³⁰ De referir que ainda não há consenso sobre de que modo é que os constructos de consciência (*awareness*) e de aceitação se relacionam, e o modo particular como o fazem, por exemplo, se operam distintamente ou se um subjaz ou é pré-requisito do outro (e.g., Herbert & Forman, 2011).

referem o facto do constructo de *mindfulness* ser utilizado indistintamente como referência a um traço, um estado, um processo psicológico que produz resultados, ou como um resultado em si mesmo, e até como uma técnica ou conjunto de técnicas de meditação *mindfulness* (e.g., Germer, Siegel, & Fulton, 2005; Hayes & Wilson, 2003), e das dificuldades que conseqüentemente daí advêm quando se pretende investigar este constructo (Hayes & Wilson, 2003; Hayes & Shenk, 2004). De facto, é opinião unânime entre a maioria dos investigadores de que a inexistência de uma definição integradora e consensual de *mindfulness*, e a conseqüente divergência de opiniões sobre como o mensurar, dificulta a indagação sobre os possíveis componentes “activos” das intervenções clínicas baseadas no *mindfulness* e sobre os eventuais processos psicológicos/mecanismos de mudança através dos quais o treino de *mindfulness* exerce os seus efeitos salutares (e.g., Baer et al., 2006; Bishop et al., 2004; Brown & Ryan, 2004; Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Dimidjian & Linehan, 2003; Malinowski, 2008). Talvez a explicação mais simples para as limitações apresentadas ao constructo de *mindfulness* seja a de que não sendo uma experiência verbal o *mindfulness* não pode ser completamente apreendido através da linguagem (Germer, 2005; Gunaratana, 2002).

2.2.3.2. Estudos da eficácia terapêutica das Abordagens Clínicas Baseadas no Mindfulness (MBSR e MBCT) nas perturbações clínicas

O programa de Redução do Stress Baseado no *Mindfulness*, desenvolvido no início dos anos 80 por Jon Kabat-Zinn (*Mindfulness-based Stress Reduction Programme*- MBSR; Kabat-Zinn, 1982; 1990; 1994), foi pioneiro na introdução das práticas de meditação *mindfulness* nos cuidados de saúde (Lau & Yu, 2009). Originariamente este programa foi desenvolvido para reduzir o sofrimento em indivíduos com uma ampla variedade de condições clínicas, sobretudo as que se encontram associadas à dor crónica, queixas psicossomáticas e ao stresse. Contudo, desde então existem diversas variantes do MBSR, nomeadamente no âmbito das doenças mentais, como é o caso da Terapia Cognitiva Baseada no *Mindfulness* (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*- MBCT; Segal, Williams, & Teasdale, 2002), que combina elementos da Terapia Cognitivo-Comportamental tradicional para a depressão major (Beck et al., 1979) com o ensino de técnicas formais e informais de *mindfulness* e que visa sobretudo a prevenção da recaída na depressão major em doentes em remissão. Adicionalmente, as práticas de meditação *mindfulness* têm sido integradas em diversos protocolos terapêuticos (e.g., Baer, 2003; Hayes et al., 2004). Entre estes, encontramos tratamentos que incorporam elementos/técnicas de *mindfulness* como complementares a um protocolo terapêutico mais vasto, que visa o tratamento de problemas psicológicos, como é o caso da Terapia Comportamental Dialéctica (*Dialectical Behavior Therapy*-DBT; Linehan, 1993a) endereçada para o tratamento da perturbação estado-limite de personalidade e da Terapia da Aceitação e do Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy*-ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) que tem vindo a ser implementada numa ampla variedade de condições clínicas e perturbações mentais.

De um modo geral, os indivíduos que têm um elevado traço *mindfulness* tendem a ter melhores índices de saúde mental (uma revisão dos estudos empíricos desenvolvidos neste âmbito foi apresentada por Brown & Gordon, 2009; Keng, Smoski, & Robins, 2011). Mais concretamente, o *mindfulness* tem vindo a ser positivamente associado a níveis mais elevados de bem-estar subjectivo, e.g., menor afecto negativo, elevado afecto positivo, e satisfação com a vida (Brown & Ryan, 2003), a menores dificuldades na regulação das emoções, a uma regulação emocional mais adaptativa, a uma maior aceitação das emoções (Brown, Ryan, & Creswell, 2007a; Roemer, Lee, Salters-Pedneault, Erisman, Orsillo, & Mennin, 2009), a uma mais elevada inteligência emocional (Baer et al., 2006; Baer, Smith, & Allen, 2004; Feldman et al., 2007), auto-compaixão (Baer et al., 2006; Baer et al., 2004), aceitação e ao “deixar ir” dos pensamentos negativos (Frewen et al., 2008; Baer et al., 2006). No sentido contrário, o traço de

mindfulness tem vindo a ser inversamente associado aos sintomas de depressão e de ansiedade (Brown & Ryan, 2003; Cash & Whittingham, 2010), à ansiedade social (Brown & Ryan, 2003; Rasmussen & Pidgeon, 2011), à ruminação (e.g. Brow & Ryan, 2003), sobretudo quando esta última se configura como incontrolável e excessiva (Raes & Williams, 2010), à preocupação (e.g., Feldman et al., 2007), à dissociação (Baer et al., 2006; Walach et al., 2006), à supressão do pensamento, ao evitamento experiencial (Baer et al., 2004; Baer et al., 2006; Cardaciotto et al., 2008; Feldman et al., 2007; Hayes et al., 2004) e à alexitimia ou dificuldade em identificar sentimentos e a maiores dificuldades na regulação das emoções (Baer et al., 2006).

Os diversos programas terapêuticos, que conferem um papel central às práticas meditação/ ao ensino de competências de *mindfulness* têm vindo a apresentar resultados promissores, no tratamento de uma variedade de condições clínicas, em particular na redução de sintomas físicos e psicopatológicos e na melhoria do bem-estar psicológico (e.g., revisões da eficácia das intervenções clínicas baseadas no *mindfulness* foram apresentadas em diversos artigos entre os quais: Allen et al., 2006; Baer, 2003; Bishop, 2002; Brown et al., 2007; Keng, Smoski, & Robins, 2011; Khoury et al., 2013). De um modo geral, os investigadores são unânimes quanto à eficácia e aos benefícios das abordagens baseadas no *mindfulness* numa variedade de condições médicas e psicológicas. Por exemplo, numa recente revisão meta-analítica, apresentada por Hofmann e colaboradores (2010), foram encontradas evidências empíricas para a eficácia moderada das intervenções clínicas baseadas no *mindfulness* no tratamento de sintomas de humor e ansiedade em diferentes populações clínicas (psiquiátricas e médicas). Também Grossman, Niemann, Schmidt, Walachc (2004) na revisão teórica que efectuaram (com estudos conduzidos em amostras clínicas e não-clínicas) encontraram evidências empíricas para a eficácia do MBSR em ajudar os participantes a lidar com os seus problemas clínicos e não-clínicos. Já mais recentemente Khoury e colaboradores (2013) numa revisão meta-teórica conduzida com um total de 209 estudos verificaram que as intervenções clínicas baseadas no *mindfulness* (MBSR e MBCT) são moderadamente eficazes quando se procede à comparação entre o pré e o pós-teste e na comparação com grupos de controlo (i.e., lista de espera ou outros tratamentos psicológicos). Contudo na revisão conduzida não encontraram evidências que sugerissem uma melhor eficácia das intervenções baseadas no *mindfulness* quando comparadas com a Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional, com a Terapia Comportamental ou Tratamentos Farmacológicos. Por último, uma meta-análise de revisão conduzida por Chiesa e Serretti (2009) demonstrou a eficácia das intervenções baseadas no *mindfulness* em indivíduos saudáveis quanto à redução dos sintomas de stresse.

Em amostras não-clínicas, as intervenções baseadas no *mindfulness* têm sido associadas por um lado a uma redução do afecto negativo, dos sintomas de ansiedade, depressão e stresse (e.g., Chambers, Lo, & Allen, 2008; Schroevers & Brandsma, 2010) e dos índices de ruminação (e.g., Chambers, Lo, & Allen, 2008; Deyo, Wilson, Ong, & Koopman, 2009; Shapiro et al., 2007) por outro lado à melhoria dos níveis de afecto positivo, de auto-compaixão e de qualidade com a vida (e.g., Anderson, Lau, Segal, & Bishop, 2007; Jain et al., 2007; Shapiro et al., 2005; 2007; Schroevers & Brandsma, 2010) reportados.

Nos últimos anos, os investigadores têm vindo a interessar-se pelos efeitos da prática de *mindfulness* nos processos biológicos, e mais concretamente pela identificação dos mecanismos neuronais que podem estar subjacentes ao benefícios cognitivos e emocionais do *mindfulness* (uma revisão meta-analítica sobre os estudos conduzidos neste âmbito foi publicada por Chiesa & Serretti, 2010 e por Chiesa, Serretti, & Jakobsen, 2013). De facto, existe suporte empírico para o efeito do treino *mindfulness* na produção de alterações funcionais e estruturais do cérebro e do sistema imunológico (e.g., Davidson et al., 2003).

2.2.3.3. Hipotéticos mecanismos de acção explicativos do efeito salutar do traço *mindfulness* e da prática de meditação *mindfulness* na saúde psicológica e bem-estar

É amplamente reconhecida a importância de se investigar quais os possíveis mecanismos de acção/processos (psicológicos e neuronais) através dos quais o *mindfulness* exerce os seus efeitos salutares (e.g., Baer, 2003; Chambers, Lo, Allen, 2008; Dimidjian & Linehan, 2003; Keng et al., 2011; Roemer & Orsillo, 2003), em diversas dimensões do funcionamento humano, nomeadamente, na saúde mental e física, no bem-estar psicológico, na regulação comportamental e na qualidade das interacções/relações sociais (e.g., Brown et al., 2007; Malinowski, 2009). De entre os mecanismos/processos subjacentes, é opinião unânime entre os investigadores de que a meditação *mindfulness* facilita o desenvolvimento de uma relação ‘distanciada’ ou ‘desligada’ com as experiências internas e externas (A. Hayes & Feldman, 2004), através da qual os eventos subjectivos são observados e percebidos como meros eventos transitórios e insubstanciais da mente, ao invés de reflexões precisas e necessariamente verdadeiras do mundo ou do próprio indivíduo (Bishop et al., 2004; Shapiro et al., 2006; Hayes et al., 1999; Teasdale et al., 1995) que ditam os seus comportamentos (Sauer & Baer, 2010). Shapiro e colaboradores (2006), que designaram este processo de *re-percepção*, explicam que através do treino *mindfulness* o indivíduo torna-se capaz de “desidentificar-se do conteúdo da consciência (i.e., dos pensamentos) e de ver a experiência momento-a-momento com grande clareza e objectividade” (p.377) dado que a re-percepção permite que o indivíduo se “des-identifique dos pensamentos, emoções e sensações corporais à medida que surgem, e passe simplesmente estar com eles em vez de ser definido (i.e., controlado, condicionado, determinado) por eles” (p. 378). Este conceito é similar ao de *descentração*, utilizado por Safran e Segal (1990), que explicam que a através da perspectiva descentrada do *mindfulness*, o indivíduo percebe que “a realidade do momento não é absoluta, imutável, ou inalterável” (p. 117) e como tal os eventos da sua mente não reflectem necessariamente a realidade, a verdade, o valor pessoal, ou requerem uma determinada resposta (Fresco et al., 2007). Outro constructo análogo é o de *desfusão cognitiva* (Hayes et al., 1999), na medida em que os exercícios de desfusão cognitiva têm como objectivo ajudar o indivíduo que se encontra “preso” ao conteúdo da sua actividade cognitiva a se distanciar, isto é, a se “desfundar do significado literal dos pensamentos (...) e a se tornar mais consciente do pensar enquanto processo activo, contínuo, relacional que é situado, tanto historicamente, como situacionalmente” (Luoma & Hayes, *in press*, p. 2)³¹. A este respeito existem alguns estudos que sugerem que esta perspectiva ‘distanciada’ ou ‘desligada’ poderá ser um dos mecanismos explicativos dos efeitos salutares do treino *mindfulness*. De facto, de acordo com as abordagens clínicas baseadas no *mindfulness*, nos indivíduos com uma história prévia de vários episódios depressivos, a perspectiva ‘descentrada’ do treino *mindfulness* ajuda o indivíduo a reconhecer suficientemente cedo (i.e., a que esteja mais consciente) da presença do humor disfórico e dos pensamentos negativos que habitualmente estão associados à reactivação e espiral dos padrões cognitivos e afectivos depressiogénicos (que ocorreram nos episódios depressivos prévios). Mais concretamente, hipotetiza-se que a perspectiva descentrada permite ao indivíduo se relacionar de um modo diferente com os seus padrões de pensamento negativos (passar do ‘modo fazer’ para o ‘modo estar’ segundo Segal et al., 2002) observando-os de forma mais objectiva, somente como eventos da mente transitórios (que vêm e vão, sem ficar “preso” neles), e não como reflexões válidas de si próprios ou da realidade, prevenindo deste modo o desencadear e a escalada das respostas defensivas e relativamente automáticas (i.e., das rotinas cognitivas disfuncionais habituais) que estão habitualmente associadas às recaídas, como é o caso do processamento ruminativo, e escolher padrões de resposta mais adaptativos em resposta ao humor triste (Baer, 2004; Kabat-Zinn, 1990; Kenny & Williams, 2007; Segal, Williams, & Teasdale, 2002; Teasdale et al., 1995). A este respeito, alguns estudos sugerem que

³¹ Segundo Gillander et al. (2013) apesar da similaridade dos constructos, enquanto a descentração está habitualmente associada à interrupção de padrões cognitivos depressiogénicos, a desfusão cognitiva visa sobretudo permitir uma maior amplitude na escolha dos padrões de resposta, de modo a que possa exercer acções consonantes com os seus valores.

um dos mecanismos através do qual o treino *mindfulness* conduz a uma redução da recaída depressiva é a ‘descentração’. Por exemplo, Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams, e Segal (2002) encontraram evidências de que o tratamento com o MBCT (em comparação com o grupo de controlo que recebeu outros tratamentos disponíveis na comunidade) numa amostra de doentes que previamente haviam deprimido conduziu a um aumento da *consciência metacognitiva*, definida por estes como “o processo de experienciar os pensamentos negativos e as emoções numa perspectiva descentrada” (p. 276), e de que esta adopção de uma perspectiva descentrada em relação aos pensamentos e sentimentos predizia uma menor taxa de recaídas. Também um outro estudo (Raes, Dewulf, Van Heringen, & Williams, 2009 citados por Salmon et al., 2011) conduzido em indivíduos deprimidos mostrou que o treino *mindfulness* conduziu ao aumento do índice de *mindfulness* reportado, e de que este por sua vez estava associado a uma menor reactividade cognitiva (*i.e.*, a uma menor activação dos padrões de pensamento negativo) em resposta ao humor triste. Também Creswell, Way, Eisenberger, e Ueberman (2007) no estudo que conduziram para identificar os mecanismos neuronais do *mindfulness* encontraram evidências de que os indivíduos com mais traço *mindfulness* (comparativamente aos que têm menos *mindfulness* traço) apresentam uma menor reactividade a estímulos negativos emocionalmente ameaçadores. Já Carmody, Baer, Lykins e Olendzki (2009), numa amostra de indivíduos aos quais foi aplicado o MBSR não encontraram suporte empírico para o papel da descentração/ re-percepção³² enquanto mecanismo de mudança (mediador) na relação entre o *mindfulness* e a auto-regulação, a clarificação dos valores, a flexibilidade cognitiva e comportamental e a exposição. No entanto, verificou-se que entre o pré e o pós-tratamento ocorreu um aumento significativo nos níveis de *mindfulness* e descentração (e pelo contrário uma redução significativa nos sintomas psicológicos e níveis de stresse reportados), e que quando combinados, o *mindfulness* e a descentração, conduziam a um aumento da clarificação dos valores e da flexibilidade que por sua vez estavam associados a uma redução dos sintomas e do stresse. Talvez, o maior suporte empírico para a importância da ‘descentração’ enquanto mecanismo mediador da eficácia do *mindfulness* seja fornecido indirectamente pelos resultados dos que sugerem que as intervenções clínicas baseadas no *mindfulness* são eficazes, pelo menos em parte, porque conduzem a uma redução significativa nos índices de ruminação (e.g., Deyo, Wilson, Ong, & Koopman, 2009). Também Lykins e Baer (2009) demonstraram que os indivíduos com prática de meditação apresentam níveis significativamente mais baixos de ruminação, comparativamente aos não meditadores, o que sugere que a prática da meditação *mindfulness* reduz a ruminação. Contudo, também neste âmbito é importante ressaltar que os estudos de indução experimental que compararam os efeitos de três condições experimentais diferentes (auto-focos *mindfulness*, ruminativo e distração) na redução do humor negativo apresentam resultados divergentes (Broderick, 2005; Kuehner, Huffziger, & Liebsch, 2009), na medida em que, apesar de tanto o auto-focos *mindfulness* como o de distração serem mais eficazes do que o auto-focos ruminativo na redução do humor negativo, nem sempre os resultados dão primazia ao treino *mindfulness* sobre a condição de distração.

Outro dos mecanismos subjacente às intervenções baseadas no *mindfulness* que pode explicar os seus efeitos salutares é a *aceitação*, ou seja, disposição para experienciar na sua plenitude, os eventos internos (Kollman, Brown, & Barlow, 2009) “sem defesas, tal como são” (Hayes, 2004, p. 30). Também Butler e Ciarrochi (2007) definem a aceitação como a “disposição para experienciar os eventos psicológicos (pensamentos, sentimentos, memórias) sem ter que os evitar ou deixá-los influenciar indevidamente o comportamento” (p. 608). De facto, hipotetiza-se o treino *mindfulness* conduz não só ao desenvolvimento de uma consciência centrada no momento presente, mas também a que a partir de uma perspectiva distanciada (*i.e.*, posição de observador), o indivíduo passe a ser capaz de observar e noticiar os eventos subjectivos, à medida que estes ocorrem no campo da consciência, de forma

³² De acordo com Shapiro e colaboradores (2006) a re-percepção é o mecanismo de mudança central nos tratamentos baseados no *mindfulness*, na medida em que ela facilita a ocorrência dos restantes mecanismos de mudança, nomeadamente, da auto-regulação, da clarificação de valores, da flexibilidade cognitiva e emocional e a exposição, que por sua vez, se julga conduzirem, à redução sintomática e a um maior bem-estar.

imparcial, sem qualquer atribuição de valor (Malinowski, 2008). Ou seja, através do desenvolvimento de uma atitude abertura, curiosidade, e de aceitação não-julgamental (Bishop et al., 2004; Segal; Segal, Williams, & Teasdale, 2002) os participantes que recebem o treino *mindfulness* aprendem a reconhecer a natureza transitória e insubstancial dos fenómenos conscientes (Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 1990) e a observá-los “sem avaliar a sua verdade, importância, ou valor e sem lhes tentar escapar, evitar ou modificar” (Huss & Baer, 2007, p. 17). De referir que o treino *mindfulness* não procura que o indivíduo desenvolva pensamentos mais positivos ou adaptativos (i.e., não visa modificar o seu conteúdo) mas sim que se relacione de modo mais aceitante com os mesmos (Roemer & Orsillo, 2002). Assim, apesar da (quase) automaticidade com que os eventos assim que surgem na consciência serem avaliados como agradáveis, desagradáveis ou neutros em relação a nós próprios (e de esta avaliação ser efectuada de acordo com condicionamentos prévios, com futuros antecipados e até mesmo de acordo com os nossos esquemas cognitivos; Brown, Ryan, & Creswell, 2007), hipotetiza-se que treino *mindfulness* tenda a enfraquecer o uso da linguagem avaliativa e literal que deixa de ser utilizada com o fim de prolongar ou evitar esses eventos (Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Chambers, Lo, Allen, 2008; Hayes, 2003; Hayes & Shenk, 2004; Roemer & Orsillo, 2003). De facto, a consciência das experiências momento-a-momento, a atenção às pistas, respostas e contingências presentes, e o reconhecimento de que os ‘pensamentos são só pensamentos’ e as ‘emoções que os acompanham são só emoções’, então é menos provável que o indivíduo fique “preso” ao seu padrão rígido, habitual e automático de pensamento, e até que use mesmo o pensamento de forma mais eficiente e precisa (Brown et al., 2007), na adopção de padrões de resposta intencionais, mais flexíveis e adaptados às contingências ambientais (Baer, 2003; Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990; Ryan & Deci, 2004; Roemer & Orsillo, 2002), e ao serviço dos seus valores individuais, interesses, objectivos e necessidades em vez de reagir, de um modo condicionado, em termos de aprendizagens prévias, respostas sobreaprendidas ou reacções a pistas situacionais (Brown & Ryan, 2003; Leary, Adams, & Tate, 2006 citados por Brown et al., 2007; Shapiro et al., 2006; Ryan & Deci, 2000) ou comportamentos rígidos governados por regras (Hayes et al., 1999). Em síntese, o treino *mindfulness*, e em particular a perspectiva (re-percepção) “fomenta uma maior flexibilidade cognitiva-comportamental e uma menor automaticidade e reactividade (Shapiro et al., 2006, p. 381). Alguns estudos fornecem apoio empírico a esta hipótese, nomeadamente o de Brown e Ryan (2003) que verificaram que os indivíduos que apresentam mais *mindfulness* revelam uma maior capacidade de auto-regulação do comportamento e dos estados emocionais, e que são capazes de agir num sentido que é mais congruente com os seus valores e interesses. Alguns investigadores sugerem que isto acontece porque o treino *mindfulness* ao fomentar uma observação mais objectiva e menos reactiva dos eventos subjectivos facilita a *exposição* contínua às experiências internas negativas, aversivas e indesejadas (Baer, 2003; Linehan, 1993b). De facto vários investigadores consideram que a exposição ao contribuir para o reconhecimento de que os eventos internos não são tão “avassaladoras ou ameaçadores” (Shapiro et al., 2006) e como tal não é necessário receá-las ou evitá-las (Segal et al., 2002) contribui para minimizar ou até extinguir respostas/ reacções habituais, automáticas, de evitamento ou impulsivas (e.g., Baer, 2003; Bishop et al., 2004; Ryan & Deci, 2004; Lynch et al., 2006). De facto, alguns estudos sugerem que o *mindfulness* prediz uma menor reactividade emocional negativa e volatilidade emocional e uma maior disponibilidade para tolerar estímulos potencialmente ameaçadores e aversivos (Arch & Craske, 2006), bem como uma mais rápida recuperação emocional do afecto negativo (Broderick, 2005), sendo que de facto, nos indivíduos que recebem treino *mindfulness* se verifica uma redução na reactividade emocional a estímulos aversivos (Ortner, Kilner, & Zelazo, 2007). Por último, Weinstein, Brown, e Ryan (2009) conduziram quatro estudos em amostras de estudantes universitários, tendo concluído que: a) o traço *mindfulness* prediz avaliações cognitivas mais benignas (menos negativas) em situações de stresse, o que sugere que o *mindfulness*, possivelmente, promove uma postura menos defensiva e de maior disponibilidade quanto à exposição a eventos e experiências ameaçadoras e stressantes; b) o *mindfulness* prediz o menor recurso a estratégias de *coping* orientadas para o evitamento em resposta a situações ameaçadoras e stressantes, o que sugere que, possivelmente, o *mindfulness* fomenta a capacidade para lidar de modo

mais adaptativo com situações percebidas como ameaçadoras, desafiantes e prejudiciais; e por fim, c) que as respostas e as estratégias de *coping* mais adaptativas para lidar com as situações de stresse medeiam, parcial ou totalmente, a relação entre o *mindfulness* e indicadores de bem-estar. Como tal, o resultado deste estudo parece sugerir que o *mindfulness* não só fomenta uma maior aceitação (e menor reactividade) em relação a eventos aversivos e ameaçadores, como para conduzir à adopção de estratégias mais eficazes para lidar com os mesmos.

2.2.3.4. O que trazem de novo as abordagens clínicas baseadas no *mindfulness* às já existentes?

À semelhança do que acontece com a ACT, enquanto alguns teóricos e investigadores apesar de reconhecerem a utilidade clínica das abordagens clínicas baseadas no *mindfulness* consideram que elas não devem ser vistas como fundamentalmente distintas (pelo menos em termos teóricos) da Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional (e.g., Arch & Craske, 2008; Hofman & Asmundson, 2008), outros procuram demonstrar em que medida é que estas acrescentam valor e se diferenciam positivamente das já existentes (Baer, 2003; Segal et al., 2002; Roemer & Orsillo, 2003). De um modo geral, as abordagens baseadas no *mindfulness* (à semelhança da ACT) fazem parte do grupo das designadas Terapias de Terceira Geração, que se distanciam das Terapias Cognitivo-Comportamentais tradicionais, na medida em que enquanto as primeiras enfatizam o contexto e a função, ou seja, contribuem para o estabelecimento de uma relação diferente com os eventos internos (e.g., pensamentos, emoções e sensações corporais) assente numa atitude de aceitação e de não-julgamento, as Terapia Cognitivo-Comportamental tradicionais visam a aplicação de técnicas de modificação cognitiva formais que pretendem desafiar e reestruturar o conteúdo dos pensamentos e crenças avaliados como disfuncionais de modo a torna-los mais adaptativos, e em consequência, levar à adopção de padrões comportamentais mais eficazes (e.g., Hayes, Follette, & Linehan, 2004; Segal et al., 2002; Roemer & Orsillo, 2002, 2003). No seu artigo [Baer, R. A. (2003). *Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125-143] Baer (2003) exemplifica as que considera serem as duas diferenças fundamentais entre as Terapia Cognitivo-Comportamental tradicionais e as abordagens baseadas no *mindfulness*, nomeadamente: a) enquanto o treino *mindfulness* fomenta a observação dos eventos que surgem a cada momento como impermanentes e insubstanciais, sem conotações ou juízos avaliativos, na medida em que eles não consistem em reflexões precisas da realidade, a Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional assenta na avaliação dos pensamentos (racionais vs. irracionais) com vista à modificação do seu conteúdo; b) enquanto o treino *mindfulness* não tem um objectivo previamente definido nem visa o alcançar de uma meta, a Terapia Cognitivo- Comportamental tradicional tem como objectivo a modificação do padrão de pensamentos e comportamentos avaliados como disfuncionais.

2.2.4. Auto-compaixão

2.2.4.1. Auto-compaixão: definição e seus componentes

Após o interesse manifestado pela psicologia ocidental pela *compaixão pelos outros*, recentemente, assiste-se a um interesse crescente pelo estudo estudo (conceptualização e avaliação) da *compaixão pelo próprio*, ou seja, pela *auto-compaixão*, sendo que ambos os constructos estão enraizados na filosofia oriental (Gilbert, 2005a; Neff, 2003a). Na literatura encontramos algumas variações na forma como diferentes terapias descrevem a compaixão pelo outro e a compaixão pelo próprio (e.g., Gilbert, 2007b; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Neff, 2003a, 2003b). Uma das linhas de

investigação, tem estudado o constructo de auto-compaixão segundo a perspectiva da psicologia social e da tradição budista (e.g., Neff, 2003a, 2003b, 2004, 2005), como integrando três componentes principais bipolares_ o calor/ compreensão *versus* auto-julgamento, a humanidade comum *versus* isolamento e o *mindfulness versus* sobre-identificação (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007a, p. 140). Mais concretamente, o primeiro componente, auto-bondade *versus* auto-julgamento, refere que os indivíduos auto-compassivos perante situações adversas, geradoras de sofrimento ou de sentimentos de inadequação e fracasso, tendem a ser bondosos, calorosos, compreensivos e não-julgamentais, ao invés de menosprezarem a sua dor, ou amplificarem e perpetuarem os seus sentimentos de fracasso através de um severo auto-críticismo e auto-punição. O segundo componente, humanidade comum *versus* isolamento explica que os indivíduos auto-compassivos tendem a reconhecer que não é só a eles que as adversidades acontecem, que as suas experiências não estão separadas ou isoladas das dos outros (não há que sentir pena de si próprios) mas que são inevitáveis, na medida em que os erros, as imperfeições, os fracassos, o sofrimento e as dificuldades fazem parte da condição humana, e como tal, o próprio, à semelhança dos restantes seres humanos, são merecedores de compaixão. O terceiro componente, *mindfulness versus* sobre-identificação, remete para a consciência equilibrada dos indivíduos auto-compassivos, que reconhecem e aceitam na sua plenitude as experiências privadas dolorosas, com uma distância e objectividade *mindful*, sentido bondade e compreensão para com o seu sofrimento, ao invés de as tentarem suprimir, evitar ou, pelo contrário, de ruminarem, de sentirem pena de si próprios ou se deixarem enredar e assoberbar por elas (Neff, 2003a, 2003b; Neff et al., 2007a, 2007b; Neff, 2009; uma análise detalhada destes três componentes foi recentemente apresentada por Barnard & Curry, 2011)³³. Estes componentes apesar de conceptual e experiencialmente distintos estão interligados e interagem entre si (Neff, 2003a, 2003b, 2009), dado que a “compaixão, quer quando dirigida ao próprio ou aos outros, parece necessariamente implicar os três: ser tocado pelo sofrimento, estar consciente à dor e não a evitar, e ter um sentimento de ligação ou o desejo de evitar o sofrimento” (Barnard & Curry, 2011, p. 2).

No âmbito desta abordagem, a auto-compaixão não envolve julgamentos positivos ou negativos acerca do próprio (Neff, Hsieh, & Dejittat, 2005), não assenta em tentativas de diminuir os outros ou de engrandecer o eu (Neff et al., 2007a), nem em sentimentos de superioridade, egoísmo e auto-centração, até porque, de acordo com esta conceptualização, a auto-compaixão genuína tende antes pelo contrário, fomentar a ligação e compaixão do eu pelos outros e à adopção de uma atitude compressiva e calorosa em relação ao sofrimento pessoal dos outros que connosco partilham a fiabilidade da condição humana (Neff, 2003a, 2003b, 2004; Neff, Hsieh, & Dejitterat, 2005). Mas a auto-compaixão também não implica que o indivíduo tenha ‘pena de si próprio’ (Goldstein & Kornfield, 1987), que se sobre-identifique com o seu próprio sofrimento (Bennett-Goleman, 2001), ou que adopte uma postura de resignação, passividade, condescendência, desresponsabilização e inacção perante os seus erros, imperfeições e fracassos (e.g., Neff, 2003a, 2003b, 2004; Gilbert & Irons, 2005). Ao invés, partindo de uma visão realista do eu, ela fornece a segurança emocional necessária para que o indivíduo processa a uma observação consciente, clara e precisa dos seus erros e inadequações (sem os desvalorizar, ignorar ou julgar), encorajando-o, com paciência e bondade a efectuar as correcções necessárias nos seus padrões de resposta que são prejudiciais e improdutivos (mesmo quando tal se revela doloroso ou difícil), não com o intuito de melhorar o seu valor ou estatuto pessoal, nem para escapar a um severo auto-críticismo, mas antes para potenciar a sua própria saúde e bem-estar (Brown, 1999, Neff, 2003a, 2003b, 2004). Compreende-se assim, que a auto-compaixão se diferencie de outros constructos habitualmente associados à saúde psicológica e que à sua semelhança também promovem o afecto positivo e a auto-aceitação (Neff, 2011; Neff et al., 2007a, Neff & Vonk, 2009), como é o caso da auto-

³³No âmbito desta conceptualização Neff (2003a) desenvolveu um dos poucos questionários de auto-resposta que existem para avaliar a auto-compaixão, o *Self-Compassion Scale*, que avalia seis diferentes aspectos da auto-compaixão através das seis sub-escalas que o compõem (i.e., Calor, *Mindfulness*, Condição Humana, Auto-crítica, Isolamento e Sobre-identificação).

estima (e.g., Neff, 2003a, 2003b; Neff et al., 2007a; Neff & Vonk, 2009). Todavia, ao contrário do que se verifica na auto-compaixão, uma elevada auto-estima depende da existência de avaliações positivas acerca do valor/ competência pessoal, ou seja, de avaliações de superioridade e do estabelecimento de comparações sociais favoráveis de desempenho em relação aos demais ou ainda do alcance de padrões ideais de realização (Gilbert & Irons, 2005; Neff, 2003b, 2004, 2011; Neff et al., 2005; Neff & Vonk, 2009), enquanto a auto-compaixão prediz um sentimento mais estável de valor pessoal (Neff & Vonk, 2009).

A auto-compaixão tem vindo a ser estudada, igualmente a partir de um foco mais centrado na psicologia evolucionária (especialmente nas relações de vinculação), neurociências sociais e regulação do afecto, através do *modelo das mentalidades sociais*, e da sua aplicação à psicoterapia, pela *terapia focada na compaixão*, que visa tratar indivíduos com psicopatologia associada a uma elevada vergonha e auto-criticismo (Gilbert, 1989, 1995, 2000c, 2005a, 2005b, 2007b, 2009a, 2010b). Neste sentido a “capacidade para a compaixão terá evoluído a partir da nossa capacidade para o altruísmo e do comportamento de cuidar” (Gilbert, 2010b, p.103). Esta abordagem terapêutica assenta a sua intervenção no *treino da mente compassiva*, que consiste na aplicação de um conjunto de actividades/ técnicas específicas que foram concebidas para desenvolver diferentes atributos e competências de compaixão, sobretudo as que mais influenciam a regulação das emoções (Gilbert, 1992, 1997, 2000c, 2009c; Gilbert & Irons, 2005) e através da compaixão tentar activar uma mentalidade de prestação de cuidados caracterizada pelos sentimentos de aceitação e de pertença e capaz de providenciar sentimentos de protecção, segurança e tranquilização (Gilbert, 2010b). De facto, esta abordagem compreende a psicopatologia à luz dos principais sistemas de regulação do afecto (Gilbert, 2009c), considerando-a de um modo geral resultante do sobre-desenvolvimento do *sistema focado na ameaça e de defesa/ auto-protecção* e do *sistema de procura e aquisição de recursos e incentivos*, em simultâneo com o sub-desenvolvimento do *sistema de contentamento, tranquilização e segurança* (Gilbert, 2005a, 2007a, 2009b, 2009c; Gilbert & Tirsch, 2009)³⁴. Dito de outro modo esta abordagem, partindo de estudos conduzidos na área das neurociências, pressupõe que os indivíduos com elevada vergonha e auto-criticismo, tendem a estar focados na sua vergonha, a se auto-atacar e a dirigir sentimentos de hostilidade, raiva e desprezo em relação a si próprios (Gilbert, 2000c; Gilbert & Procter, 2006), devido à sobreactivação dos sistemas de defesa e de procura de recursos (Gilbert, 2009b, 2009c); mas também apresentam dificuldades em gerar sentimentos de calor, bondade e acalmia dirigidos a si próprios, a se auto-tranquilizar e a serem auto-compassivos (e.g., Gilbert, 2000c, 2007b; Gilbert, Clarke, Kempel, Miles, & Irons, 2004; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006; Neff, 2003a) devido à sub-activação ou dificuldade em aceder ao sistema de contentamento, calor e segurança o que os ajudaria a regular o seu sistema de ameaça e de procura de recursos (Gilbert, 2000c, 2007c, 2009b, 2009c; Gilbert & Irons, 2005). Habitualmente, estes indivíduos receiam mesmo experienciar emoções afiliativas (i.e., emoções positivas que têm qualidades calmantes e tranquilizadoras), o que os conduz a apresentar reacções de evitamento, medo e resistência quando experienciam compaixão (Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011). É por este motivo que o *treino da mente compassiva*, enquanto conjunto de competências³⁵ e práticas para treinar a mente para a compaixão (Gilbert, 2010b), não se centra somente no contra-ataque ao diálogo interno (i.e., no processamento interno focado na ameaça), na tentativa de diminuir as emoções hostis auto-dirigidas, nem os comportamentos defensivos que lhe estão associados, nem sequer na tentativa de desenvolver pensamentos racionais ou comportamentos defensivos alternativos em momentos de elevada perturbação emocional. Pelo contrário, ela procura sobretudo ajudar o doente a vivenciar experiências emocionais positivas de calor, segurança, e acalmia, na sua relação com os outros e consigo próprio, de modo a desenvolver, activar e fortalecer o sistema de contentamento,

³⁴ Os sistemas de regulação do afecto nomeados encontram-se amplamente descritos no capítulo 4 da presente dissertação.

³⁵ Entre as competências compassivas encontramos: aprender a dirigir a atenção compassivamente, a pensar e a raciocinar compassivamente, a sentir a se comportar compassivamente, e gerar imagens compassivas que têm como objectivo criar emoções e estados corporais compassivos (Gilbert, 2010b).

tranquilização e segurança e a promover a ligação aos outros e o seu bem-estar (Gilbert, 1989, 2000c, 2005a 2009c; Gilbert & Procter, 2006). Contudo esta tarefa está especialmente dificultada porque estes indivíduos têm dificuldade em aceder ao sistema de regulação do afecto de calor, acalmia e tranquilização no seu processamento (diálogo) interno (Gilbert, 2000c), e porque frequentemente se sentem receosos e ameaçados perante emoções positivas de calor e tranquilização (Gilbert et al, 2011; Gilbert & Procter, 2006).

Isto acontece porque a capacidade para experienciar compaixão pelo eu e pelos outros está enraizada, e é desenvolvida, no contexto das relações de vinculação e de prestação de cuidados (Gilbert, 1989, 2005a, 2009b, 2010; Gillath, Shaver, & Mikulincer, 2005), envolve os mesmos sistemas de processamento interno e os mesmos circuitos neurofisiológico de oxitocina-opiáceos (Wang, 2005), e está associada à activação do sistema de contentamento, calor e segurança (Gilbert, 2005a, 2009; Gilbert & Procter, 2006). Como tal, para que ocorra o desenvolvimento deste sistema é necessário que o indivíduo tenha recebido sinais sociais de carinho, cuidado, suporte e tranquilização, na sua relação com as figuras parentais durante os seus primeiros anos de vida, pois estes são cruciais para a criação de um espaço seguro a partir do qual é possível explorar o ambiente social em redor e para o desenvolvimento de sentimentos e memórias positivas de si e dos outros (Bowlby, 1969, 1973; Mikulincer & Shaver, 2007). O que se verifica é que os indivíduos com elevada vergonha e auto-criticismo tendem a reportar a inexistência de experiências emocionais precoces positivas de cuidado, calor, afecto, e afiliação na sua relação com os pais, experiências essas que se sabe constituírem reguladores importantes das respostas de stresse/ ameaça (Depue & Morrone-Strunpinsky, 2005; Gilbert, 2000c, 2007c, 2009a, 2010a), até porque nos primeiros anos de vida as figuras parentais são os principais agentes de tranquilização e acalmia, ou seja, de regulação das emoções (Gerhardt, 2000, 2004; Schore, 1994) através de sinais sociais de afecto (*e.g.*, tom de voz caloroso, tocar, abraçar) que acalmam a criança e estimulam os sistemas de regulação do afecto específicos na criança (Gilbert, 2009e). Em consequência, estes indivíduos foram privados de oportunidades que lhes teriam permitido o desenvolvimento das competências de cuidado com o próprio, de auto-aceitação e de auto-tranquilização (*e.g.*, Gilbert & Irons, 2004, 2005; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004), bem como de terem criado memórias emocionais positivas dos outros como calorosos, validadores tranquilizadores e calmantes, às quais poderiam recorrer quando na vida adulta enfretassem adversidades, tais como, quando se vissem confrontados com as suas falhas, erros e inadequações (Baldwin & Dandeneau, 2005; Gilbert, 2007b; Gilbert & Procter, 2006; Mikulincer & Shaver, 2004, 2005). Pelo contrário, sabe-se por exemplo que os indivíduos que apresentam uma elevada vergonha e auto-criticismo apresentam frequentemente uma história passada de experiências adversas, que ocorreram na interacção com as figuras parentais, nomeadamente de abuso verbal, físico e sexual, negligência, rejeição, criticismo parental, rebaixamento, falta de afecto, ameaça, submissão e/ ou desvalorização (*e.g.*, Andrews, 1998; Andrews & Hunter, 1997; Claesson & Sohlberg, 2002; Gilbert, 1998a, 2002a, 2009a; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Gilbert, Grandfield, Campey, & Irons, 2003; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmes, 2006; Sachs-Ericsson, Verona, Joiner, & Preacher, 2006; Stuewig & McCloskey, 2005; Tangney & Dearing, 2002;) e/ ou competição, rivalidade e favoritismo entre irmãos (Gilbert & Gerlisma, 1999). Pelo facto de terem crescido neste contexto de hostilidade terá sido mais benéfico o sobre-desenvolvimento do seu sistema de processamento da ameaça (Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995), e se terem tornado mais focados no poder dos outros para os controlar, magoar e/ ou rejeitar (Gilbert, 2005a; Irons & Gilbert, 2005). No seu conjunto, terá sido a ocorrência destas experiências adversas a par da ausência de experiências de calor, acalmia e segurança, nos primeiros anos de vida, que terá conduzido à respectiva sobre-estimulação do sistema de ameaça e defesa e do sistema de procura e aquisição, e à sub-estimulação do sistema de contentamento, tranquilização e segurança (*e.g.*, Gilbert, 2009c; Gilbert & Irons, 2005).

Na medida em que é ao sistema de contentamento, tranquilização e calor que está associada a origem evolucionária da auto-compaixão, a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2005a, 2009c), centra-se sobretudo na estimulação/ desenvolvimento deste sistema, que quando activado está associado aos sentimentos afiliativos de calor, bondade e segurança, e às competências de auto-acalmia/ auto-tranquilização (Gilbert, 2000a; 2004; 2005a, 2009b) e que funciona como um regulador natural dos sistemas de ameaça-protecção e de procura de recursos (Gilbert, 2005a, 2005b, 2007c, 2009e). Segundo a Terapia Focada na Compaixão, a auto-compaixão pode ser conceptualizada como uma forma adaptativa do eu se relacionar com o próprio eu, que se caracteriza pelos sentimentos de bondade, aceitação, acalmia e compaixão dirigidos em relação ao próprio sobretudo em momentos de inadequação ou fracasso (Gilbert & Irons, 2005). Em particular, ela pode ser compreendida como integrando um conjunto de atributos e competências motivacionais, emocionais e cognitivas específicas (Gilbert, 1989, 2005a, 2007c, 2009a, 2009c) que se organizam de um modo particular para dar origem à mente compassiva (representada na figura 2) e que podem ser melhoradas através de treino numa atmosfera de calor e bondade (Gilbert & Tirsch, 2009).

De acordo com esta abordagem fazem parte da mente auto-compassiva os seguintes qualidades/ atributos que se encontram interligadas e que são interdependentes: a) a **preocupação com o próprio bem-estar** que implica a motivação para cuidar do próprio, para aliviar o sofrimento pessoal e para tornar-se compassivo, b) a **sensibilidade para com o nosso sofrimento. Necessidades e desejos** que implica estar atento, ser sensível e analisar os sinais de perturbação e às necessidades de cuidado pessoal, ao invés de as tentar negar ou delas se dissociar, c) a **simpatia** pelas nossas experiências de vida, estado da mente actual e dificuldades, que envolve a habilidade de estar emocionalmente aberto e ser movido pelo próprio sofrimento, sentimentos e necessidades, d) a **empatia** que envolve compreender os significados, as funções, e as origens dos nossos próprios pensamentos, sentimentos, comportamentos e a consciência do que é necessário fazer para aliviar o sofrimento, e) o **não-julgar** que implica não criticar, envergonhar, condenar, rejeitar-se a si próprio e f) a **tolerância emocional ao sofrimento** que envolve tolerar e aceitar as emoções intensas, indesejadas e/ ou aversivas, ao invés de as tentar evitar, subjugar, invalidar, negar (Gilbert, 2005a, 2009c, 2009e; 2010b; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Tirsch, 2009).

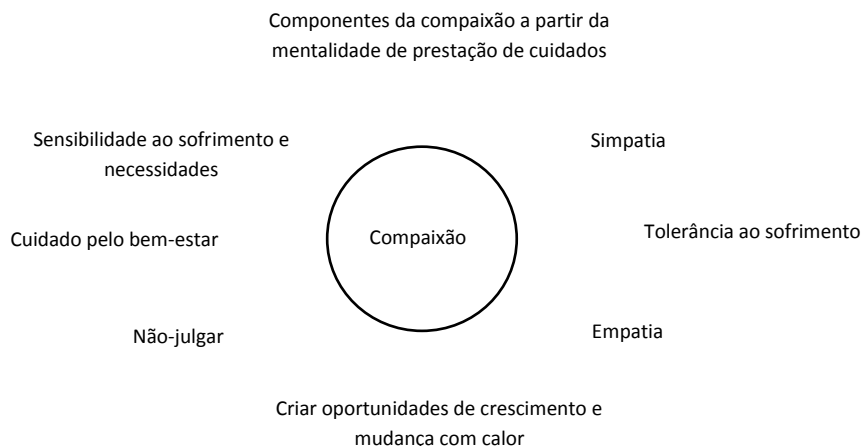


Figura 2. Círculo da Compaixão (retirado de Gilbert & Tirsch, 2009, p. 106; Gilbert, 2005a, p. 52, 2007b, p.127).

2.2.4.2. A auto-compaixão como protectora da psicopatologia ao fomentar uma regulação emocional adaptativa

Apesar da escassez de estudos empíricos que se tenham debruçado sobre os eventuais efeitos benéficos da auto-compaixão para a saúde-mental, alguns estudos recentemente conduzidos têm vindo a apresentar resultados promissores. Por exemplo, alguns estudos conduzidos em amostras de estudantes universitários têm vindo a mostrar que a capacidade para sentir auto-compaixão e as competências de auto-tranquilização/ auto-acalmia estão negativamente associadas à psicopatologia, nomeadamente, à sintomatologia depressiva e ansiosa (Gilbert et al., 2004; Neff, 2003a) e ao afecto negativo e positivamente associadas ao afecto positivo (Leary et al., 2007; Neff et al., 2007b; Neff & Vonk, 2009). A auto-compaixão associa-se ainda negativamente a outros constructos teóricos, que se encontram frequentemente associados a níveis mais elevados de psicopatologia, nomeadamente ao auto-criticismo, ao perfeccionismo neurótico, à ruminação, à supressão do pensamento (Neff, 2003a) e ao neuroticismo (Neff et al., 2007b). No sentido oposto verifica-se que a auto-compaixão está associada a vários indicadores de um funcionamento psicológico saudável, e a diversas medidas de saúde mental e de bem-estar (Neff, 2003a, Neff et al., 2007b). Por exemplo, numa amostra de estudantes universitários, verificou-se que a auto-compaixão apresenta uma associação positiva e significativa com a satisfação com a vida, a conectividade/ ligação social, a inteligência emocional (Neff, 2003a), a felicidade, o optimismo, o afecto positivo, a sabedoria afectiva e reflexiva, a iniciativa pessoal, a curiosidade e a exploração, bem como com as dimensões de personalidade de extroversão, conscienciosidade e amabilidade (Neff et al., 2007b). Num outro estudo, conduzido por Neff, Hsieh e Dejitterat (2005), igualmente numa amostra de estudantes universitários, a auto-compaixão revelou estar positivamente associada a metas de realização académica adaptativas (i.e., aos objectivos académicos de mestria que estão associados ao gosto em aprender por razões intrínsecas) e negativamente associada aos objectivos académicos de desempenho (i.e., em que o sentimento de valor pessoal depende do desempenho académico e é usado com o intuito de ganhar aprovação social). Os resultados sugerem ainda que a auto-compaixão é capaz de fomentar a resiliência emocional ao estar associada à utilização de estratégias de *coping* adaptativas, como é o caso da aceitação, em detrimento de estratégias orientadas para o evitamento, como é o caso da supressão, para lidar com o fracasso académico. Num

outro estudo (Neff et al., 2007a) igualmente conduzido numa amostra de estudantes universitários verificou-se que ao contrário da auto-estima, a auto-compaixão protege contra a ansiedade em situações de ameaça ao valor pessoal e de que o aumento verificado no nível de auto-compaixão, ocorrido ao longo de um intervalo de um mês de duração, estava associado a um aumento reportado da ligação social aos outros e a uma diminuição do auto-criticismo, depressão, ruminação, supressão do pensamento e ansiedade. De facto, alguns estudos fornecem evidências empíricas de que a auto-compaixão ajuda a lidar com o fracasso académico (Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009; Neff et al., 2005), fomenta uma maior abertura e disponibilidade para experienciar eventos privados dolorosos e indesejados (Leary, Tate, Adams, Batts, Allen, & Hancock, 2007; Neff et al., 2007a) e atenua a reacção dos indivíduos, ao impedir que se deixem assoberbar pelo estado emocional, quando confrontados com eventos negativos (Leary & Tate, 2007). Já Neff e Vonk (2009) numa amostra da população geral, mostraram que a auto-compaixão se associa negativamente à comparação social, à auto-conscienciosidade pública, à auto-ruminação, à raiva e à necessidade de estreitamento cognitivo, e numa amostra de estudantes universitários, verificaram que a auto-compaixão se associa a índices mais elevados de felicidade, optimismo e afecto positivo.

Em síntese, e no que concerne a outros processos de regulação emocional verificou-se que, a auto-compaixão, apresenta uma associação negativa significativa com medidas da ruminação (Neff, 2003a; Neff et al., 2007a; Neff & Vonk, 2009; Raes, 2010), à supressão do pensamento (Neff, 2003a; Neff et al., 2007a) e com estratégias de *coping* orientadas para o evitamento (Neff et al., 2005), sendo contudo, que na sua totalidade estes estudos foram conduzidos em amostras de estudantes universitários. Os resultados dos estudos conduzidos, parecem igualmente fornecer suporte empírico ao pressuposto de que os efeitos salutarés da auto-compaixão se devem, possivelmente, ao facto de esta fomentar o estabelecimento de uma relação adaptativa com o próprio eu, assente na auto-aceitação e na bondade para com o próprio (*e.g.*, Gilbert & Irons, 2005; Neff, 2003a, 2003b; Neff, Hseith, Dejithirat, 2005), por permitir uma perspectiva mais ampla, clara e realista da situação e por facilitar a adopção de acções eficazes que visam modificar o eu e/ ou o ambiente no sentido que seja apropriado (Neff, 2003a, 2003b, 2004; Neff, Kirkpatrick, & Dejithirat, 2004). Como tal, a auto-compaixão pode ser conceptualizada como uma estratégia de regulação emocional eficaz e adaptativa (Gilbert, 1989, 2005a; Neff, 2003a, 2004; Neff et al., 2004, 2005). Estes resultados são ainda concordantes com os resultados da meta-análise que incluiu vinte estudos, sobre a relação entre a auto-compaixão e a psicopatologia, apresentada por MacBeth e Gumpley (2012), que encontrou evidências empíricas para a importância da auto-compaixão na diminuição dos índices de depressão e ansiedade e no elevar da resiliência ao stress permitindo deste modo fomentar o bem-estar.

2.2.4.3. As abordagens terapêuticas baseadas na auto-compaixão: o que trazem de novo aos modelos terapêuticos já existentes?

Dado que os estudos correlacionais apontam para uma associação positiva entre a auto-compaixão e variáveis associadas a um bom funcionamento psicológico e saúde mental, os teóricos e clínicos, têm vindo recentemente a interessar-se pelo desenvolvimento de intervenções baseadas na compaixão (Barnard & Curry, 2011). Por exemplo, dois estudos conduzidos em amostras de estudantes universitários, nos quais numa das condições experimentais eram dadas instruções que visavam induzir a auto-compaixão, forneceram evidências preliminares da importância desta: a) para uma redução do afecto negativo e para o aumento do afecto positivo, assim como para uma menor ocorrência de comportamentos disfuncionais em relação à comida (Adams & Leary, 2007), b) para o assumir da responsabilidade por um evento negativo (*e.g.*, fracasso, rejeição ou perda), sem que isso

necessariamente conduza a um aumento no afecto negativo, e para fomentar a percepção de que o eu é similar aos outros (Leary et al., 2007).

Apesar da escassez de estudos, existem evidências de que a prática regular de meditação focada na compaixão e/ ou na bondade para com o eu e os outros (que visa fomentar estados emocionais positivos de bondade e compaixão), está associada a efeitos benéficos entre os quais, a redução do afecto negativo e das respostas de stresse e o aumento do afecto positivo, dos sentimentos de afiliação, ligação e bondade para com os outros e do bem-estar (uma revisão destes estudos foi apresentada por Gilbert et al., 2011 e Hofmann, Grossman, & Hinton, 2012). Num estudo recente, Hutcherson, Seppala e Gross (2008) mostraram que a meditação compassiva breve é capaz de aumentar os sentimentos de afiliação e de ligação social mesmo para com estranhos. Já Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek e Finkel, (2008) verificaram que a prática da meditação compassiva (compaixão dirigida ao eu, aos outros e a estranhos), em sessões de grupo semanais (durante 6 semanas com 60m de duração cada sessão) e em casa conduzia, por um lado, a uma diminuição dos sintomas de doença e, por outro lado, a um aumento das emoções positivas experienciadas, dos sentimentos de que a vida tem um propósito, e dos níveis de suporte social e de *mindfulness* reportados. Os resultados de um outro estudo apontaram para a possibilidade da meditação compassiva (por um período de seis semanas) estar associada a melhorias nas funções neuroendócrinas e imunitárias e nas respostas comportamentais ao stresse, na medida em que conduzem a uma redução das respostas fisiológicas e subjectivas ao stresse psicossocial (Pace, Negi, & Adame, 2009). Já outros estudos, que recorreram à neuroimagiologia, têm vindo a interessar-se pela neurofisiologia das competências de auto-tranquilização e de auto-compaixão, na tentativa de identificar os seus substractos neuronais (Longe, Maratos, Gilbert, Evans, Volker, Rockliff, & Rippon, 2010; Lutz, Greischar, Perlman, & Davidson, 2009; Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard, & Davidson, 2004; Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone, & Davidson, 2008). Mais concretamente, os resultados dos estudos de neuro-imagiologia sugerem que a meditação focada na bondade e na compaixão (que visa promover os sentimentos de auto-compaixão e de compaixão pelos outros) tem um impacto notório na redução do afecto negativo e na promoção do afecto positivo ao aumentar a activação das áreas cerebrais que estão associadas ao optimismo e à felicidade (Lutz et al., 2004). Num outro estudo verificou-se que quando os participantes são solicitados a observar/ imaginar o estado emocional de outra pessoa são activadas certas partes dos circuitos cerebrais que estão precisamente envolvidas no processamento desses mesmos estados emocionais em nós próprios, e que de estes, os indivíduos com mais treino de meditação compassiva e de bondade apresentavam um aumento das representações cerebrais somato-sensoriais e emocionais das emoções das outras pessoas (Lutz et al., 2008, 2009). De facto, sabe-se que a prática de imaginar compaixão para os outros produz alterações não só a nível do córtex frontal, como também no sistema imunitário e no bem-estar (Lutz et al., 2008). Já recentemente, este estudo foi complementado por um outro (Longe et al., 2010) que mostrou que os indivíduos que são instruídos a imaginarem-se a si próprios a serem auto-tranquilizadores mostravam uma actividade neuronal similar, ou seja, a activação de regiões cerebrais similares, às que envolvem a compaixão e empatia para com os outros.

Todavia os estudos conduzidos no âmbito das neurociências sugerem que os exercícios/ actividades que fomentam a bondade e a compaixão para com o próprio estimulam sistemas cerebrais específicos particularmente os sistemas associados à afiliação e à tranquilização (Longe et al., 2010; Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glover, 2008) e que por isso poderão ter um valor inegável na sua aplicação à população clínica, são ainda escassos os estudos testaram a eficácia de intervenções clínicas baseadas na compaixão. Uma excepção é a terapia focada na compaixão, cujas raízes se encontram na psicologia evolucionária (Gilbert, 1984, 1989, 2009a) e que visa por um lado diminuir o auto-criticismo e a vergonha, e por outro, estimular o afecto positivo que está associado aos sentimentos de bem-estar, tranquilização e segurança capazes de desactivar o sistema de ameaça (Gilbert, 2010b), por intermédio do desenvolvimento de competências de auto-tranquilização e de auto-compaixão para com o próprio e

os outros, que tem vindo a apresentar resultados promissores quando empregue como método de tratamento (e.g., Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006). O pressuposto desta abordagem terapêutica é de que as qualidades de auto-tranquilização e de auto-acalmia, intrínsecas à auto-compassão, permitem que o indivíduo se sinta socialmente mais ligado aos outros, emocionalmente mais calmo e seguro, e como tal, mais capaz de identificar as áreas necessárias a mudar e a desenvolver, procedendo à rectificação dos padrões de comportamento improdutivos e prejudiciais (Gilbert, 2005a; Gilbert & Irons, 2005).

2.2.5. Uma abordagem “meta-experiencial” da emoção: a Terapia dos Esquemas Emocionais

A terapia dos esquemas emocionais (Leahy, 2007b, 2009, 2011; Leahy et al., 2011) e o modelo dos esquemas emocionais (Leahy, 2002a, 2003a), que lhe está subjacente, foram desenvolvidos com o intuito de dar um lugar de destaque às emoções e aos processos cognitivos envolvidos na regulação emocional, nos modelos de compreensão dos distúrbios emocionais e nos protocolos de intervenção terapêutica (Tirch, Leahy, Silberstein, & Melwani, 2012). Neste modelo, o constructo de esquemas emocionais assume uma posição central, e pode ser definido como os planos, conceitos e estratégias que um indivíduo utiliza ‘em resposta’ a uma dada emoção (Leahy, 2002a, 2007d; Leahy et al., 2011; Silberstein et al., 2012).

Em particular, o constructo de ‘esquema’ é usado no modelo no mesmo sentido em que foi proposto por Beck e colegas (Beck, 1976, 1996; Beck, Freeman, & Davis, 2004) como contendo um componente avaliativo, interpretativo e um modo activo de adaptação (Leahy et al., 2011). Ou seja, à semelhança da noção de esquema de Beck, também os esquemas emocionais, podem ser conceptualizados como as ‘lentes’ através das quais o indivíduo interpreta e avalia a sua experiência emocional (Leahy, Tirch, & Melwani, 2012). Mas se de acordo com os “modelos cognitivos tradicionais, a emoção tanto precede, acompanha, ou é consequência do conteúdo cognitivo (...) ela pode também ser vista como *conteúdo a ser avaliado*, controlado, ou utilizado pelo indivíduo” (Leahy, 2011, p. 112) de acordo com o modelo dos esquemas emocionais. Mas o constructo de esquema emocional denota ainda a influência do modelo meta-emocional de Gottman e colegas (Gottman, 1997; Gottman, Katz, & Hooven, 1996, 1997) na medida em que tal como estes defendem que os indivíduos diferem quanto às ‘filosofias’ subjacentes ao modo como pensam, avaliam e respondem aos estados emocionais do outro também os esquemas emocionais representam as ‘filosofias’ e o modo como os indivíduos pensam, avaliam e respondem aos seus próprios estados emocionais (Leahy, 2002a, 2005a, 2011). E se Greenberg e colegas (Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg & Safran, 1987; Greenberg, 2007), no âmbito da terapia focada na emoção, propõem que os esquemas emocionais são estruturas emocionais organizadoras que, quando activadas, *dão acesso* às ‘cognições’ e/ ou ‘significados’ tácitos relevantes, a definição de Leahy, é uma extensão a esta ao considerar que os esquemas emocionais são estruturas cognitivas (esquemas) que o indivíduo tem *acerca* das emoções (Leahy, 2002a, 2007c), ou seja, compreendem um conjunto de crenças acerca do modo como as emoções funcionam, e em particular, como o indivíduo as processa, interpreta, julga, controla e lhes reage (Leahy, 2011).

No mesmo sentido, consiste numa extensão à conceptualização de Izard (2009), que considera que os esquemas emocionais se referem às interacções emoção-cognição, na medida em que para Leahy e colegas, os esquemas emocionais são capazes de determinar tanto o processamento emocional como as estratégias de regulação emocional (e.g., Leahy, 2002a; Tirch, Leahy, & Silberstein, 2009). De facto, o modelo dos esquemas emocionais para além de conter elementos do modelo esquemático da terapia cognitiva tradicional (Leahy, 2007d) integra igualmente elementos das abordagens meta-experienciais, como é o caso do modelo metacognitivo (Wells, 2004, 2010) e da terapia da aceitação e do

compromisso (Hayes et al., 1999). De facto, à semelhança do modelo meta-cognitivo (que procura ajudar o doente a clarificar as crenças que tem acerca do modo como a sua mente funciona _ as suas teorias acerca dos seus pensamentos intrusivos_ e a reconhecer a ineficácia das estratégias de controlo cognitivo e emocional que mantêm e exacerbam a patologia; Wells, 2004, 2009, 2010) também o modelo dos esquemas emocionais procura ajudar os doentes a identificarem, e a modificarem, as crenças meta-emocionais disfuncionais que têm acerca das suas emoções e as estratégias de controlo emocional que empregam em resposta às emoções difíceis, aversivas e indesejáveis que experienciam (Leahy, 2002a; Leahy et al., 2011, 2012). Já em relação à terapia da aceitação e do compromisso Leahy, Tirsch e Napolitano (2011) explicam que “a terapia dos esquemas emocionais tem objectivos e direcções conceptuais em comum com várias teorias cognitivo-comportamentais de terceira geração, incluindo o reconhecimento que o evitamento experiencial pode estar associado às crenças acerca das emoções e ao sofrimento que mantém o funcionamento problemático” (p. 24). Mais concretamente, Leahy e colegas consideram que tanto a terapia da aceitação e do compromisso como o modelo meta-cognitivo enfatizam o papel das estratégias de controlo, do evitamento emocional e da supressão na manutenção da psicopatologia, colocam o foco no processo de pensar, ou seja, nas crenças acerca do modo como a mente funciona, na natureza e na função do pensar em si mesmo e defendem a importância, na intervenção clínica, de se adoptar uma posição descentrada/ de observador em relação aos pensamentos e emoções e de ser modificada a função do pensamento e o modo como o indivíduo lhe responde (Leahy, 2007b, 2011; Leahy et al., 2011). Não obstante, o modelo meta-cognitivo dos esquemas emocionais advoga ainda a importância de serem analisadas as “crenças”, “filosofias emocionais” ou “teorias da mente” subjacentes, que o doente mantém acerca da experiência e da expressão emocional (Leahy, 2007b; Leahy et al., 2011). Em síntese, é possível derivar que a terapia dos esquemas emocionais partilha com outros modelos meta-experiências, tais como o modelo meta-cognitivo e a terapia da aceitação e do compromisso (e de um modo geral com as chamadas terapias de terceira geração) a ênfase na aceitação experiencial, na consciência distanciada e no reconhecimento do processo de pensar, mas que, simultaneamente, ela contempla também a avaliação e a modificação do conteúdo esquemático (*i.e.*, das crenças acerca das emoções) tal como se verifica na terapia cognitiva tradicional (Leahy, 2011).

O modelo de conceptualização dos esquemas emocionais (apresentado na figura 3; Leahy et al., 2011) pressupõe que assim que uma emoção é activada, o primeiro passo para lidar com a emoção envolve o notar, o nomear (Leahy, 2010) e o diferenciar essa emoção das restantes (Leahy, 2011). Em seguida, e sempre que o indivíduo nota a experiência de uma emoção negativa desagradável, ele pode optar entre dois percursos distintos. Se perante a experiência de uma emoção desagradável, o indivíduo for capaz de a normalizar, mais facilmente a irá reconhecer, aceitar, expressar, experienciar validação, usá-la se possível para aprender com essa experiência, e continuar a funcionar ao mesmo tempo que a experiência (Leahy, 2002a, 2005, 2007a, 2009, Leahy et al., 2011).

De facto, este modelo pressupõe que as estratégias de *coping* que incluem a expressão, a aceitação e a procura de validação (através do desenvolvimento de relações significativas suportivas para lidar com as emoções) são úteis, na medida em que: a) contribuem para uma melhor compreensão e tolerância em torno das emoções, b) facilitam a discriminação entre várias emoções, c) ajudam a reduzir a culpa e a vergonha em relação às emoções experienciadas, e d) fomentam o desenvolvimento de um sentido de normalidade e universalidade em relação às experiências emocionais (Leahy, 2009; Leahy et al., 2011). No entanto, a experiência emocional pode tornar-se patológica, se perante uma emoção negativa que o indivíduo considera desconfortável ou desagradável, ele a interpretar negativamente, por exemplo, como sendo incompreensível, não similar às experienciadas pelos outros, como tendo uma longa duração, como estando fora do seu controlo, como não estando associada a valores elevados, como sendo desencadeadora de vergonha e culpa, como não a podendo aceitar ou expressar ou de que não

experienciaria validação caso o fizesse, entre outras interpretações possíveis (e.g., Leahy, 2002a, 2003a, 2010).

Estas interpretações negativas ao contribuírem para uma visão das emoções como problemáticas, fomentam por sua vez o uso de estratégias de regulação emocional ineficazes e disfuncionais como é o caso da ingestão compulsiva, do abuso de álcool e drogas, da dissociação, do entorpecimento e da ingestão compulsiva (entre outras estratégias) que visam o evitamento, escape ou término da experiência emocional (Leahy, 2007b, 2011). Não obstante estas estratégias poderem funcionar a curto-prazo, permitindo um alívio temporário da intensidade emocional, ou providenciando um sentido momentâneo de bem-estar, a longo-prazo elas tendem a tornar-se um problema que exacerba ainda mais a perturbação emocional e que impede um funcionamento produtivo de acordo com objectivos e propósitos valorizados pelo indivíduo (Leahy et al., 2011). De facto, o uso de estratégias de controlo emocional na tentativa de suprimir, ignorar, neutralizar ou eliminar as emoções antes pelo contrário confirma as crenças negativas de que as emoções experienciadas são intoleráveis, incontroláveis e que duram infundavelmente (Leahy, 2002a, 2003a, 2005a, 2009, 2011; Leahy et al., 2011). Isto conduz, frequentemente, à manutenção de um ciclo disfuncional, ao fomentar a adopção de estilos de *coping* problemáticos, como é o caso da ruminação, da preocupação, do evitamento de situações que desencadeiam emoções ou da atribuição de culpa aos outros ou a circunstâncias externas pelos próprios estados emocionais (Leahy, 2002a, 2003a, 2007a; Leahy et al., 2011). Em síntese é possível afirmar que são os esquemas emocionais problemáticos, desadaptativos e rígidos que ao dificultarem o processamento emocional tendem a exacerbar a intensidade, a negatividade e a duração das emoções negativas e, conseqüentemente, a dificultarem a regulação emocional (Leahy, 2003a). De facto, segundo este modelo não serão tanto as emoções que são problemáticas ou patológicas em si mesmas (Leahy et al., 2011), mas antes os esquemas emocionais problemáticos (i.e., as interpretações e avaliações negativas que os indivíduos fazem acerca das suas emoções e as estratégias de evitamento que empregam para lidar com essas mesmas emoções) que conduzem à manutenção ou exacerbação da intensidade e duração dessa ou de outras emoções, ou seja, à perpetuação das experiências patológicas (Leahy, 2002a, 2005a, 2007a, 2007b, 2007d, 2009, 2011). A este respeito Leahy (2012) chega mesmo a afirmar que “os distúrbios psicológicos podem ser vistos como estratégias mal-adaptativas de regulação emocional” (p. 359). Por exemplo, no caso das perturbações de ansiedade, cada uma delas está associada a uma ‘teoria’ individual acerca do “significado, perigo e controlo da ansiedade e dos pensamentos, imagens e sensações associadas à ansiedade” (Leahy, 2007a, p. 38). De facto, as interpretações negativas que o doente faz acerca dos seus pensamentos, sensações, imagens e activação ansiosa conduzem ao uso de estratégias/ ‘soluções’, que tendo o intuito de evitar ou eliminar a ansiedade, tornam-se elas próprias parte do problema (Leahy, 2003a, 2007a, 2010). Exemplo disso é que tanto os indivíduos com fobia social como os que sofrem de perturbação de stress pós-traumático, tendem a recorrer ao álcool e às drogas para lidar com os seus estados emocionais (Leahy, 2010). Adicionalmente, é expectável que doentes com perturbação de pânico apresentem crenças negativas acerca das suas emoções e sensações corporais, nomeadamente, de que estas são “incompreensíveis, vão ficar fora de controlo, vão durar muito tempo, não são experienciadas pelos outros, não podem ser aceites e não podem ser expressas” (Leahy, 2007a, p. 37; 2010, p. 138-139). No mesmo sentido, na perturbação obsessivo-compulsiva é esperado que os doentes apresentem crenças negativas associadas aos pensamentos, imagens e emoções indesejadas, tais como, de que estão fora do seu controlo (associado à fusão do pensamento-acção) e de que são geradoras de vergonha e culpa (associada às implicações pessoais das intrusões; Leahy, 2007b).

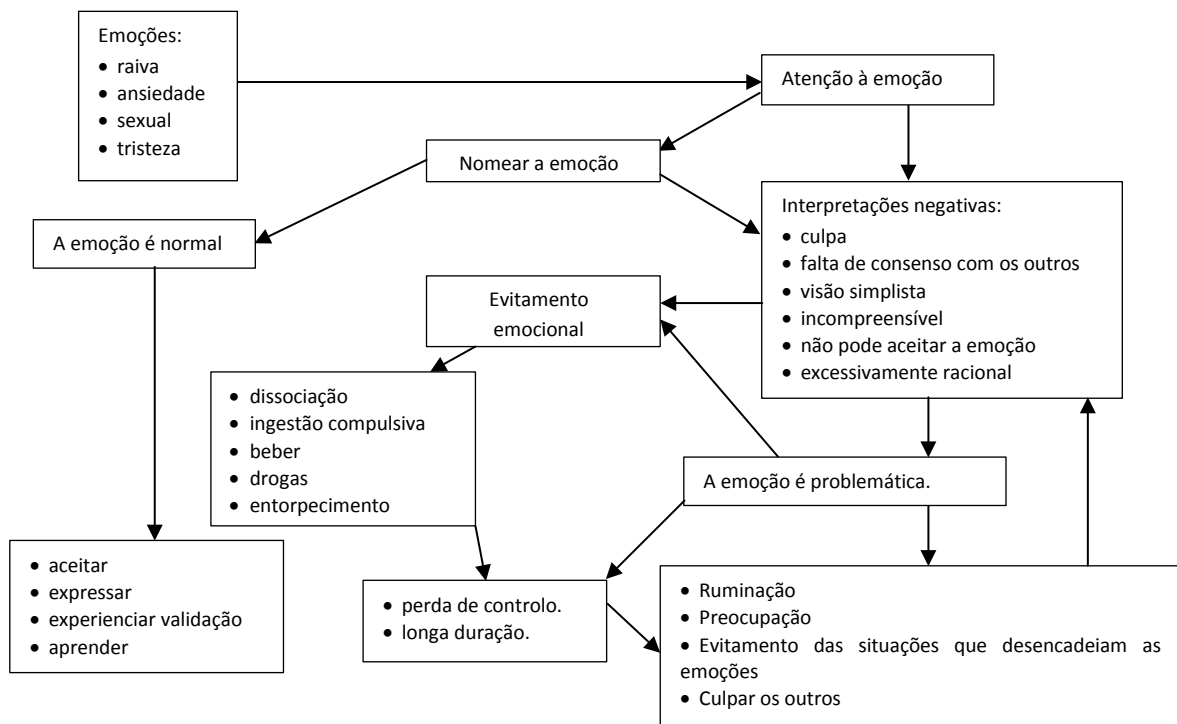


Figura 3. Modelo dos esquemas emocionais (Leahy et al., 2011, p. 20).

2.2.5.1. A importância dos esquemas emocionais nos modelos de psicopatologia: suporte empírico para o modelo dos esquemas emocionais

Apesar da escassez de estudos, em parte devido ao facto da terapia dos esquemas emocionais ser um modelo recente de abordagem à psicopatologia, existe suporte empírico para a existência de uma associação entre determinados esquemas emocionais e a psicopatologia (Leahy, 2007a, 2009, 2011; Leahy, Tirch & Napolitano, 2011). Em todos os estudos conduzidos, no âmbito do modelo dos esquemas emocionais, foi utilizado o Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy (LESS - Leahy Emotional Schemas Scale; Leahy, 2002a), que permite avaliar a presença de catorze diferentes dimensões dos esquemas emocionais, tal como estas se encontram contempladas no modelo anteriormente descrito. Estas dimensões são denominadas, respectivamente, por: validação, compreensibilidade, culpa, visão simplista das emoções, valores elevados, perda de controlo, entorpecimento, necessidade de ser racional, duração, consenso, aceitação dos sentimentos, ruminação, expressão e a culpabilização_ não sendo contudo mutuamente exclusivas e por esse motivo podendo mesmo sobrepor-se parcialmente entre si (e.g., Leahy, 2002a; Leahy et al., 2011; Silberstein et al., 2012, entre outros)³⁶.

Num dos primeiros estudos conduzidos neste âmbito, numa amostra de 53 doentes psiquiátricos, Leahy (2002a) mostrou que alguns esquemas emocionais se correlacionavam significativamente com sintomas de depressão (avaliados através do Beck Depression Inventory; Beck & Steer, 1987) e com sintomas de ansiedade (avaliados através do Beck Anxiety Inventory; Beck & Steer, 1990). Em particular, os sintomas de depressão associam-se a uma maior vivência de culpa, expectativas de longa duração, níveis elevados de ruminação, à percepção de perda de controlo e a uma menor compreensibilidade e consenso acerca

³⁶ Este instrumento de medida será descrito detalhadamente no Capítulo 2 (secção 1.5.2.).

das emoções. Já em relação aos sintomas de ansiedade os resultados mostraram que se encontram associados a uma maior culpa, a uma visão simplista acerca das emoções, a níveis elevados de ruminação, à percepção de perda de controlo e a uma menor compreensibilidade, menor aceitação e menor consenso acerca das emoções. Em dois outros estudos (descritos em Leahy et al., 2011), os resultados das análises de regressão múltipla hierárquica conduzidas mostraram que os esquemas emocionais de ruminação, culpa, validação (negativamente), valores elevados (negativamente), controlo, compreensibilidade (negativamente), expressão e consenso (negativamente) prediziam significativamente depressão (n=1363) e de que os esquemas emocionais de controlo (negativamente), compreensibilidade (negativamente), ruminação e expressão prediziam significativamente a ansiedade (n=1245).

A relação entre os esquemas emocionais e a psicopatologia foi ainda alargada aos distúrbios de personalidade (Leahy, 2003b; Leahy & Napolitano, 2005). Os resultados das análises correlacionais conduzidas, numa amostra de doentes (n=411) mostraram que os que pontuavam mais alto nas dimensões relativas aos traços dos distúrbios de personalidade evitante, dependente e borderline (avaliadas através do Millon Clinical Multiaxial Inventory –III; MCMI-III; Millon, Davis, & Millon, 1997) apresentavam uma visão mais negativa acerca das suas emoções (i.e., endossavam um maior número de esquemas emocionais negativos), enquanto os doentes que pontuavam mais nas dimensões relativas ao traço de personalidade narcisista e histriónica (avaliados igualmente através do MCMI-III; Millon et al., 1997) apresentam uma visão mais positiva acerca das suas emoções (i.e., endossavam um maior número de esquemas emocionais positivos), o que parece sugerir que os diferentes distúrbios de personalidade se associam diferencialmente aos diferentes esquemas emocionais (Leahy & Napolitano, 2005; Leahy et al., 2011). Adicionalmente, Leahy e Napolitano (2005) conduziram uma análise em componentes principais com rotação varimax às 14 dimensões dos esquemas emocionais tendo obtido três factores. O primeiro, que se refere às emoções como inaceitáveis integrou as dimensões compreensibilidade (negativamente), culpa, visão simplista, controlo (negativamente), duração e aceitação dos sentimentos. Já o segundo, que reflecte a avaliação das emoções como fazendo sentido, integrou as dimensões validação, compreensibilidade, valores elevados, consenso e ruminação (negativamente). O último, denominado por visão positiva das emoções ficou composto pelas dimensões entorpecimento (negativamente), necessidade de ser racional (negativamente) e expressão. Estes três factores (compósitos), quando correlacionados com as dimensões do MCMI-III, revelaram mais uma vez que as personalidades borderline, dependente e evitante estavam associadas a uma avaliação das emoções dolorosas como inaceitáveis, como não fazendo sentido e como constituindo experiências negativas a ser evitadas; enquanto as personalidades narcísica e histriónica estavam associadas à visão de que as emoções dolorosas são aceitáveis, fazem sentido e de que têm um significado positivo.

Já num estudo sobre conflitos conjugais, Leahy e Kaplan (2004) mostraram que várias dimensões dos esquemas emocionais se correlacionavam significativamente com uma medida de ajustamento nas relações íntimas, a Escala de Ajustamento Diádico (Dyadic Adjustment Scale; Spanier, 1976) com os resultados a sugerirem, por exemplo, que níveis mais elevados de culpabilização do outro e de uma visão simplista das emoções, e pelo contrário, níveis mais baixos de validação e de expressão emocional estavam associados a níveis mais elevados de discórdia nas relações conjugais.

Adicionalmente Leahy (2003b, 2005b, 2006) investigou a relação entre os esquemas emocionais e as diferentes dimensões metacognitivas da preocupação, em particular, as crenças positivas acerca da preocupação, crenças de incontrolabilidade e perigo acerca da preocupação, crenças acerca da competência cognitiva, crenças negativas gerais (incluindo crenças de responsabilidade, superstição e punição) e a auto-conscienciosidade cognitiva (que foram avaliadas através do Metacognitions

Questionnaire³⁷; Wells, 1997). Os resultados das análises de regressão múltipla mostraram, numa ampla amostra de doentes psiquiátricos (n=433), que mesmo quando se controla a sintomatologia ansiosa (avaliada através do Beck Anxiety Inventory): a) as dimensões de validação (negativamente), compreensibilidade, visão simplista da emoção e culpabilização prediziam as crenças positivas acerca da preocupação, b) as dimensões de controlo (negativamente), excessiva racionalidade (negativamente), consenso (negativamente) e ruminação prediziam as crenças de incontrolabilidade e perigo acerca da preocupação, c) as dimensões de validação (negativamente) e compreensibilidade (negativamente) prediziam as crenças acerca da competência cognitiva, d) as dimensões de compreensibilidade, culpa, visão simplista das emoções e controlo (negativamente) prediziam as crenças negativas gerais de responsabilidade, superstição e punição, e por último, e) os valores elevados, o consenso (negativamente) e a ruminação prediziam significativamente a auto-conscienciosidade cognitiva (Leahy, 2006). Os resultados, ao indicarem que a maioria dos esquemas emocionais se associa significativamente aos processos metacognitivos problemáticos que se encontram subjacentes à preocupação, parecem sugerir que a preocupação possivelmente funciona como uma estratégia de evitamento emocional (tal como defendidos em diversos modelos de preocupação; Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004; Wells, 2004 citados por Leahy, 2011) com base nas crenças negativas que os indivíduos possuem acerca das emoções que experienciam (Leahy, 2005b). Num outro estudo Kamali, Gharraee, & Behrooz (2013), numa amostra de 290 estudantes universitários, verificaram que os esquemas emocionais de controlabilidade, auto-consciência emocional, expressão e visão simplista da emoção (avaliados através da versão persa do LESS) prediziam significativamente a preocupação patológica, excessiva e incontrolável (avaliada através do Penn State Worry Questionnaire - PSWQ; Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990).

Mais recentemente, tem vindo a ser investigada a associação entre os esquemas emocionais, o mindfulness disposicional e a flexibilidade psicológica (e.g., Tirch et al., 2009; Silberstein, Tirch, Leahy, & McGinn, 2012; Tirch, Leahy, Silberstein, & Melwani, 2012). Num dos estudos, realizado por Silberstein et al., (2012) numa amostra de doentes psiquiátricos (n= 107) que haviam começado a receber tratamento psicoterapêutico, verificou-se que níveis mais elevados de mindfulness disposicional (avaliado através do Mindfulness Attention and Awareness Scale-MAAS; Brown & Ryan, 2003) estavam associados a níveis mais elevados de flexibilidade psicológica (avaliados através do Acceptance and Action Questionnaire – II - 7 itens, Bond et al., 2011), e de que níveis mais elevados, em ambos os processos experienciais, estavam por sua vez positivamente associados às dimensões que se referem aos esquemas emocionais mais positivos, adaptativos e flexíveis (validação, compreensibilidade, valores elevados, controlo, consenso, aceitação e expressão) e, pelo contrário, negativamente associados às dimensões que se referem aos esquemas emocionais mais negativos, desadaptativos e rígidos (culpa, visão simplista acerca das emoções, necessidade excessiva de ser racional, duração, ruminação, entorpecimento e culpabilizar os outros). Num outro estudo (Tirch, et al., 2012) foi analisada a relação entre os esquemas emocionais, o mindfulness disposicional (avaliado através do MAAS; Brown & Ryan, 2003) e o evitamento experiencial (avaliado através do AAQ de 16 itens; Bond et al., 2011) e os sintomas de ansiedade (avaliados através do Beck Anxiety Inventory - BAI; Beck & Steer, 1993 e da sub-escala de ansiedade do Millon Clinical Multiaxial Inventory - MCMI-III; Millon et al., 1997) numa amostra de doentes psiquiátricos (n=295). Os resultados das análises correlacionais mostraram que níveis mais elevados de sintomas de ansiedade avaliados pelo BAI (que avalia sobretudo a presença da dimensão somática/ física da ansiedade e da sintomatologia panicogénica) estavam associados significativamente aos esquemas emocionais de validação (negativamente), compreensibilidade (negativamente), culpa, visão simplista acerca das emoções, controlo (negativamente), duração, consenso (negativamente), aceitação dos sentimentos (negativamente), ruminação e culpabilização dos outros. O mesmo padrão de resultados foi encontrado quando analisadas as correlações entre as dimensões dos esquemas

³⁷ Neste estudo foi utilizada a versão original do *Metacognitions Questionnaire* (Wells, 1997) composta por 65 itens.

emocionais e o MCMI-III (que avalia a presença de sintomas de ansiedade que são característicos dos síndromes clínicos das perturbações ansiosas presentes no DSM-IV, e que incluem as dimensões cognitiva, emocional, física e interpessoal da ansiedade), com níveis mais elevados de ansiedade a associarem-se significativamente às dimensões de validação (negativamente), compreensibilidade (negativamente), culpa, visão simplista acerca das emoções, controlo (negativamente), duração, consenso (negativamente), aceitação dos sentimentos (negativamente), ruminação e culpabilização dos outros. No mesmo sentido, os autores verificaram que tanto a flexibilidade psicológica como o mindfulness disposicional se correlacionavam negativamente com os sintomas de ansiedade. Adicionalmente, as análises de regressão múltipla hierárquica conduzidas para avaliar quais os preditores (entre o mindfulness disposicional, a flexibilidade psicológica e as catorze dimensões dos esquemas emocionais) prediziam significativamente a ansiedade (avaliada através do BAI e do MCMI-III). Os resultados mostraram que no caso dos sintomas de ansiedade avaliados através do MCMI-III, a flexibilidade psicológica se evidenciava como sendo o preditor mais significativo, seguido da dimensão duração (i.e., que se refere à crença de que as emoções vão durar indefinidamente) dos esquemas emocionais. Já no caso dos sintomas de ansiedade avaliados com o BAI, a dimensão de perda de controlo (i.e., que se refere à crença de que as emoções intensas são incontroláveis e avassaladoras) dos esquemas emocionais evidenciou-se como sendo o preditor mais significativo dos sintomas de ansiedade, seguindo a flexibilidade psicológica e o esquema emocional de duração (i.e., de que as emoções experienciadas têm uma longa duração). Por último, foram conduzidas duas análises de regressão múltipla hierárquica, através das quais se procurou avaliar quais dos preditores (o mindfulness disposicional, a flexibilidade psicológica e uma medida compósita de crenças negativas acerca das emoções que resultou do somatório de todas as dimensões quando cotadas no mesmo sentido negativo) prediziam significativamente os sintomas ansiosos. Em ambos os casos, verificou-se que a flexibilidade psicológica se destacou como sendo o preditor mais significativo da ansiedade (avaliada tanto através do BAI como do MCMI-III), seguindo-se a medida compósita das crenças negativas acerca das emoções. Segundo os autores do estudo, os resultados obtidos apontam para a importância do modelo dos esquemas emocionais complementar o modelo da flexibilidade psicológica (advogado pela terapia da aceitação e do compromisso; Hayes et al., 1999). De facto, é possível que os esquemas emocionais que predizem significativamente a ansiedade (i.e., que reflectem uma avaliação negativa das experiências emocionais como sendo incontroláveis e com uma longa duração) funcionem, possivelmente, como um esquema de perigo ou de detecção de ameaças (sendo que neste caso a ameaça é a própria experiência emocional); e que nesse sentido motivem grandemente o indivíduo a recorrer ao evitamento experiencial para evitar essas experiências emocionais (Tirch et al., 2012). Já o facto do mindfulness disposicional não predizer significativamente a sintomatologia ansiosa quando controlado o efeito da flexibilidade psicológica e dos esquemas emocionais pode dever-se, segundo os autores do estudo, ao facto do mindfulness estar contido no conceito de flexibilidade psicológica (tal como defende o modelo ACT) e ser igualmente inerente às respostas metacognitivas referentes aos esquemas emocionais mais adaptativos (Tirch et al., 2012). Num terceiro estudo (Tirch et al., 2009), foi analisada não somente a relação entre o mindfulness disposicional (avaliado através do MAAS; Bryan & Ryan, 2003), a flexibilidade psicológica (avaliada através do AAQ-II 10 itens; Bond et al., 2011) e os esquemas emocionais, como foi investigado o poder predictivo tanto do mindfulness disposicional como dos esquemas emocionais (relativos a estratégias de regulação emocional, ou seja, as dimensões de ruminação, expressão, necessidade de ser racional e aceitação dos sentimentos) na predição da flexibilidade psicológica. O estudo conduzido numa amostra de 202 doentes psiquiátricos (que na sua grande maioria haviam recentemente iniciado acompanhamento psicoterapêutico), mostrou que todas as catorze dimensões dos esquemas emocionais se correlacionavam significativamente com o mindfulness disposicional e com a flexibilidade psicológica. De facto, mais uma vez os resultados evidenciaram que tanto o mindfulness disposicional como a flexibilidade psicológica se associam positivamente aos esquemas emocionais mais adaptativos e flexíveis (validação, compreensibilidade, controlo, consenso, expressão, valores elevados e aceitação) e negativamente aos esquemas

emocionais mais desadaptativos e rígidos (necessidade de ser racional, ruminação, entorpecimento, visão simplista, culpa, culpabilizar os outros e duração), o que segundo os autores, e ressalvando que a natureza correlacional do estudo não permite derivar relações de causalidade, sugere que uma “possível função de um processamento esquemático cognitivo mais adaptativo das respostas às emoções é um maior grau de flexibilidade psicológica e uma maior consciência e atenção receptiva às experiências e eventos no presente” (Leahy et al., 2011, p.23). Já as análises de regressão múltipla hierárquica mostraram, num primeiro momento, que as dimensões expressão e necessidade de ser racional não prediziam significativamente a flexibilidade psicológica, tendo por isso sido removidas das análises subsequentes. O modelo final testado mostrou que a ruminação, a aceitação dos sentimentos e o mindfulness disposicional prediziam significativamente a flexibilidade psicológica, o que segundo os autores sugere que estes três componentes poderão não só estar na base da flexibilidade psicológica, como dão suporte empírico ao postulado do modelo da terapia da aceitação e do compromisso de que três dos componentes do modelo hexaflex são a desfusão cognitiva, a aceitação e o contacto com o momento presente (Silberstein et al., 2009; Tirch et al., 2009). Num outro estudo, realizado por Leahy, Tirch e Melwani (2012) foram investigados os contributos de três processos psicológicos _ aversão ao risco (avaliado através do The Risk Aversion Questionnaire; Leahy, 2001c), esquemas emocionais (avaliados através do LESS; Leahy, 2002a) e a flexibilidade psicológica (avaliada através do AAQ - 16 itens; Bond et al., 2011), associados a três diferentes modelos teóricos _ na explicação da sintomatologia depressiva (avaliada com o Beck Depression Inventory-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) numa amostra de doentes psiquiátricos (n=425). Os resultados mostraram que os sintomas depressivos se associavam significativamente às variáveis aversão ao risco, flexibilidade psicológica (ainda que em relação a esta última, como seria de esperar tivessem sido encontrados valores negativos de correlação), a doze das catorze dimensões dos esquemas emocionais (à excepção da necessidade de ser racional e da expressão) e ao total das crenças negativas acerca das emoções (medida compósita que resultou do somatório de todas as dimensões dos esquemas emocionais quando cotados no sentido negativo e da respectiva ponderação). Já a regressão múltipla hierárquica conduzida mostrou que de entre as dimensões dos esquemas emocionais, quatro prediziam significativamente, e no sentido esperado, a depressão: a culpa, a ruminação, o controlo e a validação. Contudo, quando se analisam os três processos psicológicos simultaneamente na predição da depressão apenas a aversão ao risco e a flexibilidade psicológica se mostraram estatisticamente significativas. Adicionalmente, os resultados mostraram que a flexibilidade psicológica apresenta uma correlação de elevada magnitude e no sentido negativo com a medida compósita das crenças negativas acerca das emoções ($r = -.68$; $p < .001$) e que, quando analisadas separadamente as dimensões, à excepção da dimensão necessidade de ser racional, as restantes se correlacionam significativamente e no sentido esperado com a flexibilidade psicológica (e.g., sendo as de maior magnitude encontradas com as dimensões de validação, consenso, ruminação, compreensibilidade, culpa e controlo). Já as análises de regressão múltipla hierárquica, mostraram que de entre as diferentes dimensões dos esquemas emocionais, são predictores significativos da flexibilidade psicológica, pela seguinte ordem de grandeza e no sentido esperado_ a culpa, a ruminação, o controlo, a validação, o culpabilizar os outros, os valores elevados e a compreensibilidade. Estes resultados sugerem, segundo os autores do estudo, que os esquemas emocionais mais adaptativos representam tendências de acção e padrões de resposta às emoções que contribuem para o alcance de objectivos valorizados pelo indivíduo, para a habilidade de viver uma vida recompensadora e significativa, de estabelecer relações interpessoais satisfatórias e de regular as emoções de forma adaptativa, sem sentir necessidade de se defender das emoções experienciadas (Leahy et al., 2012).

Apesar dos resultados dos estudos anteriormente citados fornecerem evidências para a importância dos esquemas emocionais nos modelos de compreensão da psicopatologia e, por conseguinte, os protocolos terapêuticos versarem igualmente a sua intervenção nos esquemas emocionais, não são ainda conhecidos estudos que tenham testado a eficácia desta terapia no tratamento das perturbações mentais. Porém, são várias as vantagens que têm vindo a ser associadas à sua aplicação (e.g., Leahy,

2003a, 2005a, 2007a, 2007b, 2007c, Leahy et al., 2011). De um modo geral, a terapia dos esquemas emocionais centra a sua intervenção na identificação e modificação das interpretações, teorias e estratégias específicas, disfuncionais e prejudiciais, ajudando o doente: a) a identificar, discriminar e nomear entre diferentes emoções; b) a reconhecer que as emoções são eventos mentais distintos da realidade externa; c) a manter uma consciência *mindful* da emoção³⁸; d) a identificar as crenças negativas e as estratégias de controlo emocional problemáticas; e) a modificar (desconfirmar) as suas teorias acerca das emoções e da regulação emocional através de avaliações socráticas ou cognitivas, testes experienciais, “experiências” emocionais, comportamentais e interpessoais; f) a desenvolver crenças mais adaptativas e um padrão de respostas mais concordantes com os seus objectivos e valores; g) a normalizar a sua experiência emocional, mesmo perante emoções difíceis e dolorosas; e h) a dar um sentido à emoção, reconhecendo a sua variação ao longo do tempo e em diferentes contextos, e associando-a às suas necessidades pessoais e de comunicação interpessoal; e i) fomentar a sua expressão, aceitação e validação, colocando as suas emoções ao serviço de uma vida mais significativa e valorizada (Leahy, 2002a, 2003a, 2005a, 2009, 2007c, 2010, 2011; Leahy et al., 2011). É importante ainda ter em consideração que os esquemas emocionais podem interferir ou dificultar a adesão e o compromisso do doente à terapia, nomeadamente, porque esta envolve frequentemente a exposição a estados emocionais que os doentes avaliam e interpretam negativamente e dos quais querem escapar e eliminar (Leahy, 2001a, 2002c, 2007a, 2007b). Neste sentido, a terapia dos esquemas emocionais, ao endereçar directamente os problemas com a regulação emocional e os esquemas emocionais do doente (e do próprio terapeuta) acerca da natureza da experiência emocional contribui para que este ‘resista’ menos quando exposto às suas emoções e a que desenvolva uma maior tolerância em relação às mesmas (Leahy, 2007a, 2007b, 2007c, 2009). Adicionalmente, é ainda de esperar que a terapia dos esquemas emocionais ajude o doente a desenvolver uma relação mais adaptativa com a sua experiência emocional (Leahy, 2002a, 2009, Leahy et al., 2011; Tirch et al., 2012), a que consiga regular as suas emoções de modo mais eficaz (Leahy, 2009; Leahy et al., 2011) e a que melhore as suas relações interpessoais (até porque, frequentemente, os doentes têm teorias idiossincráticas e estilos problemáticos de procura de validação emocional; Leahy, 2005a, 2007c, Leahy et al., 2011).

³⁸ Apesar da terapia dos esquemas emocionais utilizar técnicas *mindfulness* e fomentar a adopção de uma posição de observador (*mindful*), o reconhecimento de que a emoção “é só um sentimento que se está a ter no momento presente”, de que vai-e-vem ao longo do tempo e varia de acordo com as situações, e da importância de se aceitar a emoção de modo não-julgamental; o foco é colocado simultaneamente na análise e modificação do conteúdo esquemático das crenças acerca das emoções e as técnicas *mindfulness* usadas como meio de testar hipóteses (*i.e.*, crenças) acerca da experiência emocional, da sua duração, qualidade avassaladora, ou outros julgamentos (Leahy, 2011).

PARTE II

ESTUDOS EMPÍRICOS

Capítulo 2

Objectivos e Metodologia Geral da Tese

Introdução

Na segunda parte da presente dissertação de doutoramento apresentam-se os estudos empíricos realizados, no âmbito do projecto de investigação desenvolvido, e que foram delineados em função de objectivos previamente definidos. Em particular, cada um dos quatro capítulos empíricos, integra um conjunto de estudos que pretende responder a diferentes questões (todas elas interligadas entre si) relevantes no contexto actual da psicopatologia, e em particular, da psicopatologia associada à desregulação emocional. Como tal, em seguida, apresentam-se os objectivos gerais, os objectivos específicos e a metodologia empregue na condução dos estudos empíricos. São ainda descritos, sumariamente, os procedimentos relativos ao recrutamento da amostra clínica e das amostras não-clínicas, os instrumentos de medida utilizados (entrevistas clínicas de diagnóstico e questionários de auto-resposta). Já os testes estatísticos que foram utilizados para testar as hipóteses que compõem este projecto de investigação encontram-se descritos, de forma individualizada, nos diferentes capítulos empíricos.

1.1. Objectivos gerais e específicos

No seu conjunto, os dez estudos empíricos que integram a presente dissertação, e que se dividem por quatro capítulos, pretendem contribuir para uma melhor compreensão dos processos de regulação emocional, nomeadamente, no que concerne ao seu papel enquanto factores protectores ou, pelo contrário, enquanto factores de risco associados ao desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. Em particular, os quatro capítulos foram delineados e estruturados, de modo a responder a quatro objectivos gerais, que integram vários objectivos específicos, que em seguida se apresentam:

O **primeiro objectivo** geral foi o de colmatar a lacuna encontrada na literatura relativa à escassez, ou quase total inexistência de instrumentos de medida, que tivessem sido desenvolvidos com o propósito de avaliar, por um lado, as crenças negativas acerca das emoções e as crenças de validação emocional, e por outro lado, a recordação de experiências emocionais, de validação e/ ou de invalidação emocional, vivenciadas na relação com as figuras parentais, durante os primeiros anos de vida. Como tal, no **capítulo 3**, denominado de 'Avaliação das crenças acerca das emoções e das experiências de (in) validação emocional ocorridas durante a infância e adolescência: estudos preliminares relativos ao desenvolvimento de dois novos instrumentos de medida' são apresentados dois novos instrumentos de medida que foram desenvolvidos, especificamente, para a presente dissertação e que permitem avaliar alguns dos constructos centrais que se pretendiam investigar. Assim, no **estudo I**, explica-se o processo que envolveu a modificação, a remoção e o aditamento de itens ao instrumento de auto-resposta denominado de *Leahy Emotional Schemas Scale* (LESS; Leahy, 2002a), que apesar de originalmente composto por 14 sub-escalas, que visam avaliar tanto as crenças acerca das emoções como as estratégias empregues para lidar com as mesmas, sofreu no decorrer dos estudos conduzidos, modificações justificadas tanto teórica como empiricamente, passando no final a ser composto por duas dimensões que visam avaliar, respectivamente, as crenças de perigosidade e incontrolabilidade acerca das emoções e as crenças de validação emocional. Contudo, e porque se partiu do mesmo referencial teórico (que deu origem ao LESS), o 'novo' questionário manteve a sua designação original, acrescido apenas da especificação de que se trata de uma versão modificada _ *Leahy Emotional Schemas Scale – versão modificada* (Leahy, 2002a; versão modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2011). O LESS-versão modificada foi investigado no que concerne à sua dimensionalidade, características psicométricas, validades e poder/ sensibilidade em discriminar entre amostras não-clínicas e amostras clínicas. De igual modo o **estudo II** contempla os resultados preliminares relativos ao estudo das características psicométricas de um novo instrumento de medida, o *Questionário de Experiências de (In)Validação Emocional na Família* (QEVE; Dinis & Pinto-Gouveia, 2011). Com o desenvolvimento desta nova escala pretendeu-se colmatar a inexistência, na literatura, de um instrumento de auto-resposta que permitisse avaliar, retrospectivamente, a frequência com que ocorreram as experiências de validação e/ ou de invalidação emocional na relação com as figuras parentais durante a infância e a adolescência. De referir que foi ainda criado um outro instrumento de auto-resposta, o *Questionário de Experiências de Vergonha na Infância* (EEVI; Dinis, Matos, Pinto-Gouveia & Magalhães, 2009), por forma a também colmatar a inexistência, de um questionário de auto-resposta que permitisse avaliar a frequência com que ocorreram experiências de vergonha (e.g., desvalorização, critica, rejeição, rebaixamento) na relação com as figuras parentais durante os primeiros anos de vida. Contudo, optou-se pela não inclusão dos resultados empíricos relativos a esta nova medida pelo facto dos itens que a compõem terem sido elaborados em conjunto com outros investigadores, e se encontrar em fase de preparação (para posterior publicação), precisamente a elaboração, em conjunto, de um manuscrito relativo ao desenvolvimento e validação de este novo instrumento de medida. De facto, é importante ressaltar que a presente dissertação se insere num conjunto mais vasto e alargado de estudos, que têm vindo a dar contributos importantes para o estudo dos processos emocionais, e que estão a ser desenvolvidos no âmbito da linha de investigação denominada 'Cognitive - Behavioural Models, Social Rank Theory, Psychopathology and Health', do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-

Comportamental (CINEICC), da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Professor Doutor José Pinto-Gouveia. Ainda no âmbito deste primeiro objectivo específico pretendeu-se, igualmente, colmatar a lacuna relativa à inexistência de instrumentos de medida, que sendo da área da regulação emocional, e amplamente utilizados no contexto clínico e de investigação, não haviam ainda sido traduzidos e validados para a população portuguesa. Neste âmbito, procedeu-se ao estudo das características psicométricas, em amostras não clínicas e/ ou clínicas que foram recolhidas junto da população portuguesa, de seis instrumentos de auto-resposta, em seguida designados: 1) Escala de Respostas Ruminativas – Versão Reduzida (RRS-SV; *Ruminative Responses Scale – short version*; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011, Adenda A.1), 2) Questionário de Estilos *Coping* (*Coping Styles Questionnaire*, Roger, 1996; Roger, Jarvis, & Najarian, 1993; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011, Adenda A.2), 3) Questionário de Expressividade Familiar (*Family Expressivity Questionnaire – FEQ*, Halberstadt, 1986; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, & Xavier, 2011, Adenda A.3), 4) Escala de Expressividade Emocional (*Emotional Expressivity Scale – EES*, Kring, Smith, & Neale, 1994; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, & Xavier, 2011, Adenda A.4), 5) Questionário de Metacognições – 30 (*Metacognition Questionnaire – MCQ-30*; Wells & Cartwright-Hatton, 2004; versão portuguesa de Dinis & Pinto-Gouveia, 2011, Adenda A.5) e, por último, 6) Questionário de Aceitação e Acção – II (*Acceptance and Action Questionnaire-II – AAQ-II*; Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012, Adenda A.6). Estes seis estudos, relativos à análise das características psicométricas das versões portuguesas destes instrumentos foram já publicados em revistas da especialidade, os cinco primeiros numa revista científica nacional, e o último, num jornal internacional com revisão por pares. Como tal, e perante a extensão da presente dissertação de doutoramento, optou-se por apresentar estes seis estudos na Adenda A.

O **segundo objectivo geral** foi o de contribuir para uma melhor compreensão da origem desenvolvimental dos sistemas de regulação do afecto, à luz do modelo evolucionário biopsicossocial das mentalidades sociais. Este modelo, que adopta uma perspectiva ampla e abrangente, integra os recentes avanços ocorridos na área das neurociências (em relação aos mecanismos neurofisiológicos envolvidos na regulação emocional) com os postulados dos modelos de vinculação (que enfatizam a importância da qualidade das interações que a criança estabelece, primeiro com os prestadores de cuidados e depois com outros agentes sociais) na sua explicação conceptual da psicopatologia. De um modo geral, segundo este modelo, os sistemas de regulação do afecto podem ser conceptualizados como um produto resultante da história evolucionária humana, ou seja, da interacção entre os genes, a aprendizagem e a ecologia específica que serviu de contexto a essa interacção. Como tal, os dois estudos, um conduzido numa amostra não-clínica e o outro conduzido numa amostra não-clínica e numa amostra clínica, que compõem o **capítulo 4**, foram estruturados com o intuito de investigar em que medida é que as memórias emocionais relativas à vivência de experiências precoces positivas (e.g., cuidado, calor, acalmia e validação emocional) e/ ou negativas (e.g., frieza emocional, controlo emocional, criticismo, indiferença, subordinação, rejeição e invalidação emocional), na relação com as figuras parentais, durante os primeiros anos de vida, se associam a diferentes *outputs* que se pressupõem resultarem da activação de diferentes sistemas de regulação do afecto, em particular, do sistema de contentamento, tranquilização e segurança *versus* do sistema focado na ameaça e de defesa/ auto-protecção_ e de que modo é que por intermédio destes, contribuem para uma maior ou menor vulnerabilidade emocional. Em particular, com o **estudo III**, conduzido numa amostra não-clínica procurou-se testar mais detalhadamente um modelo compreensivo do sistema de ameaça e defesa/ auto-protecção, nomeadamente, averiguar a possibilidade dos indivíduos que vivenciaram mais experiências de vergonha (e.g., crítica, rejeição, rebaixamento), na relação com as figuras parentais durante os primeiros anos de vida, reportam a vivência de um sentimento de subordinação no seio da sua família, e de este por sua vez estar associado na adultez, a níveis mais elevados de vergonha externa (à ideia de que se é um agente social indesejado e indesejável) e a avaliações negativas das emoções

como sendo perigosas e ameaçadoras, bem como, por intermédio destes *outputs* que reflectem a activação do sistema de ameaça e defesa/ auto-protecção, ao relato de níveis mais elevados de evitamento experiencial e de sintomatologia depressiva e ansiosa. No **estudo IV** pretendeu-se explorar a eventual existência de uma associação diferencial entre a recordação da ocorrência de experiências emocionais negativas (e.g., frieza/ sobre-controlo emocional e invalidação emocional) e positivas (e.g., cuidado/ calor e validação emocional) e os *outputs* relativos à activação do sistema de defesa e protecção contra as ameaças e do sistema de contentamento, segurança e calor mas agora numa amostra não-clínica e numa amostra clínica alargada. Somente na amostra clínica, investigou-se adicionalmente a hipótese do efeito diferencial das experiências de validação e de invalidação emocional na psicopatologia (sintomatologia depressiva e ansiosa) ocorrer, indirectamente, por intermédio de diferentes *outputs* que estão associados à activação dos diferentes sistemas de regulação do afecto (nomeadamente, da vergonha externa, das crenças negativas acerca das emoções, do afecto positivo de segurança e das crenças de validação emocional).

O **terceiro objectivo** geral foi delineado a partir da revisão da literatura sobre a regulação emocional e, em particular, a partir a constatação de que existe uma multiplicidade de modelos (referenciais) teóricos que, por sua vez, conferem um papel central a outros tantos processos, que directa ou indirectamente, influenciam a regulação das emoções. De facto, nos últimos anos, assistiu-se à publicação crescente de artigos, capítulos de livros e livros, que reclamam a importância, preponderante, de determinado processo de regulação emocional (e consequentemente, do modelo teórico do qual esse deriva) em detrimento de outros processos, na explicação da psicopatologia. Acresce ainda que a importância de cada um destes processos, se encontra testada e comprovada através de diversos estudos empíricos, que conferem legitimidade à sua inclusão nos modelos teóricos explicativos da psicopatologia e nos protocolos terapêuticos que deles podem ser derivados. Mas apesar do crescente conhecimento acerca dos processos de regulação emocional ter inegáveis vantagens, entre as quais, se destaca a sua possível aplicação na melhoria dos tratamentos clínicos, não deixa de ser necessária a condução de uma análise crítica em torno destes processos. Uma questão desde logo emergente, é a de se saber em que medida é que alguns destes ‘novos’ processos, como é o caso do evitamento experiencial contribuem para uma melhor compreensão da psicopatologia, comparativamente, a outros processos, tais como, a ruminação, a supressão emocional, a reavaliação cognitiva e os estilos de *coping*, já amplamente difundidos e investigados no âmbito dos modelos cognitivo-comportamentais mais tradicionais. Não sendo o objectivo da presente dissertação o de defender a adopção de uma posição mais céptica, ou menos entusiasta, em relação a estes ‘novos’ processos, procurou-se antes desenvolver estudos que permitissem: 1) investigar eventuais pontos de convergência/ divergência entre diferentes modelos teóricos, 2) examinar possíveis similitudes/ dissemelhanças entre os processos de regulação emocional supostamente a eles acoplados e, 3) contribuir, ainda que preliminarmente, para uma melhor compreensão da natureza destes processos, e do seu contributo efectivo e independente, na explicação da psicopatologia. Assim se compreende, que os três estudos inseridos no **capítulo 5**, não tenham incidido somente num processo de regulação emocional específico (i.e., num modelo teórico em particular), mas antes, tenham recaído na análise, simultânea, de diferentes processos de regulação emocional. Em particular, com os três estudos explorou-se a hipótese de poder existir uma relação ‘hierárquica’ entre os diferentes processos _ com o evitamento experiencial a ocupar uma posição ‘superior’, mais abrangente, integradora, inclusiva e transversal, que abarca uma função comum, a de controlo, escape e evitamento dos eventos privados aversivos e indesejáveis_ em relação a outros tipos de processos de regulação emocional. Assim, no estudo V, conduzido numa amostra não-clínica, investigou-se a hipótese do estilo de resposta ruminativo (na sua dimensão mais patológica) poder ser conceptualizado como uma forma prototípica de evitamento experiencial. Dito de outro modo, o objectivo deste estudo foi o de averiguar a possibilidade do contributo do estilo ruminativo na explicação da psicopatologia não depender tanto da frequência, intensidade e/ ou duração com que este ocorre, mas sobretudo, do facto de ser ou não implementado, de forma rígida e inflexível ao

contexto, com a função de evitamento experiencial. Já o **estudo VI**, desenhado com o intuito de estender os resultados obtidos no estudo V, foi implementado numa ampla amostra clínica, e teve como objectivo averiguar em que medida é que o evitamento experiencial se distingue, e acrescenta poder explicativo, a outras estratégias específicas de regulação emocional, entre as quais, o estilo de *coping* evitante, a supressão emocional, a ruminação (novamente na sua dimensão mais patológica) e a dissociação, que se encontram já amplamente difundidas na literatura como tendo um importante valor explicativo na psicopatologia (e em particular na sintomatologia depressiva). Ou seja, mais uma vez procurou-se analisar a hipótese de todos estes processos poderem ser conceptualizados como formas prototípicas de evitamento experiencial que se tornam disfuncionais (processos desadaptativos de regulação emocional) quando são empregues com a função de evitamento experiencial, e como tal, quando visam o “afastamento” (atenuar, eliminar, escapar ou diminuir a frequência, a intensidade e/ou duração) dos eventos privados aversivos e indesejáveis. Os estudos **V e VI** foram ainda delineados de modo a testar a hipótese de não ser tanto o conteúdo/ frequência das avaliações negativas que os indivíduos fazem acerca dos seus estados emocionais, mas sobretudo o facto de se deixarem enredar por esse conteúdo cognitivo (i.e., se fusionarem ao mesmo), passando a implementar comportamentos que visam o seu controlo, evitamento ou extinção, que contribui para a presença de níveis mais elevados de depressão. Por último, no **estudo VII**, pretendeu-se mais uma vez estender os resultados obtidos nos estudos V e VI, investigando-se em que medida é que o evitamento experiencial, ou no seu oposto, a aceitação experiencial, se diferencia do estilo de *coping* distanciado/ emocional, do estilo de *coping* racional, do *mindfulness* e da reavaliação cognitiva, nomeadamente, se lhes acrescenta valor explicativo na predição da sintomatologia depressiva podendo neste sentido ser conceptualizado como representando uma dimensão diagnóstica funcional da psicopatologia. A escolha dos constructos, cuja relação com o evitamento experiencial se pretendeu testar, será teoricamente fundamentada na introdução de cada um dos três estudos, assim como em cada um deles, será discutida a aplicação dos resultados obtidos quer a nível teórico quer a nível clínico.

Perante os resultados obtidos nos estudos V, VI e VII, que forneceram suporte empírico à hipótese de que o evitamento experiencial tem (comparativamente a processos mais específicos de regulação emocional) um importante contributo na explicação da psicopatologia, tornava-se premente investigar o papel deste constructo num quadro psicopatológico em que a desregulação emocional se assumisse como característica definidora e distintiva, como se verifica na perturbação borderline de personalidade. Como tal, o **quarto objectivo geral** foi precisamente o de investigar o papel do evitamento experiencial na explicação dos sintomas psicopatológicos característicos da perturbação borderline de personalidade. Como tal, no **capítulo 6**, e em particular, **estudo VIII**, conduzido numa amostra de doentes diagnosticados com perturbação borderline de personalidade, foram testados, estatisticamente, diferentes modelos de modo a testar as seguintes hipóteses: a) se os doentes que apresentam níveis mais elevados de evitamento experiencial tendem a reportar uma maior severidade em relação a traços de personalidade específicos (em particular, o medo intenso de abandono e a perturbação na identidade/auto-imagem), assim como, uma maior severidade geral em relação ao seu diagnóstico clínico (no conjunto dos nove traços de personalidade tal como eles se encontram definidos no DSM-IV-TR); b) se os doentes que apresentam níveis mais elevados de vergonha interna tendem a estar especialmente motivados para utilizar comportamentos de escape e de evitamento (i.e., com a função de evitamento experiencial), na tentativa de suprimirem, controlarem e/ ou eliminarem as suas cognições e estados emocionais aversivos e indesejados; c) se quanto maior a percepção de que a relação com os outros é pautada pela ocorrência de experiências de validação emocional (i.e., quanto mais os doentes crêem que os outros legitimam, compreendem ou validam a suas experiências emocionais) mais tendem a apresentar níveis inferiores de evitamento experiencial, e menor a severidade geral do quadro clínico apresentado, e em particular, de determinados traços de personalidade (i.e., do medo intenso de abandono e da perturbação na auto-imagem); d) se a vergonha

interna e as crenças de validação emocional têm um contributo independente e específico no evitamento experiencial (mesmo quando se controla a intensidade do afecto negativo) e se, o evitamento experiencial, por sua vez, conduz a uma maior severidade dos traços borderline; e por último, e) se o efeito das crenças de perigosidade e incontrolabilidade acerca das suas emoções no dano auto-infligido ocorre indirectamente via dissociação (que o estudo VI parece sugerir tratar-se de uma forma extrema de evitamento experiencial), mesmo quando se controla a intensidade do afecto negativo. No seguimento dos resultados obtidos no **estudo IX**, revelava-se pertinente aprofundar qual o papel do evitamento experiencial num dos sintomas mais exemplificativos da desregulação emocional na perturbação borderline de personalidade, os comportamentos de auto-dano sem ideação suicida. Assim, no estudo IX, procurou-se averiguar, num grupo de doentes com o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade, em que medida o evitamento experiencial, é capaz de diferenciar os doentes que apresentam comportamentos de auto-dano dos doentes sem história de comportamentos de auto-dano. Sobretudo, pretendeu-se analisar qual o 'poder' do evitamento experiencial, em diferenciar estes dois grupos, comparativamente, a outras variáveis que de acordo com a literatura, seria expectável que fossem capazes de diferenciar significativamente os dois grupos, entre as quais, a impulsividade, o afecto negativo, as emoções negativas de raiva e de vergonha, a dissociação, a ruminação, as crenças negativas acerca das emoções, o *mindfulness* e a auto-compaixão, o afecto positivo e as crenças de validação emocional. Partindo dos resultados obtidos, pretendeu-se num segundo momento testar alguns dos possíveis factores de risco para os comportamentos auto-dano. Em particular, examinou-se em que medida é que a predição do estatuto do auto-dano (ausência vs. presença) estaria associada ao evitamento experiencial, sobretudo em relação a variáveis já sugeridas na literatura (e algumas já amplamente investigadas como é o caso do afecto negativo e da dissociação), tais como a vergonha interna e a incapacidade de gerar auto-compaixão como sendo, possivelmente, importantes preditores do auto-dano. Por último, e partindo dos resultados obtidos, foi analisado o papel destas variáveis na manutenção dos comportamentos de auto-dano, por forma a identificar quais delas predizem significativamente a frequência dos comportamentos de auto-dano. Por último, no **estudo X** procurou-se averiguar em que medida é que os doentes com o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade tendem a reportar níveis mais elevados de vergonha externa, de vergonha interna, de evitamento experiencial, de dissociação e de crenças de perigosidade e incontrolabilidade acerca das emoções, e pelo contrário, níveis mais baixos de auto-compaixão, de *mindfulness* e de crenças de validação emocional, comparativamente, a indivíduos aos quais não foi atribuído um diagnóstico clínico (o que seria sobremaneira expectável) mas também em relação àqueles aos quais foi atribuído o diagnóstico de fobia social generalizada. De facto, a comparação de estes três grupos estruturalmente diferentes mas mutuamente exclusivos apresentada no estudo X, permite: a) averiguar se alguns destes processos é específico e único da perturbação borderline de personalidade, ou se 'apenas' se evidencia como estado mais fortemente presente nesse quadro clínico; b) analisar a possibilidade de estes diferentes processos de regulação emocional poderem constituir-se como factores transdiagnósticos da psicopatologia que existem num contínuo, de grau variável, entre as amostras não-clínicas e as amostras clínicas, com os doentes que apresentam o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade a apresentarem níveis mais baixos nos factores que, frequentemente, se encontram teorizados na literatura como sendo factores protectores e, pelo oposto, a apresentarem níveis elevados nos factores frequentemente descritos como sendo de risco por estarem associados ao desenvolvimento e manutenção da psicopatologia; c) investigar entre as variáveis examinadas quais as que se evidenciam como sendo mais robustas, ou seja, que melhor discriminam os dois grupos clínicos em análise.

Em seguida, são descritas as etapas de investigação seguidas por forma a cumprir os objectivos delineados para o presente projecto de investigação.

1.2. Etapas da investigação

Numa **primeira fase** procedeu-se à tradução e adaptação para a língua portuguesa dos instrumentos de medida que se pretendia que integrassem os diversos estudos, mas em relação aos quais não existiam ainda dados empíricos relativos à sua validação para a população portuguesa. Para este efeito foram seguidas as recomendações científicas relativas a este tipo de procedimento, nomeadamente, o pedido de autorização aos autores dos instrumentos de medida. Em seguida, dois tradutores bilingues procederam à tradução independente de cada um dos instrumentos de auto-resposta, tendo sido posteriormente, comparadas as duas versões, de modo a serem analisadas as discrepâncias e serem efectuados os reajustes necessários até se obter uma versão consensual de cada um deles. Por forma a garantir uma maior precisão na tradução dos instrumentos para a língua portuguesa procedeu-se ainda à sua retroversão, efectuada por um tradutor independente. Neste processo foram ainda comparados conceitos e expressões que compunham cada um dos itens da versão traduzida com os da retroversão, por forma a fazer os reajustes necessários e garantir uma equivalência idiomática e conceptual de cada uma das medidas para a língua portuguesa. Integraram esta primeira fase, o estudo das características psicométricas de oito instrumentos de medida.

Numa **segunda fase**, procedeu-se à recolha das amostras de conveniência³⁹, clínicas e não-clínicas de acordo com os objectivos gerais e específicos que foram delineados para este projecto de investigação. Como referido anteriormente, o propósito primordial que guiou a presente dissertação, foi o de desenvolver estudos empíricos que pudessem, ainda que de forma embrionária, contribuir para o desenvolvimento de uma nova forma de 'olhar' para a psicopatologia. Isto traduziu-se, na adopção de uma perspectiva abrangente, global, integradora e transversal na análise dos processos cognitivos e emocionais de desregulação emocional que podem contribuir para uma maior vulnerabilidade e manutenção das perturbações emocionais, ao invés de uma perspectiva mais centralizada e parcelária, que consistiria em seleccionar um modelo teórico específico, e estudar partindo de um referencial teórico particular, os seus constructos nucleares. Assim, na prossecução dos objectivos propostos pretendeu-se contribuir para uma melhor compreensão das relações entre diferentes processos de regulação emocional, nomeadamente, clarificar de que modo é que estes se distinguem, sobrepõem, e/ou se inter-relacionam entre si na explicação da psicopatologia (**Capítulo 5 Estudos V-VII e Capítulo 6 Estudo X**). Adicionalmente, pretendeu-se investigar a origem desenvolvimental dos sistemas de regulação do afecto, procurando analisar qual o impacto das experiências emocionais precoces, vivenciadas na relação com as figuras parentais, no desenvolvimento de cada um deles (e, em particular, dos seus *outputs* cognitivos, emocionais e comportamentais) e, por sua vez, de que modo é que estes *outputs* dos sistemas de regulação do afecto contribuem para uma maior ou menor vulnerabilidade, e manutenção, da psicopatologia (**Capítulo 4 Estudos III e IV**). Na medida em que se pretendia que do conjunto de estudos fossem derivadas conclusões que contribuíssem por um lado, para um aperfeiçoamento dos modelos teóricos vigentes, tornando-os mais integradores, inclusivos, abrangentes e transversais, e por outro lado, para a prática clínica, com vista ao apuramento de protocolos e estratégias de intervenção terapêutica, fazia sentido que os estudos delineados fossem sobretudo conduzidos em amostras clínicas, para as quais versa a aplicabilidade das conclusões derivadas. Como tal, após a realização de estudos preliminares que foram desenvolvidos em amostras não-clínicas (**Capítulo 4 Estudos III, Capítulo 5 Estudo V**), os restantes estudos foram conduzidos numa amostra clínica mista (**Capítulo 4 Estudos IV, Capítulo 5 Estudos VI e VII, Capítulo 6 Estudos VIII, IX e X**), que se procurou que fosse o mais diversificada possível, de modo a incluir diferentes perturbações mentais do eixo I e do eixo II de acordo com o sistema de classificação do DSM-IV-TR (APA, 2000). A partir desta amostra clínica foram constituídos diferentes grupos amostrais, de acordo com cada um dos estudos

³⁹ As amostras de conveniências surgem, por vezes, na literatura sob a designação de amostras não-aleatórias, não-probabilísticas ou não-casuais.

implementados⁴⁰. Adicionalmente, pretendeu-se examinar a expressividade de alguns dos processos emocionais numa população clínica específica na qual a desregulação emocional fosse uma das suas característica clínica proeminentes. Neste âmbito, especial atenção foi dada na recolha da amostra clínica constituída por indivíduos que preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação borderline de personalidade e que foi utilizada em três dos estudos clínicos (**Capítulo 6 Estudos VIII-X**) realizados. Nestes estudos, foi novamente adoptada uma perspectiva abrangente e integradora, para explorar o papel de diferentes processos emocionais na explicação dos sintomas borderline e, em particular, na patogénese dos comportamentos de auto-dano sem ideação suicida. De facto, os comportamentos de auto-dano são um dos sintomas comportamentais mais representativos das dificuldades sentidas (por alguns) destes doentes em regular os seus estados emocionais negativos e estão, habitualmente, associados a uma maior severidade do quadro clínico. Por último, e partindo da amostra clínica geral foram constituídos, de acordo com a classificação do DSM-IV-TR (APA, 2000) dois grupos clínicos, um composto por indivíduos com o diagnóstico de fobia social generalizada e outro por indivíduos com o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade, tendo-se procedido à comparação destes dois grupos entre si e com um terceiro grupo constituído por uma amostra da população geral (sem diagnóstico de doença mental), com o intuito de examinar comparativamente a proeminência de diferentes processos emocionais nos três grupos mutuamente exclusivos e estruturalmente diferentes (**Capítulo 6 Estudo X**).

Numa **terceira fase** procedeu-se ao tratamento estatístico dos dados recolhidos, seguindo-se a descrição e discussão dos mesmos de acordo com a revisão da literatura efectuada. Relativamente a cada um dos estudos apresentam-se ainda as conclusões, as limitações e direcções futuras para possíveis estudos. Por último (**Capítulo 7**) é apresentada uma súmula das principais conclusões obtidas com este projecto de investigação.

1.3. Procedimentos gerais adoptados no recrutamento das amostras

1.3.1. Amostras não-clínicas

A recolha das amostras não-clínicas, contou com a ajuda de alguns dos alunos que frequentavam à data dessas recolhas, o 5.º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e que se encontravam durante esse período, a realizar as suas teses de mestrado sob orientação do Prof. Doutor José Augusto Veiga Pinto de Gouveia. No seu conjunto, as amostras não-clínicas, que são compostas na sua quase totalidade por indivíduos pertencentes à população geral e, por uma minoria de estudantes universitários, foram recutadas na sua maioria, na zona centro do país. Os estudantes universitários, que apenas integram as amostras utilizadas no capítulo 3 (que contém os estudos das características psicométricas de dois instrumentos de auto-resposta), frequentam diferentes licenciaturas/ anos curriculares em Instituições de Ensino Superior, públicas (Universidade de Coimbra) ou privadas (Instituto Superior Miguel Torga), sediadas em Coimbra. Após obtido o consentimento por parte das direcções dos estabelecimentos de ensino, e as autorizações, por parte dos respectivos docentes, os alunos foram informados dos objectivos dos estudos e, aqueles que se disponibilizaram a participar nos mesmos, preencheram um protocolo de questionários de auto-resposta (normalmente no final de uma aula). A participação dos alunos foi totalmente voluntária, tendo-lhes sido garantida a confidencialidade e o anonimato das suas respostas. Já no que diz respeito à população geral, os participantes são provenientes de várias instituições públicas (e.g., docentes, administrativos e auxiliares de acção educativa de escolas públicas, médicos e

⁴⁰ O *n* amostral foi variável entre os diferentes estudos de acordo com o número de participantes que preencheu adequadamente a bateria de instrumentos de medida que compunha, em particular, cada um desses estudos realizados.

enfermeiros de unidades hospitalares), privadas (e.g., educadores de infância e auxiliares de acção educativa de jardins-de-infância) e empresas (e.g., empregados fabris, administrativos), que na sua quase totalidade, se encontram sediadas no distrito de Coimbra. Neste caso, as administrações, que após terem sido contactadas, aceitaram colaborar com a presente investigação, informaram os seus colaboradores que estaria a decorrer uma investigação e de que modo poderiam participar na mesma se assim o entendessem. Aos que aceitaram participar nos diversos estudos, foi dada uma folha de consentimento informado (um exemplo deste documento é apresentado na Adenda B.3), esclarecidos os objectivos dos estudos para os quais estava a ser solicitada a sua colaboração, garantido o anonimato e a confidencialidade no tratamento estatístico das suas respostas, e requerida a sua colaboração para o preenchimento de um protocolo composto por questionários de auto-resposta de acordo com o definido para cada estudo. Da amostra recolhida, foram excluídos os protocolos nos quais se verificou um incorrecto preenchimento dos instrumentos de auto-resposta por clara incompreensão ou não aplicação das instruções fornecidas, ou devido ao incompleto preenchimento dos itens de resposta.

1.3.2. Amostras clínicas

As amostras clínicas utilizadas nos diferentes estudos, que compõem a presente dissertação, foram recolhidas em diversas Unidades de Saúde Mental nacionais, públicas e privadas, sediadas na zona norte e centro do país. Antes de se proceder à recolha da amostra foram obtidas as autorizações, das Comissões de Ética para a Saúde, de todas as Instituições Hospitalares públicas nas quais decorreu a recolha da amostra (Hospitais da Universidade de Coimbra, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra - Unidade Sobral Cid, Hospital Arcebispo João Crisóstomo de Cantanhede; Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, Centro Hospitalar Cova da Beira da Covilhã, Hospital de Magalhães Lemos do Porto e do Hospital de S. Teotónio de Viseu). Foram ainda contactados os serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra (Consulta de Apoio Psicológico) e o Gabinete de Psicologia dos Serviços e Acção Social do Instituto Politécnico de Coimbra, bem como Clínicas Privadas (que têm disponíveis consultas de Psiquiatria e/ ou de Psicologia Clínica) situadas em Coimbra, Porto, Lisboa e Mealhada, sendo que nestes locais foi recrutada, somente, uma pequena parte da amostra clínica, comparativamente aos locais acima indicados. O projecto de investigação (objectivos, metodologia e protocolo de avaliação) foi apresentado aos psiquiatras e psicólogos das referidas Unidades de Saúde Mental (públicas e privadas), tendo-lhes sido pedido para que durante as suas consultas convidassem os seus doentes a participar na presente investigação, lhes explicassem que a sua participação seria totalmente voluntária e não interferiria com o acompanhamento recebido, os informassem sobre os objectivos do estudo e em que consistiria a sua participação. Os doentes que aceitaram participar foram posteriormente contactados, presencialmente ou por telefone, no sentido de confirmarem a sua disponibilidade para participar voluntariamente no estudo. Essa ocasião foi, igualmente, aproveitada para mais uma vez lhes ser explicada a finalidade do estudo e a natureza dos procedimentos de recolha de dados, para esclarecer qual o tempo necessário e para agendar (de acordo com a disponibilidade dos participantes) as sessões para a recolha dos mesmos. A participação de cada doente na investigação consistiu, numa primeira fase, na passagem de duas entrevistas estruturadas validadas de avaliação diagnóstica: a Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV para as Perturbações do Eixo I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - SCID I*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; versão portuguesa de Maia, 2006) e a Entrevista Clínica Estruturada do DSM-IV para as Perturbações do Eixo II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders - SCID II*; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, Matos, Rijo, Castilho, & Salvador, 1999). Aos doentes que receberam o diagnóstico de Fobia Social foi ainda aplicada a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Ansiedade do DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule- ADIS-IV*; Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994, Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994; versão portuguesa de Pinto-Gouveia & Galhardo, 2001) e aos doentes

que receberam o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade foi aplicado o Índice de Severidade para a Perturbação Borderline de Personalidade - 4.ª Edição (Borderline Personality Disorder Severity Index- 4th Edition - BPDSI – 4thEd., Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch, & de Bie, 2003; Giesen-Bloo, Wachters, Schouten, & Arntz, 2010) para confirmação do diagnóstico e obtenção dos índices de severidade associados aos diferentes critérios de diagnóstico. Dado que a aplicação das entrevistas tinha uma duração total aproximada de 3 horas, optou-se por dividir a avaliação por duas a três sessões (marcadas com apenas alguns dias de intervalo) de modo a não ocorrerem enviesamentos nas respostas do doente devido a cansaço ou aborrecimento (a duração das sessões ocorreu em consonância com a vontade do doente em prosseguir ou em interromper para posterior marcação). As entrevistas de diagnóstico foram sempre conduzidas num gabinete de consulta de modo a garantir as condições adequadas à sua aplicação. Já em relação ao protocolo de escalas foi solicitado aos participantes que procedessem ao seu preenchimento, nas suas residências, tendo sido marcada posteriormente uma sessão de avaliação, que serviu para o esclarecimento de eventuais dúvidas e verificação do adequado preenchimento do mesmo. Já a segunda fase do processo de avaliação consistiu no preenchimento de um protocolo de escalas de auto-resposta, das quais apenas uma parte, foi utilizada nos estudos que compõem a presente dissertação⁴¹. De referir que o espaçamento temporal entre a aplicação das entrevistas e a entrega do protocolo de escalas preenchido (pelo doente) nunca foi superior a um mês de modo a garantir uma maior fidedignidade das respostas⁴². Contudo, no caso particular dos participantes diagnosticados com perturbação borderline de personalidade, devido às características do próprio quadro clínico, verificou-se frequentemente a necessidade de estender o número de sessões de avaliação diagnóstica, bem como em alguns casos se verificou necessária a presença do investigador durante o preenchimento do protocolo de escalas dada a activação emocional provocada pelo conteúdo de alguns itens.

De referir ainda, que todos os participantes foram informados na primeira sessão de avaliação, por escrito e verbalmente, sobre os objectivos do estudo, duração estimada da sua participação e novamente no que consistiria a sua participação (entrevistas e preenchimento de um protocolo de escalas). Foram ainda informados de que a presente investigação se enquadrava numa linha mais ampla de investigação conduzida pelo Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, denominada "*Cognitive-Behavioural Models, Social Rank Theory, Psychopathology and Health*", e que nesse sentido, as entrevistas de avaliação poderiam ser conduzidas por diferentes elementos da Equipa (constituída por um total de quatro pessoas), todos com uma ampla experiência na aplicação e cotação das entrevistas utilizadas. O rigor relativamente à cotação das entrevistas foi ainda assegurado através da realização de reuniões, sempre que necessário, entre os membros da equipa, durante as quais era verificado o procedimento de administração das mesmas e discutida a classificação atribuída por um elemento do grupo, que não aquele que tinha procedido à sua aplicação, de modo a não ocorrerem enviesamentos no processo de avaliação. Clarificou-se ainda que este projeto de investigação ocorreria em paralelo, mas de modo independente ao acompanhamento usufruído na Instituição de Saúde e de que nesse sentido, a desistência por parte do participante, num qualquer momento do processo de recolha de dados, não lhe traria qualquer prejuízo relativamente ao acompanhamento psicoterapêutico que lhe era prestado. Foi ainda garantida a confidencialidade das respostas a todos os participantes e, neste sentido, explicado que seria atribuído um número de identificação às suas entrevistas e protocolo de questionários de modo a assegurar o anonimato das suas respostas. Para finalizar, todos os doentes que aceitaram participar assinaram um documento relativo ao consentimento informado (ver Adenda B.4). Por último, é importante referir que foram considerados como critérios de exclusão: a) presença de um diagnóstico de esquizofrenia (ou outra perturbação psicótica), de perturbação bipolar I ou II, de perturbação antissocial de personalidade ou

⁴¹ A descrição das entrevistas de diagnóstico e do protocolo de escalas é apresentada na secção "Instrumentos de Avaliação".

⁴² Obteve-se deste modo um maior grau de congruência entre o diagnóstico atribuído e o preenchimento do protocolo de escalas, ao evitarem-se situações de remissão ou agravamento acentuado da sintomatologia apresentada.

diagnóstico corrente de dependência e/ou abuso de substâncias (num grau severo); b) a presença de défice cognitivo/ baixa escolaridade ou em que se verificava um incorrecto preenchimento dos instrumentos de auto-resposta por clara incompreensão ou não aplicação das instruções fornecidas, c) o preenchimento incompleto dos instrumentos de medida, ou em alguns casos, a impossibilidade de completar o processo de recolha de dados (participantes aos quais foram aplicadas as entrevistas de diagnóstico mas que devido à impossibilidade⁴³ em preencherem o protocolo de instrumentos de medida) foram excluídos da presente dissertação.

1.4. Descrição geral das amostras

1.4.1. Descrição geral da amostra não-clínica

Dado que as diversas recolhas deram origem a distintas amostras não-clínicas, de acordo com o conjunto específico de diferentes escalas de auto-resposta contidas no protocolo que foi aplicado aos participantes, em seguida, apenas será fornecida uma breve descrição sobre a constituição da totalidade da amostra geral recolhida. No seu conjunto, a amostra não-clínica ficou constituída por 1244 participantes, 890 (71.5%) do sexo feminino e 354 (28.5%) do sexo masculino, com uma média de 36.27 ($DP=10.60$) anos de idade e de 13.20 ($DP=3.98$) anos de escolaridade completados. Em relação ao estado civil, a maioria dos respondentes reportou estar casado/a ou o viver em união de facto ($n=732$; 58.8%), seguindo-se, respectivamente, o estar solteiro/a ($n=429$; 33.8%), divorciado/a ($n=74$; 5.9%) ou viúvo/a ($n=18$; 1.4%). Quanto ao estatuto sócio-profissional, apenas uma minoria reportou ser estudante ($n=50$; 4%), sendo que a maioria dos respondentes apresenta um estatuto sócio-profissional médio ($n=674$; 54.2%), seguindo-se o estatuto sócio-profissional baixo ($n=411$; 33%) e, por último, o estatuto sócio-profissional alto ($n=109$; 8.8%) como sendo o menos prevalente. As características sócio-demográficas dos diferentes grupos amostrais, que foram constituídos a partir desta amostra não-clínica total (de acordo com os protocolos de escalas aplicados), são apresentados nos respectivos estudos que compõem a presente dissertação.

1.4.2. Descrição geral da amostra clínica

A amostra clínica ficou constituída por 315 participantes, dos quais 253 (80.3%) são do sexo feminino e 62 (19.7%) são do sexo masculino. No seu conjunto, os participantes apresentam uma média de 28.76 ($DP=8.72$) anos de idade e de 14.04 ($DP=3.29$) anos de escolaridade completados. Em relação ao estado civil, a generalidade dos participantes é solteiro/a ($n=228$; 72.4%), sendo o segundo mais prevalente o estar casado/a ou viver em união de facto ($n=75$; 20.6%), e por último, o estar divorciado/a ($n=10$; 3.2%) ou viúvo/a ($n=2$; 0.6%). Quanto ao estatuto sócio-profissional, a maioria dos participantes é estudante ($n=124$; 39.4%), seguindo-se na ordem de prevalência, o estatuto sócio-profissional médio ($n=75$; 23.8%), o estatuto sócio-profissional baixo ($n=65$; 20.6%) e, por último, o estatuto sócio-profissional alto ($n=51$; 16.2%). De referir ainda que do total da amostra, 24 (7.6%) participantes preenchem critérios para um ou mais perturbações do eixo I, 57 (18.1%) preenchem critérios para uma ou mais perturbações do eixo II e 234 (74.3%) preenchem critérios simultaneamente, para uma ou mais perturbações do eixo I e para uma ou mais perturbações do eixo II de acordo com a classificação do DSM-IV-TR (APA, 2000). Dado que a partir desta amostra clínica total foram constituídos diferentes grupos amostrais, de acordo com os objectivos de cada estudo, optou-se por apresentar em cada estudo de forma detalhada as

⁴³ De referir que as entrevistas de avaliação diagnóstica foram aplicadas a 331 participantes, mas que destes, somente os 315 que completaram o processo de avaliação (passagem das entrevistas diagnósticas + preenchimento do protocolo de escalas), foram incluídos na amostra clínica final. A maioria dos participantes que não concluiu o processo de recolha de dados justificou a impossibilidade de preenchimento do protocolo de avaliação com a falta de disponibilidade para o fazer ou por sentirem notórias dificuldades em compreender o conteúdo dos itens e das instruções dos mesmos.

características sócio-demográficas e dos respectivos diagnósticos clínicos de cada um dos grupos amostrais em análise.

1.5. Instrumentos de medida

Em seguida descrevem-se os dois tipos de instrumentos de medida que foram utilizados nos estudos que compõem a presente investigação: 1) entrevistas clínicas estruturadas que foram utilizadas nos estudos I, II, IV, VI, VII, VIII, IX e X para a avaliação, mensuração e atribuição do diagnóstico (inclusive de possíveis diagnósticos comórbidos) de acordo com o DSM-IV (APA, 1994) e que somente foram administradas aos participantes que compõem as amostras clínicas; 2) questionários de auto-resposta que permitiram avaliar os constructos com interesse para a presente investigação (e que fazem parte de todos os estudos apresentados).

1.5.1. Entrevistas Clínicas de Diagnóstico

Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações do Eixo I do DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – SCID-I*; First, Spitzer, et al., 1997; versão portuguesa de Maia, 2006). A SCID-I é uma entrevista semi-estruturada, utilizada tanto em contexto clínico como em investigação, que permite avaliar e diagnosticar de uma forma precisa a presença no momento actual (e ao longo da vida) das principais perturbações do eixo I, de acordo com os critérios de diagnóstico presentes no DSM-IV (APA, 1994). Por este motivo a SCID-I só deve ser administrada por clínicos ou outros profissionais de saúde experientes, com treino na sua aplicação, e na elaboração de diagnósticos clínicos de acordo com os critérios de classificação do DSM-IV. A entrevista está organizada por módulos, que correspondem às principais categorias de diagnóstico, e que se apresentam pela seguinte ordem: perturbações de humor, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, perturbações de uso de substâncias, perturbações de ansiedade, perturbações somatoformes, perturbações alimentares, perturbações de ajustamento e outras perturbações do eixo I. Cada um dos módulos de diagnóstico inclui: 1) as questões standardizadas que permitem avaliar cada uma das perturbações que dele fazem parte, 2) os critérios de diagnóstico de cada uma das perturbações que essas questões visam avaliar e 3) a respectiva grelha de cotação que permite registar/ classificar as respostas dadas (de acordo com três possibilidades; (?) = informação inadequada, (-)= ausente ou presente mas de forma sub-clínica, (+)= presente com uma duração ou severidade clinicamente significativas). Deste modo é possível, ir elaborado o respectivo perfil diagnóstico, à medida que se progride na entrevista, ou seja, à medida que se analisa o número de critérios que o doente preenche para cada uma das perturbações avaliadas. De referir ainda que alguns estudos têm vindo a fornecer evidências empíricas sugestivas de que a SCID-I permite avaliar de forma precisa e confiável as principais categorias de diagnóstico do eixo I do DSM-IV (Martin, Pollock, Buckstein, & Lynch, 2000; Zanarini & Frankenburg, 2001; Zanarini et al., 2000), e as diferentes perturbações que delas fazem parte (Lobbestael, Leurgans, & Arntz, 2011), ao demonstrarem que o grau de concordância entre avaliadores varia entre o adequado/ moderado e o excelente. Na Adenda C.2 é apresentada a capa e a folha de cotação sumária da SCID-I (a impossibilidade de apresentar a totalidade da entrevista prende-se com a sua extensão).

Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações de Personalidade do DSM-IV (*Structured Clinical Interview for Personality Disorders - SCID-II*; First et al., 1997; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 1999). A SCID-II é uma entrevista de diagnóstico semi-estruturada que permite

avaliar, de acordo com os critérios de diagnóstico e a classificação do DSM-IV (APA, 1994), as onze perturbações de personalidade (*i.e.*, evitante, dependente, obsessivo-compulsiva, paranóide, esquizotípica, esquizóide, histriónica, narcísica, borderline, anti-social e sem outra especificação), bem como outras duas que ainda se encontram em estudo (e como tal, apenas incluídas no anexo B do DSM-IV; a perturbação depressiva de personalidade e a perturbação passivo-agressiva de personalidade). Neste sentido, e à semelhança do que acontece para a SCID-I, para além de ter que ter experiência/treino na administração da SCID-II, é importante que o entrevistador esteja familiarizado e saiba efectuar diagnósticos de acordo com o sistema de classificação do DSM-IV. A SCID-II é ainda, igualmente, composta por módulos que permitem avaliar cada uma das perturbações de personalidade através de um conjunto de questões estandardizadas que correspondem aos diferentes critérios de diagnóstico. Em particular, as respostas às questões colocadas são cotadas de acordo com três possibilidades de resposta: (1) = o critério está ausente/ não possui o critério; (2)= o critério está presente mas não em grau suficiente, (3)= o critério está presente⁴⁴ (de referir que somente esta última opção indica a existência de evidências quanto ao preenchimento do critério). A cotação pode ser efectuada tanto de modo categorial (*i.e.*, diagnóstico presente/ausente) como de modo dimensional (*i.e.*, assinalando-se numa folha de cotação sumária o número total de critérios preenchidos para cada perturbação de personalidade). Assim, no final é possível obter o perfil diagnóstico do doente quanto à avaliação das diferentes perturbações de personalidade tendo em conta os pontos de corte, ou seja, o número de critérios necessários para se considerar determinado diagnóstico como estando presente. Alguns estudos têm vindo a demonstrar um grau de concordância entre avaliadores que varia entre razoável/adequado a excelente para a classificação categorial e/ ou dimensional (Lobbestael et al., 2011; Maffei et al., 1997; Weertman, Arntz, Dreessen, van Velzen, & Vertommen, 2003). Um destes estudos encontrou ainda valores de consistência interna satisfatórios, a variar entre .71 e .94 (Maffei et al., 1997). As folhas iniciais e a folha sumária de cotação são apresentadas na Adenda C.2 (a extensão da entrevista torna impossível a sua total apresentação).

Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Ansiedade do DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule - ADIS-IV*; Brown, Di Nardo, & Barlow, 1994, Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994; versão portuguesa de Pinto-Gouveia & Galhardo, 2001). A ADIS-IV é uma entrevista de avaliação diagnóstica que permite avaliar a presença das várias perturbações de ansiedade (*i.e.*, perturbação de pânico, agorafobia, fobia social, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, fobia específica, perturbação de stress pós-traumático e perturbação aguda de stresse) segundo o sistema de classificação do DSM-IV (APA, 1994). Esta entrevista foi ainda concebida de modo a permitir que, durante a sua administração, seja possível efectuar o diagnóstico diferencial entre as diferentes perturbações de ansiedade, assim como, avaliar a presença simultânea de outras perturbações que frequentemente surgem em comorbidade com estas (*e.g.*, perturbações do humor e perturbações associadas ao uso de substâncias), ou cuja sintomatologia seja similar (*e.g.*, perturbações somatoformes). Existem ainda algumas questões sobre os dados sócio-demográficos, a história médica e de tratamento psiquiátrico prévio, a história psiquiátrica familiar e questões de triagem para despiste da presença de sintomas psicóticos e conversivos. Na presente dissertação só foi utilizada a secção da ADIS-IV relativa à avaliação da fobia social (tendo sido especialmente relevante para a constituição de uma das amostras clínicas incluídas no estudo X). Esta secção, à semelhança das restantes secções (que avaliam outras perturbações ansiosas e os possíveis quadros clínicos comórbidos) é composta por questões estandardizadas que permitem avaliar a presença dos critérios de diagnóstico segundo o DSM-

⁴⁴ Quando a informação é insuficiente ou inadequada e não permite decidir com rigor a presença/ ausência de determinada critério de diagnóstico deve assinalar-se no espaço reservado para esse efeito (indicado por um '?').

IV, e às quais o doente pode responder dicotomicamente com 'sim' ou 'não'⁴⁵. Em particular, na secção correspondente à fobia social, para além de ser possível avaliar com clareza a presença/ ausência dos critérios de diagnóstico relativos a este quadro clínico, a resposta afirmativa às questões iniciais, é seguida por outras que permitem classificar⁴⁶ a intensidade do medo e a frequência do evitamento numa variedade de situações sociais e de desempenho, classificar⁴⁷ o grau de interferência e de perturbação causado pelos sintomas presentes, obter informações mais pormenorizadas que permitem fazer uma análise funcional das dificuldades apresentadas, e por último, recolher informações relativas à etiologia e à data de início da fobia social. Alguns estudos têm vindo a mostrar que a ADIS-IV apresenta uma boa fiabilidade (e.g., Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001), sendo que, à semelhança do que se verificou para a maioria dos diagnósticos clínicos, encontrou-se uma elevada concordância entre avaliadores para o diagnóstico de fobia social. Na Adenda C.2 é apresentada a folha inicial relativa à recolha dos dados sócio-demográficos e a secção relativa à avaliação da fobia social.

Índice de Severidade para a Perturbação Borderline de Personalidade - 4.ª Edição (BPDSI – 4th Ed. *Borderline Personality Disorder Severity Index- 4th Ed.*, Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch, de Bie, 2003; Giesen-Bloo, Wachers, Schouten, Arntz, 2010; versão portuguesa de Duarte, Rijo, & Pinto-Gouveia, 2007). O BPDSI-IV é uma entrevista semi-estruturada (adaptada a partir da entrevista de Weaver & Clum, 1993) que foi desenvolvida com o objectivo de fornecer um índice quantitativo de frequência e severidade das manifestações clínicas/ sintomas que estão especificamente associados à Perturbação Borderline de Personalidade. Apesar de não ter sido desenvolvido com o propósito de ser utilizado como instrumento de diagnóstico da Perturbação Borderline de Personalidade (PBP), o BPDSI permite avaliar as manifestações clínicas deste quadro clínico tal como se encontram descritas no DSM-IV (APA, 1994). Mais concretamente, o BPDSI-4th Ed está subdividido em 9 dimensões _ que avaliam os nove critérios de diagnóstico da PBP _ designadas por: 1) Medo do abandono, 2. Relações interpessoais instáveis, 3. Perturbação de identidade, 4. Impulsividade auto-danosa, 5. Comportamentos parasuicidas, 6. Instabilidade afetiva, 7. Sentimentos de vazio, 8. Explosões de raiva, 9. Dissociação e ideação paranóide. Cada critério de diagnóstico (dimensão) é composto por múltiplos itens (questões) que são avaliados em relação a um período circunscrito de tempo (*nos últimos três meses*)⁴⁸. Do total de 70 questões, 62 são cotadas de acordo com uma escala de Likert de 11 pontos, que inclui: 0 ('nunca ocorreu'), 1 ('ocorreu uma vez'), 2 ('ocorreu duas vezes'), 3 ('ocorreu três vezes ou uma vez por mês'), 4 ('ocorreu quatro a cinco vezes ou uma vez a cada três semanas'), 5 ('ocorreu seis ou sete vezes ou uma vez a cada duas semanas'), 6 ('ocorreu oito a dez vezes ou duas vezes a cada três semanas'), 7 ('ocorreu uma vez por semana ou 11 a 15 vezes no últimos'), 8 ('várias vezes por semana, mas menos do que metade dos dias semana'), 9 ('mais de metade dos dias da semana ou quase diariamente') e 10 ('diariamente'). Somente a secção III ('Identidade'), composta por oito questões, é cotada numa escala de Likert de cinco pontos (que varia entre 0 'ausente' a 4 'perturbação de identidade dominante, é claro e está bem definido que não sabe quem é'), através da qual deve ser cotada a severidade da perturbação de identidade em cada uma das áreas avaliadas. Para além de se poder obter um resultado total (que resulta da média dos itens) para cada uma das dimensões e que representa a frequência e severidade com que está presente cada um dos critérios de diagnóstico (quanto maior a pontuação maior a severidade com que está presente o critério) é ainda possível a obtenção de um resultado total, que corresponde ao somatório de todas as dimensões, e que constitui um índice global

⁴⁵ Mais especificamente, no caso das questões iniciais serem respondidas afirmativamente, prossegue-se na avaliação do quadro clínico de modo a obter informações mais detalhadas, enquanto que, no caso de serem respondidas negativamente, há indicação de que se deve avançar para partes subsequentes da entrevista.

⁴⁶ Numa escala que varia entre 0 (sem medo/ nunca evita) e 8 (medo muito severo/ evita sempre).

⁴⁷ Novamente numa escala de 0 (nenhuma) a 8 (muito severa).

⁴⁸ De acordo com os autores do instrumento o facto de o BPDSI avaliar um período circunscrito no tempo é uma vantagem dada a instabilidade na manifestação dos sintomas apresentados pelos doentes com PBP (Giesen-Bloo, Wachers, Schouten, Arntz, 2010).

(que pode variar entre 0-90)⁴⁹ de severidade do diagnóstico de PBP. Em relação ao estudo das características psicométricas, as dimensões que compõem o BPDSI apresentam valores de consistência interna que variam entre moderados a elevados, assim como revelam uma validade discriminante, concorrente e de constructo muito boa. A análise à estrutura factorial subjacente (efectuada através de diversas análises factoriais confirmatórias) forneceu suporte quer para um modelo composto por um factor geral, quer para um modelo composto por nove factores/ dimensões baseados nos nove critérios de diagnóstico (Giesen-Bloo, Wachters, Schouten, & Arntz, 2010). Na Adenda C.2 apresentam-se as folhas referentes à apresentação e cotação da entrevista.

1.5.2. Questionários de Auto-Resposta

Em seguida, encontram-se descritos os questionários de auto-resposta⁵⁰ utilizados nos diferentes estudos que compõem este projecto de investigação (estes instrumentos de medida são apresentados na Adenda C.1).

Questionário de Experiências de Vergonha na Infância (EEVI: Dinis, Matos, Pinto-Gouveia & Magalhães, 2009). O EEVI é um questionário retrospectivo de auto-resposta que visa avaliar memórias de vergonha vividas na relação com os pais (ou seus substitutos) durante a infância e adolescência. Apesar de na literatura encontramos já diversos questionários (alguns dos quais descritos em seguida e utilizados neste projecto de investigação) que avaliam a ocorrência precoce de diferentes experiências adversas, nomeadamente de abuso, negligência, rejeição, frieza parental, crítica e/ ou sobreprotecção, nenhum dos já existentes avalia especificamente a ocorrência passada de experiências de vergonha. Como tal, o EEVI foi desenvolvido com o propósito de colmatar esta lacuna na literatura. Concebido a partir da literatura existente acerca da fenomenologia da vergonha e das experiências de vergonha, e com base na experiência clínica dos autores e dos relatos que recolheram junto de vários dos doentes, o EEVI foi desenvolvido para ser um questionário de fácil preenchimento e para ser utilizado em contexto de investigação e em clínica. Para esse efeito, os itens foram elaborados de modo a contemplar um leque alargado e variado de possíveis experiências precoces de vergonha vividas na relação com os pais (ou seus substitutos). Nas instruções é explicado que as experiências precoces de vergonha estão, frequentemente, associadas à vivência de emoções de tristeza, vergonha ou até mesmo frustração e raiva, e provavelmente, à recordação de nesses momentos se terem sentido desacreditados, inferiorizados, depreciados, envergonhados ou diminuídos de alguma forma, sendo que isso pode ter acontecido não necessariamente por coisas que os seus pais tenham dito mas também, por exemplo, pela forma como o disseram, ou pelo modo como estes agiram e se comportaram. Adicionalmente, as instruções ressaltam que o que se pretende não é avaliar e julgar as figuras parentais mas sobretudo perceber o modo como as pessoas se sentem quando vivenciam estas experiências de vergonha durante a infância e adolescência. Por esse motivo, explica-se que apesar de alguns itens conterem frases e/ ou comportamentos das figuras parentais, que pretendem exemplificar as experiências de vergonha apresentadas, é possível que os exemplos facultados não tenham conseguido abarcar todo o espectro de experiências que lhes possam ter sucedido. Como tal, solicita-se que utilizem estes exemplos como

49 No caso da dimensão 'Identidade', cuja escala de resposta varia entre 0-4, é necessário multiplicar por 2.5 antes de se proceder ao somatório do total.

50 No que concerne aos questionários de auto-resposta será utilizada, ao longo da presente dissertação, a sigla em inglês (e não a resultante da respectiva tradução para a língua portuguesa) dado que é pela sigla original que os respectivos instrumentos são conhecidos nos contextos de investigação e clínicos.

meras indicações úteis, que visam ajudá-los a lembrarem-se de experiências/ situações semelhantes que lhes possam ter acontecido, e que os tenham feito vivenciar estados emocionais semelhantes. Para esse efeito devem classificar o seu grau de acordo com cada afirmação, com base na frequência com que cada uma das situações exemplificadas (ou situações semelhantes) lhes aconteceu, separadamente, na relação com o pai (ou seu substituto) e/ou com a mãe (ou sua substituta), utilizando para o efeito uma escala de Likert de 5 pontos (1=“nunca verdadeiro”; 5=“sempre verdadeiro”).

A respeito do EEVI é importante ainda mencionar que apesar de se tratar de um questionário recente, as análises preliminares que foram conduzidas para avaliar as suas características psicométricas revelaram resultados promissores. Num primeiro estudo, conduzido numa amostra da população geral ($n=406$), foram efectuadas duas análises factoriais exploratórias (uma para a figura paterna e outra para a figura materna) aos 27 itens que compõem cada uma das sub-escalas. Após a remoção dos itens que não contribuíam marcadamente para a explicação dos factores latentes (*i.e.*, que apresentavam cargas factoriais inferiores .50 ou situações de *cross-loading*) cada sub-escala apresentou uma estrutura unifactorial constituída por 19 itens, estrutura esta praticamente coincidente para ambas as sub-escalas (apenas diferia um item em cada uma). Num segundo estudo, foi utilizada uma nova amostra da população geral ($n=407$) para conduzir as análises factoriais confirmatórias⁵¹, uma para a sub-escala figura paterna e outra para a sub-escala figura materna. Apesar dos resultados terem revelado que cada uma das sub-escalas apresentava um ajustamento global aceitável, foram removidos alguns itens (aqueles cujo resíduo associado apresentava magnitudes de correlação mais elevadas com os resíduos de outros itens da escala, dado que isso indicava a existência de uma sobreposição no conteúdo já avaliado por outros itens), com o intuito de melhorar a escala, de a tornar menos repetitiva e menos extensa, e portanto, mais acessível e prática. De facto, a adequação deste instrumento para avaliar a recordação de experiências precoces de vergonha foi comprovada pela qualidade de ajustamento global que o modelo final ajustado apresentou para a estrutura unidimensional obtida quer para a figura paterna, $\chi^2/g.l. < 5$ ($=2.62$); CFI e TLI $\geq .95$ (CFI=.95; TLI=.95); RMSEA $\leq .06$ ($=.06$), quer para a figura materna, $\chi^2/g.l. < 5$ ($=2.04$), CFI e TLI $\geq .95$ (CFI=.97; TLI=.96), RMSEA $\leq .06$ ($=.05$)⁵². Adicionalmente, os resultados mostraram que ambas as sub-escalas apresentam uma fiabilidade (avaliada através do alfa de Cronbach e da fiabilidade compósita) e validades factorial (avaliada pelos pesos factoriais estandardizados), convergente (através da variância extraída média de cada componente) e discriminante (avaliada através da comparação entre a variância extraída média dos factores e o quadrado da correlação entre esses factores) adequadas. De facto, nesta amostra foram encontrados valores indicativos de uma elevada consistência interna para a sub-escala figura paterna ($\alpha=.93$) como para a sub-escala figura materna ($\alpha=.92$). Em síntese, o estudo preliminar à estrutura dimensional do instrumento, revelou a existência de uma estrutura unidimensional composta por 15 itens em cada sub-escala (e.g., ‘Sempre que fazia algo que o meu pai/mãe não gostava ou quando o/a desiludia, criticava-me ou fazia-me sentir inferior e desvalorizado’), sendo que quanto mais elevada a pontuação em cada uma delas (resultante da média dos itens que a compõem) mais elevada a frequência de experiências relatadas pelos respondentes em relação a cada uma das suas figuras parentais.

⁵¹ Apesar de na Análise Factorial Exploratória (AFC) o item 8 não ter sido retido na versão final da sub-escala figura paterna e o item 17 não ser retido na versão final da subescala figura materna, ambos foram mantidos na solução inicial da AFC, que passou a ser constituída por 20 itens em cada uma das sub-escalas, dado que se pretendia que as soluções finais de ambas as sub-escalas ficassem constituídas pelos mesmos itens.

⁵² A qualidade global de ajustamento foi avaliada através dos seguintes índices empíricos de ajustamento: o *normed chi-square* ($\chi^2/g.l.$; Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977), o *Comparative Fit Index* (CFI; Bentler, 1990), o *Tucker-Lewis Index* (TLI; Tucker & Lewis, 1973) e o *Root Mean Square Error of Approximation* com intervalo de confiança de 90% (RMSEA; Steiger & Lind, 1980; Steiger, 1990). Foram considerados os valores de $\chi^2/g.l.$ entre 2 e 5 como indicadores de um ajustamento aceitável (Arbuckle, 2008 como citado em Marôco, 2010b), valores de CFI e TLI iguais ou superiores a .95 como indicadores de um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999) e no caso do RMSEA, um valor igual ou inferior a .06 como indicador de um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999).

Por fim, referir que já foram realizados, igualmente, estudos preliminares à validade convergente e divergente do instrumento de medida, numa amostra que resultou da junção das amostras utilizadas nos dois estudos anteriores⁵³. Mais concretamente a validade, convergente e divergente do EEVI, foi analisada através da magnitude das correlações que apresenta com outros instrumentos que avaliam experiências precoces vivenciadas na relação com os pais, tais como o Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional (QEVE: Dinis & Pinto-Gouveia, 2011), a Escala de Experiências Precoces de Vida (*The Early Life Experiences Scale-ELES*: Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003; tradução para a língua portuguesa de Lopes & Pinto Gouveia, 2005), o Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (*The Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire-CECA.Q*: Bifulco, Bernazzani, Moran, & Jacobs, 2005; Smith, Lam, Bifulco, & Checkley, 2002; versão portuguesa de Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Castilho, Maia, & Pereira, 2011), o Questionário de Ligação Parental (*Parental Bonding Instrument-PBI*: Parker, Tupling, & Brown, 1979; versão portuguesa de Baptista & Lory, 1997), o Questionário de Expressividade na Família (*Family Expressivity Questionnaire-FEQ*: Halberstadt, 1986; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, & Xavier, 2011), bem como com outros processos cognitivos e emocionais, tais como o Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – versão modificada (na versão original *Leahy Emotional Schemas Scale-LESS*: Leahy, 2002a; versão modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2011), a Escala de Tipos de Afecto Positivos (*Types of Positive Affect Scales-TPAS*: Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter, & Rockliff, 2008; tradução para a língua portuguesa de Pinto-Gouveia, Dinis, & Matos, 2008), a Centralidade das Experiências de Vergonha (versão original *Centrality of Event Scale-CES*: Berntsen & Rubin, 2006; versão modificada de Matos, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2010), o Impacto Traumático das Experiências de Vergonha (versão modificada *Impact of Event Scale-Revised-IES-R*: Weiss & Marmar, 1997; versão modificada de Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011)⁵⁴, a Escala de Vinculação ao Grupo Social (*Social Group Attachment Scale-SGAS*: Smith, Murphy, & Coats, 1999; tradução para a língua portuguesa de Dinis, Matos, & Pinto Gouveia, 2008), as Escalas de Depressão Ansiedade e Stress -42 (*Depression Anxiety Stress Scales-42- DASS-42*: Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). Os resultados preliminares obtidos sugerem que o EEVI apresenta uma boa validade convergente e divergente.

Questionário de Experiências de (In)Validação Emocional na Família (QEVE: Dinis & Pinto-Gouveia, 2011). O QEVE foi desenvolvido no âmbito da presente dissertação (ver Capítulo 3, estudo II) com o intuito de avaliar, retrospectivamente, a vivência de experiências de validação e de invalidação emocional na relação com os pais (ou seus substitutos) durante os primeiros dezoito anos de vida (infância e adolescência). O QEVE é constituído por 21 itens, que se agrupam em dois factores: (i) *experiências de invalidação emocional* (13 itens; e.g., “O meu pai/mãe negava a seriedade das situações ou a gravidade dos problemas que me provocavam emoções intensas (raiva, tristeza, medo)”); e (ii) *experiências de validação emocional* (8 itens; e.g., “O meu pai/mãe incentivava-me a conversar sobre as minhas emoções, fazendo-me sentir que continuaria a ser aceite e respeitado se o fizesse”). Para cada item, o sujeito é solicitado a responder separadamente quer em relação à figura paterna quer em relação à figura materna (ou seus substitutos), assinalando o seu grau de concordância relativamente a cada afirmação, utilizando uma escala de resposta de tipo Likert de 5 pontos (1= “nunca verdadeiro”; 5 =

⁵³ De referir que cada participante apenas completou um subconjunto de instrumentos de medida, pelo que o tamanho da amostra variou entre 135 e os 813 participantes.

⁵⁴ No estudo de validade do EEVI foram utilizadas versões modificadas da Escala do Impacto do Acontecimento-Revista (IES-R; *The Impact of Event Scale – Revised*, Weiss & Marmar, 1997; versão modificada de Matos, Pinto-Gouveia, & Martins, 2011) e da Escala da Centralidade do Acontecimento (Centrality of Event Scale-CES; Berntsen & Rubin, 2006; versão modificada de Matos, Pinto-Gouveia, & Gomes, 2010). A versão modificada do IES-R permite avaliar a resposta geral de stresse traumático (com características de intrusão, evitamento emocional e hiper-activação) a uma experiência de vergonha vivenciada durante a infância e adolescência e a versão modificada do CES avalia em que medida a memória de uma experiência marcante de vergonha ocorrida durante a infância e/ou adolescência se tornou um marco referencial para a formação de expectativas e atribuição de significado a outros acontecimento de vida, como um ponto de viragem na história de vida e um componente central na identidade pessoal.

“sempre verdadeiro”). Os resultados da Análise Factorial Exploratória (AFE) conduzida numa ampla amostra da população geral ($n=500$) mostraram uma solução factorial bidimensional, quer para a subescala figura paterna quer para a subescala figura materna. Esta estrutura bidimensional foi ainda confirmada, através da Análise Factorial Confirmatória (AFC), numa segunda amostra que resultou da junção de uma amostra não-clínica ($n=293$) com uma amostra clínica ($n=472$), que indicou um bom ajustamento aos dados do modelo final obtido. Nesta amostra obtiveram-se valores de alfa de Cronbach sugestivos de uma elevada consistência interna: $\alpha = .89$ para o factor *experiências de invalidação emocional* e um $\alpha = .90$ para o factor *experiências de validação emocional* para a subescala figura paterna e de $\alpha = .90$ para o factor *experiências de invalidação emocional* e um $\alpha = .90$ para o factor *experiências de validação emocional* para a subescala figura materna. A validade convergente e divergente do QEVE⁵⁵ foi demonstrada numa ampla amostra da população geral ($n=1045$), com os resultados a mostrarem que o QEVE se associa, no sentido esperado, a diferentes medidas retrospectivas (que avaliam os estilos parentais, as experiências de vida adversas e o ambiente de expressividade emocional da família de origem) e a uma medida que avalia sintomas psicopatológicos (ansiedade, depressão e stresse).

Questionário de Ligação Parental (PBI: *Parental Bonding Instrument*; Parker, Tupling, & Brow, 1979; Parker, 1979a, 1990; versão portuguesa de Baptista & Lory, 1997). O PBI é um questionário de auto-resposta que avalia, retrospectivamente, as memórias que os respondentes têm acerca dos comportamentos e atitudes dos seus pais para consigo durante os primeiros 16 anos de vida (Parker et al., 1979). O PBI foi primeiramente desenvolvido com o intuito de especificar e quantificar o contributo ‘parental’ para as perturbações mentais e utilizado como um instrumento que mede a qualidade da vinculação ou da ligação existente entre a criança e os seus pais (Parker, 1990; Parker et al., 1979). Os 25 itens que compõem cada uma das sub-escalas (figura materna e figura paterna) dividem-se por 2 factores/ 2 estilos parentais: (i) *cuidado* (12 itens; e.g., “Era muito afectuoso para mim”); (ii) *sobreprotecção* (13 itens; e.g., “Tentava controlar tudo o que eu fazia”). Para cada um dos itens solicita-se aos respondentes que o classifiquem, separadamente para a figura materna e para a figura paterna, utilizando para esse efeito uma escala de Likert de 4 pontos (3= “muito parecido”; 0=“muito diferente”), sendo que quanto mais elevada a pontuação obtida em cada dimensão maior a presença desse estilo parental, ou seja, maior o *cuidado* ou a *sobreprotecção* exercida pela figura parental. A dimensão *cuidado* refere-se a um contínuo que integra num extremo a afeição, o calor emocional, a empatia, a proximidade e o suporte emocional e no outro extremo a frieza emocional, a indiferença, a insensibilidade, a rejeição e a negligência, enquanto a dimensão *sobreprotecção* consiste num contínuo que vai desde o controlo, a sobre-protecção, a sobre-preocupação, a intrusão, a invasão da privacidade, a infantilização, o excessivo contacto, a excessiva dependência e a prevenção do comportamento independente até, no outro extremo, à promoção da autonomia e da independência (Parker et al., 1979). A estrutura bi-factorial do PBI tem sido confirmada tanto em amostras clínicas como não-clínicas (e.g., Parker, 1990), apesar de recentemente, alguns estudos colocarem a possibilidade do PBI ser melhor compreendido a partir de uma estrutura de três factores (com a dimensão *sobreprotecção* a dividir-se em dois sub-factores; e.g., Heider et al., 2006), ou até mesmo de quatro factores (e.g., Liu, Li, & Fang, 2011), com estas diferenças a traduzirem possivelmente a existência de variações culturais. Alguns estudos conduziram a versões mais reduzidas do instrumento (e.g., 10 itens - Pederson, 1994; 16 itens - Kendler, 1996) que têm vindo a ser utilizadas (Heider et al., 2006). Estudos conduzidos sugerem que o PBI apresenta uma boa fidedignidade e validade (e.g., Parker et al., 1979), uma estabilidade temporal satisfatória mesmo a longo-prazo (e.g., Parker, 1989, 1990), e de que os seus resultados não parecem ser enviesados ou influenciados pelo estado de humor (e.g., Parker, 1981a, 1989, 1990;). De

⁵⁵ Estes resultados serão apresentados detalhadamente no estudo 2.

um modo geral, os diversos estudos que têm vindo a estudar as características psicométricas do PBI têm encontrado valores satisfatórios de consistência interna (>.70) para ambas as dimensões quer amostras não-clínicas quer clínicas (e.g., Parker, 1983, 1989, 1990; Parker et al., 1979).

Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (CECA.Q: *The Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire*; Smith, Lam, Bifulco, & Checkley, 2002; Bifulco, Bernazzani, Moran, & Jacobs, 2005; versão portuguesa de Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Castilho, Maia, & Pereira, 2011). O CECA.Q é um questionário de auto-resposta que visa avaliar, retrospectivamente, uma gama diversificada de experiências adversas perpetradas por parte das figuras parentais ou de outros, durante os primeiros 17 anos de vida, na qual se inclui a ocorrência de situações de abuso (físico e/ou sexual) e a presença de comportamentos de negligência e antipatia. Neste estudo foi apenas utilizada a primeira secção do questionário, designada por *Escala de cuidado parental*, que começa com a questão “Como se recorda da sua figura materna/paterna até aos 17 anos?”, e que é composta por 17 itens⁵⁶ que avaliam experiências de antipatia (8 itens; e.g., “Era muito crítico em relação a mim”) e de negligência (8 itens; e.g., “Deixou de me acompanhar antes de eu ter 10 anos”). Para cada um dos itens os sujeitos respondem separadamente em relação à mãe (ou sua substituta) e ao pai (ou seu substituto), sendo que quando esteve presente mais de uma figura parental, é solicitado ao respondente que escolha aquela com a qual viveu mais tempo ou aquela com quem consideram ter sido mais difícil viver. A dimensão *negligência parental* avalia a ocorrência de situações de negligência quanto às necessidades emocionais, materiais, sociais e educativas perpetradas pela figura parental. A dimensão *antipatia parental* avalia a quantidade de criticismo, aversão, rejeição, hostilidade e frieza demonstradas pela figura parental. Cada afirmação é cotada, numa escala de Likert de 5 pontos (5=“sim, totalmente”; 1=“não, de modo nenhum”). O CECA.Q apresenta uma boa validade e adequada fiabilidade temporal (Bifulco et al., 2005; Smith et al., 2002), bem como consistência interna satisfatória, tendo sido encontrados valores de alfa de Cronbach de .80 e .81, respectivamente, para as dimensões antipatia e negligência (Bifulco et al., 2005). Após a inversão de alguns itens a média, dos itens que compõem cada uma das dimensões, fornece uma medida contínua de negligência e antipatia parental, sendo que quanto mais elevadas as pontuações obtidas maior a ocorrência desses comportamentos na relação com cada uma das figuras parentais. O estudo das características psicométricas da versão portuguesa do instrumento (Carvalho et al., 2011) foi conduzido, separadamente, em três amostras: numa amostra de estudantes ($n=545$), numa amostra da população geral ($n=262$) e amostra clínica composta por doentes diagnosticados com depressão major ($n=100$). As análises factoriais exploratórias (AFEs) conduzidas revelaram estruturas ligeiramente diferentes (no que concerne aos itens 7, 8, 11 e 15) entre as amostras não-clínicas (amostra de estudantes e amostra da população geral) e a amostra clínica, e entre estas três e o modelo teórico proposto pelos autores do instrumento original. Por esse motivo os autores do estudo optaram pela remoção destes itens, tendo os restantes 12 itens sido novamente sujeitos a AFEs separadamente para as três amostras. Nos três grupos, verificou-se que a estrutura dimensional mais adequada era composta por dois factores, cuidado e sobreprotecção, com a distribuição dos itens a corresponder ao modelo teórico subjacente. A versão portuguesa do CECA.Q revelou uma adequada consistência interna (com valores de alfa a variar entre .70 e .95 tendo em consideração o conjunto das três amostras) e uma satisfatória estabilidade teste-reteste (para um intervalo de três semanas) na amostra de estudantes e na amostra da população em geral (Carvalho et al., 2011).

Questionário de Expressividade Familiar (FEQ: *Family Expressivity Questionnaire*; Halberstadt, 1986; versão portuguesa de Dinis, Pinto Gouveia & Xavier, 2011a). O FEQ é um questionário de auto-resposta

⁵⁶ O item 9 “Batia-me frequentemente” não é integrado, pelos autores do instrumento original, em nenhum dos factores. Na presente dissertação optou-se igualmente por não incluir o item 17 ‘Não gostava de mim tanto como dos meus irmãos e irmãs (deixar em branco se não existirem irmãos)’ após a constatação de que uma parte significativa dos respondentes não havia preenchido o item e de que a sua remoção não alterava significativamente os resultados obtidos.

que permite avaliar, retrospectivamente, o ambiente expressivo geral da família de origem, ou seja, a expressividade emocional familiar do respondente. Indirectamente, ele fornece um indicador sobre a qualidade das relações familiares, na qual se inclui a qualidade da relação entre o respondente e as suas figuras parentais. Este ambiente expressivo geral consiste no padrão ou estilo, predominante e persistente, de expressão verbal e não-verbal, das emoções no seio de uma família em particular (e.g., Halberstadt, 1986). O FEQ original é composto por 40 cenários afectivos hipotéticos representativos de uma variedade de eventos típicos em muitas famílias. É solicitado ao respondente que classifique a frequência com que ocorreu (durante a sua infância e adolescência), cada um dos cenários emocionais (que representam tanto situações de expressividade não-verbal como verbal e de emoções positivas e negativas) na sua família enquanto um todo, em comparação com o que acontecia nas outras famílias, usando para esse efeito uma escala de tipo Likert de 9 pontos (1 = “nada frequente na minha família”; 9 = “muito frequente na minha família”). O FEQ é composto por duas dimensões, designadas por *valência do afecto* (positiva, negativa) e por *poder/ intensidade da expressão* (dominante, submisso) que ao se cruzarem dão origem a quatro quadrantes (cada um representativo uma sub-escala composta por 10 itens): 1) a *dominância positiva* contém cenários emocionais nos quais os elementos da família têm um papel activo na demonstração de emoções positivas (e.g., “Elogiar alguém por um bom trabalho”); 2) a *submissão positiva* contém cenários representativos de acções reactivas/ responsivas que têm como intenção criar afecto positivo (e.g., “Agradecer aos familiares por algo que tenham feito”); 3) a *dominância negativa* engloba cenários que representam a manifestação aberta de criticismo, desprezo, ameaça e raiva (e.g., “Mostrar desprezo pelas acções dos outros”) e 4) a *submissão negativa* integra cenários relativos a demonstrações de mágoa, embaraço e desapontamento no seio da família (e.g., “Ficar amuado por ter recebido um tratamento injusto da parte de um familiar”). Estudos conduzidos mostraram que o FEQ, e em particular as quatro sub-escalas que o integram, apresentam uma consistência interna satisfatória ($\alpha_{\text{(submissão negativa)}}=.75$, $\alpha_{\text{(submissão positiva)}}=.87$, $\alpha_{\text{(dominância negativa)}}=.88$, $\alpha_{\text{(dominância positiva)}}=.88$) e uma boa fidelidade temporal a curto-prazo (Halberstadt, 1986), bem como uma adequada validade discriminante (Burrowes & Halberstadt, 1987; Halberstadt, 1986). Alguns investigadores têm optado por usar um formato mais simples da medida no qual se elimina a dimensão *poder* e se mantém apenas a dimensão *valência*, procedendo à distribuição dos 40 itens apenas por apenas duas subescalas, que avaliam respectivamente, a expressividade emocional positiva e a expressividade emocional negativa (e.g., Burrowes & Halberstadt, 1987).

A estrutura dimensional da versão portuguesa do FEQ foi investigada através da condução de análises factoriais exploratórias, tendo-se verificado que a solução mais interpretável do ponto de vista teórico, e que representava um melhor ajustamento aos dados, era composta por dois factores (Dinis, Pinto-Gouveia, & Xavier, 2011). Mais especificamente, a estrutura bi-factorial obtida é apenas sugestiva da existência da dimensão *valência*, com os itens a distribuírem-se por dois factores que representam, respectivamente, a expressividade emocional familiar *positiva* (18 itens) e a expressividade emocional familiar *negativa* (13 itens)⁵⁷. Ainda em relação à versão portuguesa do instrumento, os resultados mostraram que o FEQ apresenta uma boa consistência interna, tendo sido obtidos valores elevados de alfa de Cronbach para as duas dimensões: $\alpha = .94$ (expressividade emocional familiar *positiva*) e $\alpha = .88$ (expressividade emocional familiar *negativa*) e uma boa estabilidade temporal para um período compreendido entre 4 a 6 semanas ($r = .83$ para ambas as dimensões). O FEQ apresentou ainda uma adequada validade convergente e divergente com medidas que avaliam, também retrospectivamente, a qualidade do ambiente familiar, como o Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (*The Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire- CECA. Q*; Smith, Lam, Bifulco, & Checkley, 2002; Bifulco, Bernazzani, Moran, & Jacobs, 2005; versão portuguesa de Carvalho, S. et al., 2010) e o Questionário de Ligação Parental (*Parental Bonding Instrument-PBI*; Parker et al., 1979; Parker, 1989,

⁵⁷ A remoção dos 9 itens da escala original é justificada pela aplicação de critérios estatísticos (5 itens) e teóricos (4 itens) pelos autores da versão portuguesa do instrumento (Dinis et al., 2011, ver Adenda A.3).

1990; versão portuguesa de Batista & Lory, 1997), assim como com medidas que avaliam a presença de sintomas psicopatológicos no momento actual, tais como as Escalas de Ansiedade Depressão e Stress (*Depression Anxiety Stress Scales-EADS-42*; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) e a Escala de Afecto Positivo e Negativo (*Positive and Negative Affect Schedule-PANAS*; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Escala de Experiências Precoces de Vida (ELES: *The Early Life Experiences Scale*; Gilbert, Cheung, Granfield, Campey, & Irons, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Lopes & Pinto Gouveia, 2005a). O ELES é um questionário de auto-resposta que avalia, retrospectivamente, as recordações associadas ao sentir-se desvalorizado, assustado/ ameaçado e subordinado durante a infância e adolescência no seio da família. Entre os diferentes instrumentos de medida que existem para avaliar memórias/ recordações da relação com pais, este instrumento tem a particularidade de inquirir os respondentes acerca das suas memórias emocionais (i.e., sobre a forma como se sentiram e comportaram) e não sobre a ocorrência/ frequência de experiências específicas e/ ou de comportamentos parentais a si direccionados durante a sua infância e adolescência (Gilbert et al., 2003). Em particular, os 15 itens que compõem a escala distribuem-se por 3 factores que avaliam, respectivamente, três tipos de memórias emocionais. Assim, o factor *ameaça* é composto por 6 itens que avaliam as memórias de percepção de ameaça vividas na relação com os pais (e.g., “Eu sentia os meus pais como sendo poderosos e dominadores”), o factor *subordinação* integra 6 itens que avaliam os sentimentos de subordinação e o ter que se comportar de forma submissa para evitar conflitos com os pais (e.g., “Sentia-me muitas vezes como sendo um subordinado dentro da minha família”), e por último, o factor *desvalorização* contém 3 itens que avaliam os sentimentos de desvalorização, de não ser aceite ou apreciado no seio da família (e.g., “Sentia-me muito confortável e relaxado(a) com os meus pais”, item invertido). Nas instruções é solicitado aos respondentes que avaliem a frequência com que cada afirmação, relativa a cada memória emocional, é verdadeira em relação a si, com base numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 - “completamente falso”; 5 - “muito verdadeiro”). A ELES pode ser utilizada como avaliando um constructo unitário (correspondendo o resultado total da escala aos somatórios das três sub-escalas que a compõem) ou como sendo composta por três sub-escalas independentes, que fornecem três resultados parcelares. Em qualquer das opções pontuações mais elevadas indicam a existência de uma frequência mais elevada de recordações de ameaça, subordinação ou desvalorização (separadamente) ou no seu conjunto vividas no seio da família, ou seja, na relação com os pais durante a infância e adolescência. Na versão original da escala foram obtidos valores adequados de consistência interna (i.e., $\alpha_{(ameaça)} = .89$; $\alpha_{(submissão)} = .85$, $\alpha_{(desvalorização)} = .71$, $\alpha_{(total da escala)} = .92$; Gilbert et al., 2003). Já a validade da ELES foi analisada a partir da magnitude das correlações que apresentou com outros instrumentos de auto-resposta, que avaliavam a vergonha externa (*Other as Shamer Scale-OAS*; Goss et al., 1994; Allan et al., 1994), a recordação de comportamentos parentais de rejeição, calor emocional e sobreprotecção (*Egna Minnen Beträffande Uppfostrab/ My memories of upbringing* – EMBU-s; versão original de Perris et al., 1980; no estudo foi utilizada uma versão reduzida desenvolvida por Arrindell et al., 1999), os sintomas de depressão (*The Centre for Epidemiological Studies Depression Scale-CES-D*; Radloff, 1977) e a comparação social (*Social Comparison Scale-SC*; Allan & Gilbert, 1995).

A versão portuguesa da ELES (traduzida para a língua portuguesa por Lopes & Pinto-Gouveia, 2005a) revelou ter uma estrutura semelhante à da medida original, uma boa consistência interna para o total das escalas e para cada uma das dimensões em separado (quer numa amostra não-clínica quer numa amostra clínica), bem como uma adequada validade de construto, convergente e discriminante comprovada pelas correlações significativas obtidas com outras medidas (Lopes, 2010).

Escala de Impulsividade de Barratt Revista (BIS-11: *Barratt Impulsiveness Scale - 11th revision*; Patton, Stanford & Barratt, 1995; traduzido para a língua portuguesa por Dinis & Pinto-Gouveia, 2008). O BIS-11 corresponde à 11.ª revisão efectuada ao questionário desenvolvido originariamente por Barratt (1959) para avaliar o traço de personalidade de impulsividade. As 30 afirmações que compõem o BIS-11 avaliam a impulsividade enquanto constructo multifacetado (Patton et al., 1995). A Análise em Componentes Principais aplicada aos 30 itens que compõem o instrumento resultou num total de 6 sub-escalas/ factores de primeira ordem que a avaliam aspectos específicos da impulsividade: *atenção* (5 itens; e.g., “Não presto a atenção devida”), *impulsividade motora* (7 itens; e.g., “Faço coisas sem pensar”), *auto-controlo* (6 itens; e.g., “Digo coisas sem pensar”), *complexidade cognitiva* (5 itens; e.g., “Aborreço-me com facilidade quando preciso de pensar na resolução de problemas”), *perseverança* (4 itens; e.g., “Mudo de trabalho frequentemente”) e *instabilidade cognitiva* (3 itens; e.g., “Tenho pensamentos ‘rápidos’”). Já a condução de uma análise factorial de segunda ordem, aos 6 factores anteriormente obtidos, apontou para a existência de 3 sub-escalas/ factores resultante cada uma dela da junção de dois factores de primeira ordem: a *impulsividade atencional* (resulta da junção do factor *atenção* e do factor *instabilidade cognitiva* e é composto por 8 itens), a *impulsividade motora* (resulta da junção do factor *impulsividade motora* e do factor *perseverança* e é composto por 11 itens) e a *impulsividade de não-planeamento* (que resulta da junção do factor *auto-controlo* e do factor *complexidade cognitiva* e é composto por 11 itens). Ainda assim, a maioria dos estudos que utilizam o BIS-11 optam por não reportar os resultados relativos aos factores de primeira e/ ou de segunda ordem, apresentando apenas o total da escala que corresponde ao somatório dos 6 ou dos 3 factores respectivamente (Stanford, Mathias, Dougherty, Lake, Anderson, & Patton, 2009), ou seja, ao somatório dos itens que compõem a medida após a «recodificação dos itens invertidos. Assim, quanto mais elevada a pontuação obtida mais elevado o nível de impulsividade do respondente. As instruções solicitam ao respondente que classifique cada afirmação de acordo com o grau com que a mesma se aplica a si (à sua forma de pensar e agir) usando para esse efeito uma escala de Likert de quatro pontos (1= raramente/nunca”; 4=“quase sempre/sempre”). O BIS-11 apresenta uma boa consistência interna para o total da escala (e.g., Patton et al., 1995), mas valores francamente menos satisfatórios quando se analisam em separado, os valores de alfa de Cronbach para os seis factores de primeira ordem (Stanford et al., 2009) ou para os três factores de segunda ordem (Someya et al., 2001; Stanford et al., 2009). No mesmo sentido verifica-se que apesar do BIS-11 apresentar uma boa fidelidade teste-reteste para o total da escala (e.g., após 1 mês - Stanford et al., 2009; após 4 meses - Someya et al., 2001), em relação a cada uma das dimensões em separado os resultados variam entre diferentes estudos (Someya et al., 2001; Stanford et al., 2009). A validade do BIS-11 foi analisada através da magnitude das correlações que o seu total (e as diferentes dimensões que a integram) apresentam com outros instrumentos de auto-resposta que medem igualmente a impulsividade, entre os quais, o Questionário de Impulsividade de Eysenck (*Eysenck Impulsiveness Questionnaire - I7*; Eysenck, Pearson, Easting, & Allsopp, 1985), a Escala de Procura de Sensações de Zuckerman (*Zuckerman Sensation-Seeking Scale - SSS-V*; Zuckerman, Eysenck, & Eysenck, 1978) e as Escalas de Activação/ Inibição Comportamental (*Behavioral Inhibition/ Activation Scales - BIS/BAS*; Carver & White, 1994), assim como, com algumas medidas comportamentais de impulsividade (Stanford et al., 2009). O BIS-11 não foi ainda adaptado e validado para a população portuguesa, tendo sido utilizado na presente investigação, apenas o total da escala como medida do traço impulsividade geral.

Inventário de Expressão da Raiva como Estado e Traço (STAXI: *The State-Trait Anger Expression Inventory*, Spielberger, 1988; Spielberger & Sydeman, 1994; tradução e adaptação, Ponciano, 1996). O STAXI é um instrumento de auto-resposta que resulta da junção de dois inventários previamente desenvolvidos (o *State-Trait Anger Scale* e a *Anger Expression Scale*). Este instrumento é composto por 44 itens que se distribuem por cinco sub-escalas que visam avaliar a experiência e a expressão da raiva.

A primeira sub-escala, designada por *estado de raiva* (10 itens; e.g., “Estou furioso”), avalia a intensidade do estado emocional da raiva experienciado num determinado período de tempo. A segunda sub-escala, designada por *traço de raiva* (10 itens; e.g., “Tenho um temperamento colérico”), avalia a propensão geral (predisposição) para experienciar e expressar sentimentos de raiva sem haver um desencadeador específico, e que se divide em duas sub-escalas, o *temperamento de raiva* (avalia a tendência geral para experienciar raiva sem especificar qualquer provocação) e a *reação de raiva* (avalia a tendência para experienciar raiva em situações que envolvem frustração ou avaliações negativas). Já as três restantes sub-escalas visam avaliar a frequência de três facetas de expressão da raiva, designadamente: a *Internalização da raiva* (8 itens; e.g., “Guardo as coisas para mim”) que avalia a frequência com que os sentimentos de raiva apesar de experienciados são contidos ou suprimidos, a *externalização da raiva* (8 itens; e.g., “Exprimo a minha ira”) que avalia a frequência com que o indivíduo expressa raiva para com as outras pessoas ou objectos do ambiente e o *controlo da raiva* (8 itens, e.g., “Controlo-me”) que avalia frequência com que um indivíduo tenta controlar a expressão da raiva (Spielberger et al., 1988; Spielberger & Sydeman, 1994). O questionário está dividido em três partes: a primeira parte solicita ao respondente que indique o modo “como se sente agora, neste preciso momento” usando para esse efeito uma escala de Likert de quatro pontos (1=“não”; 4=“muito”), e os 10 itens que a compõem avaliam o *estado de raiva*; a segunda parte solicita ao respondente que ele indique “o modo como habitualmente se sente” usando para esse efeito uma escala de Likert de quatro pontos (1=“quase nunca”; 4=“quase sempre”), e os 10 itens que o compõem avaliam o *temperamento raiva-traço*; e a terceira parte pede ao respondente que assinale a “frequência da maneira como geralmente reage ou se comporta quando se sente zangado ou furioso” utilizando para esse efeito uma escala de Likert de quatro pontos (1=“quase nunca”; 4=“quase sempre”) e os 24 itens que o compõem avaliam as três sub-escalas relativas à expressão da raiva. Em relação à estrutura factorial do STAXI, os estudos conduzidos têm apresentado um número similar de factores, comprovando em larga medida o modelo teórico subjacente (e.g., 6 factores - Spielberg, 1991; 7 factores, verificando-se uma distribuição dos itens que compõem o factor estado de raiva em duas sub-escalas - Forgays, Forgays, & Spielberg, 1997; Forgays, Spielberg, Ottaway, & Forgays, 1998). De um modo geral, os estudos têm encontrado valores aceitáveis de consistência interna (Bishop & Quah, 1998; Spielberg et al., 1988). Alguns estudos parecem, igualmente, sugerir que o STAXI e as suas sub-escalas apresentam uma razoável fidelidade teste-reteste para um período de duas semanas (Bishop & Quah, 1998; Jacobs, Latham, & Brown, 1988). Apesar de escassos alguns estudos têm fornecido evidências empíricas de que o STAXI apresenta uma adequada validade convergente e divergente (e.g., Spielberg, 1988; Spielberg, Jacobs, Russell, & Crane, 1983).

A escala foi adaptada para a população portuguesa por Silva, Campos e Prazeres (1999), que nos estudos que conduziram, numa amostra de estudantes do 9.º ao 12.º ano ($n=731$) e numa amostra de estudantes do ensino superior ($n=675$) obtiveram, respectivamente, valores de consistência interna satisfatórios ($\alpha=.85$ e $\alpha=.88$ *estado de raiva*; $\alpha=.75$ e $\alpha=.75$ *temperamento de raiva*; $\alpha=.66$ e $\alpha=.65$ *reação de raiva*; $\alpha=.68$ e $\alpha=.75$ *internalização da raiva*; $\alpha=.60$ e $\alpha=.72$ *externalização da raiva*; $\alpha=.85$ e $\alpha=.88$ *controlo da raiva*). No mesmo sentido, foram obtidos valores de fidelidade teste-reteste (para um intervalo de 3 meses numa amostra de estudantes do 12.º ano; Silva et al., 1998) e de validade (Trigo, 1999 como citado em Silva et al., 1999) satisfatórios. Contudo, os referidos autores não apresentaram resultados relativos à análise da estrutura factorial da versão portuguesa do instrumento. Como tal na presente dissertação foi considerada a existência dos seis factores indicados pelos autores da versão original da escala tendo-se contudo optado, tendo em conta os objectivos da presente dissertação, por reportar apenas os resultados obtidos em relação ao total da escala traço de raiva.

Escala de Expressividade Emocional (EES: *Emotional Expressivity Scale*; Kring, Smith, & Neale, 1994; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, & Xavier, 2011b). O EES é um questionário de auto-resposta construído com base na definição de expressividade emocional como sendo o grau/ extensão com que o indivíduo geralmente externaliza as suas emoções, independentemente da sua valência emocional (positiva ou negativa) ou do seu canal de expressão (facial, gestual ou vocal). A EES é composta por 17 itens, que se aglomeram num único factor, e que no seu conjunto avaliam, especificamente, a sua expressividade disposicional, ou seja, o componente de expressão emocional da resposta emocional (e.g., “ Eu não expesso as minhas emoções a outras pessoas” - item invertido; “Eu mostro as minhas emoções às outras pessoas”). Nas instruções é solicitado ao respondente que assinale para cada afirmação o seu grau de concordância utilizando para esse efeito uma escala de Likert de 6 pontos (1=“nunca verdadeiro”; 6=“sempre verdadeiro”), com as pontuações mais elevadas a indicarem uma maior capacidade geral para expressar as emoções. Os autores da versão original da medida obtiveram valores elevados consistência interna em seis amostras diferentes, constituídas por estudantes e por adultos da população geral (foi calculado um alfa de Cronbach médio de .91 a partir dos valores obtidos em sete aplicações⁵⁸ da escala) e uma elevada estabilidade temporal ($r = .90$) na amostra de estudantes para um período de 4 semanas (Kring et al., 1994). A validade convergente e discriminante do EES foi ainda investigada a partir das associações que o EES apresenta com outros questionários de auto-resposta e com diferentes métodos observacionais, entre os quais, a Medida de Intensidade do Afecto (*Affect Intensity Measure* - AIM; Larsen, 1984), o Questionário de Expressividade Emocional (*Emotional Expressivity Questionnaire* - EEQ; King & Emmons, 1990), o Afectómetro - 2 (*Affectometer-2*; Kammann & Flett, 1983), a Escala de Anedonia Social - Revista (*The Revised Social Anhedonia Scale*; Mishlove & Chapman, 1985), o Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory* - BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), o Questionário de Expressividade Familiar (*Family Expressiveness Questionnaire* - FEQ; Halberstadt, 1986), a Escala de Satisfação com a Vida (*Satisfaction With Life Scale* - SWLS ; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985), entre outros.

O estudo das características psicométricas da versão portuguesa do EES, conduzido numa ampla amostra ($n=1008$, sendo que destes 463 eram estudantes e 545 eram da população geral; Dinis, Pinto-Gouveia, & Xavier, 2011b) forneceu resultados semelhantes aos obtidos com o instrumento de medida original (Kring et al., 1994). Mais especificamente os resultados sugerem a existência de estrutura factorial unidimensional tal como na versão original, valores elevados de consistência interna (alfa de Cronbach= .89) e valores aceitáveis de estabilidade temporal para um intervalo de 4-6 semanas ($r = .52$; $p \leq .01$; $t = -0.17$; $p = .87$). A versão portuguesa da escala apresenta ainda uma boa validade convergente e divergente, tal como demonstrado pelos valores das associações encontradas entre o EES e medidas de regulação emocional (Questionário de Regulação Emocional/ *Emotion Regulation Questionnaire* - ERQ; Gross & John, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Dinis & Pinto Gouveia, 2006), de inteligência emocional (Escala do Traço Meta-Humoral/ *Trait - Meta Mood Scale* - TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995; traduzido para a língua portuguesa por Dinis & Pinto-Gouveia, 2006), ruminação (Escala de Respostas Ruminativas-Versão Reduzida/ *Ruminative Responses Scale-Short Version* - RRS-S; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011), afecto positivo e afecto negativo (Escala de Afecto Positivo e Negativo/ *Positive and Negative Affect Schedule* - PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) e a sintomatologia ansiosa, depressiva e associada ao stress (*Depression Anxiety Stress Scales*; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

⁵⁸ Não obstante a consistência interna ter sido investigada em seis diferentes amostra foram calculados e reportados os valores de alfa de Cronbach relativos 7 diferentes administrações da escala. Isto porque, na amostra em que foi investigada a fidelidade temporal do EES, foram calculados os valores de alfa de Cronbach relativos às duas administrações do instrumento de medida (i.e., a consistência interna obtida no teste e no reteste).

Escala da Vergonha provocada pelos Outros (OAS: *Other as Shamer Scale*; Allan, Gilbert, & Goss, 1994; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; traduzido para a língua portuguesa por Lopes, Castilho, & Pinto-Gouveia, 2005; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) desenvolvida a partir da Escala da Vergonha Internalizada (*Internalized Shame Scale* – ISS; Cook, 1993). O OAS é composto por 18 itens que avaliam a vergonha externa, ou seja, os julgamentos globais relativos ao modo como o respondente pensa que os outros vêem, percebem e avaliam negativamente o Eu (e.g., “As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura delas”; “As outras pessoas “deitam-me” muitas vezes abaixo”). O estudo da estrutura factorial do OAS revelou a existência de três dimensões, designadas por *inferioridade* (7 itens; e.g., “Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom (boa)”), *vazio* (4 itens; e.g., “Os outros vêem-me como sendo vazio (a) e insatisfeito (a)”), *o modo como os outros se comportam quando me vêem a cometer erros* (6 itens; e.g., “As outras pessoas procuram os meus defeitos”). É solicitado aos respondentes que classifiquem cada item tendo em consideração a frequência com que sentem ou experienciam o que está expresso em cada uma das afirmações, através de uma escala de Likert de 5-pontos (0= “nunca”; 4= “sempre”). Assim, quanto maior a pontuação obtida mais elevado o nível geral de vergonha externa reportado pelo respondente, ou de cada uma das sub-escalas em particular. Na versão original da medida foi obtido um valor de alfa de Cronbach de .92 para o total da escala (Goss et al., 1994). A validade do OAS foi estudada através da associação que apresenta com outras medidas (Allan et al., 1994; Goss et al., 1994), nomeadamente, o *Dimensions of Conscience Questionnaire* (Johnson & Noel, 1970), o *Adapted Dimensions of Conscience Questionnaire* (Gilbert, Pehl, & Allan, 1994), a *Internalized Shame Scale* (Cook, 1993), o *General Health Questionnaire-28* (Goldberg & Hillier, 1979) e o Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961). A versão portuguesa do OAS não replica a estrutura tridimensional da medida original, evidenciando antes a existência de uma estrutura unidimensional que apresenta uma elevada consistência interna ($\alpha=.91$), uma boa fidelidade temporal e uma adequada validade convergente e divergente (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Nos estudos que integram a presente investigação foi apenas utilizado o total da escala.

Escala da Vergonha Internalizada (ISS: *Internalized Shame Scale*; Cook, 1987, 1994, 2001; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2012). O ISS é um questionário de auto-resposta que foi desenvolvido com o propósito de avaliar, em adolescentes e adultos, o traço de vergonha/ vergonha disposicional, ou seja, a extensão em que o afecto negativo de vergonha é internalizado enquanto característica estável da personalidade (reflece os sentimentos inferioridade, desvalorização, inadequação e alienação). De acordo com esta conceptualização os indivíduos com elevada vergonha são conceptualizados como experienciando frequentemente ou continuamente uma vergonha interna global ou generalizada, que envolve afecto negativo doloroso e auto-julgamentos negativos (i.e., internalizados) associados ao Eu. O ISS é composto por 30 itens que se distribuem por duas sub-escalas: uma de *vergonha interna/ internalizada* que avalia a frequência com que o respondente experiencia sentimentos ou experiências dolorosas de vergonha (24 itens formulados na negativa; e.g., “Sinto que nunca sou suficientemente bom”) e a outra que avalia a *auto-estima* (6 itens formulados na positiva de modo a diminuir a tendência de resposta que tende a ocorrer quando todos os itens são formulados no mesmo sentido; e.g., “Sinto que tenho muito de que me orgulhar”). Porém, o autor explica que a sub-escala de auto-estima não foi desenvolvida com o intuito de ser utilizada como uma medida independente e que terá sobretudo interesse do ponto de vista da intervenção clínica. As instruções solicitam aos respondentes que assinalem a frequência com que sentem o que está descrito em cada afirmação utilizando uma escala de Likert de 5 pontos (0=“nunca”; 4=“quase sempre”). O ISS apresenta uma excelente consistência interna tanto em amostras não-clínicas [$\alpha_{(vergonha\ interna)}=.95$ e $\alpha_{(auto-estima)}=.90$] como clínicas [$\alpha_{(vergonha\ interna)}=.96$ e $\alpha_{(auto-estima)}=.87$] e uma elevada fidelidade temporal [com correlações

teste-reteste de $r_{(vergonha\ interna)} = .84$ e $r_{(auto-estima)} = .69$] para um intervalo de 7 semanas numa amostra de estudantes de pós-graduação (Cook, 1994, 1996, 2001). Apesar de não ter investigado a estrutura factorial do ISS, Cook (1994) explicita que segundo a sua conceptualização a sub-escala *vergonha interna* do ISS deve ser encarada como uma medida unidimensional que visa avaliar a vergonha internalizada.

Na versão portuguesa da escala, o estudo da dimensionalidade do ISS foi conduzido numa amostras de estudantes universitários ($n=385$) através da análise em componentes principais com rotação *varimax*, que foi conduzida separadamente para ambas as sub-escalas (Matos et al., 2012). Os resultados obtidos para a sub-escala de *vergonha interna* sugeriram a existência de uma estrutura unidimensional (a variância explicada pelo segundo e terceiro factor encontrados não se revelou expressiva tendo-se verificado, igualmente, a necessidade de proceder à eliminação de um item que não cumpria os critérios estatísticos necessários para a sua manutenção na sub-escala). Já para a sub-escala *auto-estima* os resultados sugeriram claramente a existência de uma estrutura unidimensional. A sub-escala *vergonha interna* revelou ainda possuir uma excelente consistência interna ($\alpha=.95$) e uma excelente fidelidade temporal para um intervalo de tempo de 4 a 6 semanas ($n=35$; $r=.95$, $p < .001$; $t=1.27$, $p < .215$). No mesmo sentido, a sub-escala *auto-estima* revelou possuir uma boa consistência interna ($\alpha=.85$) e uma excelente fidelidade temporal para um intervalo de tempo de 4 a 6 semanas ($n=35$; $r=.86$, $p < .001$; $t=1.80$, $p < .082$). As validades, convergente e discriminante, foram avaliadas através das correlações entre as sub-escalas com medidas que avaliam a vergonha externa (*Other As Shamer Scale*; Allan et al., 1994; Goss et al., 1994), a comparação social (*Social Comparison Scale*; Allan & Gilbert, 1995), e os sintomas de depressão, ansiedade e stresse (*Depression Anxiety Stress Scales* (Lovinbond & Lovinbond, 1995).

Escala de Tipos de Afecto Positivos (TPAS: *Types of Positive Affect Scales*; Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter, & Rockliff, 2008; traduzida para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia, Dinis, & Matos, 2008). A escala de activação e de contentamento/ segurança foi desenvolvida para avaliar o grau em que os respondentes experienciam diferentes tipos de emoções positivas (Richter, Gilbert, & McEwan, 2009). Esta medida de auto-resposta foi inicialmente desenvolvida para avaliar dois sistemas de regulação do afecto positivo (o sistema de activação e excitação e o sistema de relaxamento, segurança e contentamento) tal como sugerem, a teoria evolucionária e, recentes estudos na área das neurociências (Depue & Morrone-Srupinsky, 2005). Contudo a análise factorial exploratória com rotação oblíqua aos 18 itens que compõem a escala, numa amostra de estudantes universitários ($n=203$), revelou a existência de três diferentes reguladores do afecto positivo (*i.e.*, três factores), designados por: *afecto positivo activo* (8 itens que englobam o sentir-se 'activo', 'vivo', 'enérgico', 'desejoso/ ávido', 'dinâmico', 'excitado/ animado', 'aventureiro', 'entusiasmado'), *afecto positivo relaxado* (6 itens que reflectem o afecto positivo associado a uma baixa actividade no sistema de ameaça e que é avaliado através dos seguintes itens 'calmo', 'descansado', 'sereno', 'tranquilo', 'apaziguado', 'relaxado') e *afecto positivo seguro/ contentamento* (4 itens reflectem o afecto positivo associado a uma elevada actividade no sistema de segurança e tranquilização, proporcionada pelo próprio ou pelos outros, e que é avaliado através dos itens 'seguro', 'protegido', 'calor/ aconchegado', 'satisfação'). Esta estrutura tripartida foi replicada num outro estudo (Richter, Gilbert, & McEwan, 2009). As instruções solicitam aos respondentes que classifiquem o grau com que habitualmente experienciam cada uma das emoções positivas, assinalando em que medida é que cada emoção é característica em si, utilizando uma escala de Likert de 5-pontos (0= "não habitual/ característico em mim"; 4= "muito característico em mim"). A escala original apresentou um boa consistência interna ($\alpha=.73$ 'seguro/ satisfeito' e $\alpha=.83$ 'activado' e 'relaxado'). A fidelidade teste-reteste, avaliada numa sub-amostra ($n=35$), para um intervalo de 3 semanas revelou-se adequada para as sub-escalas *afecto positivo activo* ($r=.84$) e *afecto positivo seguro/ contentamento* ($r=.77$), mas não para para a sub-escala *afecto positivo relaxado* ($r=.34$), o que leva os

autores, a colocar a hipótese desta dimensão poder estar associada a um estado possivelmente mais transitório relativo à não activação do sistema de ameaça, mas a ressaltar a necessidade de a este respeito serem conduzidos mais estudos. O TPAS revelou ainda possuir uma boa validade convergente com a *The Comprehensive Personality and Affect Scales* (COPAS; Lubin & Whitlock, 2000; 2002) que avalia cinco dimensões do afecto positivo, a satisfação/ contentamento, a alegria, o amor, a vitalidade e a excitação (Lubin & Van Whitlock, 2002). O TPAS não se encontra ainda validado para a população portuguesa.

O Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy (LESS: *Leahy Emotional Schema Questionnaire*; Leahy, 2002a, 2003a; versão portuguesa modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2008). Originalmente o LESS é um questionário de auto-resposta que foi desenvolvido por Leahy para avaliar a presença de diferentes esquemas emocionais, definidos como os “planos, conceitos e estratégias empregues ‘em resposta’ a uma emoção” (Leahy, 2002a, p. 179). O questionário é composto por 50 itens/ afirmações acerca do “modo como o indivíduo lida com as suas crenças e emoções acerca das suas próprias emoções” (Yavuzm Tukçapar, Demirel, & Karadere, 2011, p. 275) que se distribuem por 14 dimensões: *validação* (3 itens; e.g., “Os outros compreendem e aceitam os meus sentimentos”), *compreensibilidade* (4 itens; e.g., “Há coisas sobre mim que eu simplesmente não compreendo”, item invertido), *culpa* (4 itens; e.g., “Há sentimentos que são errados ter”), *visão simplista da emoção* (4 itens; e.g., “Não aguento ter sentimentos contraditórios _ por exemplo, simultaneamente sentir que gosto e não gosto de determinada pessoa”), *valores elevados* (3 itens; e.g., “Quando me sinto em baixo, tento pensar nas coisas mais importantes da vida_ no que eu valorizo”), *controlabilidade* (3 itens; e.g., “Receio vir a perder o controlo se me permitir ter certo tipo de sentimentos”, item invertido), *entorpecimento* (2 itens; e.g., “Há coisas que perturbam outras pessoas, mas que não me perturbam a mim”), *desejo de ser racional* (3 itens; e.g., “Em relação aos meus sentimentos, considero mais importante ser racional e prático (a) do que ser sensível e aberto (a), a eles”), *duração* (2 itens; e.g., “Por vezes receio que se me permitir ter um sentimento forte ele tome conta de mim (não desapareça)”), *consenso* (4 itens; e.g., “Penso frequentemente que respondo às situações com sentimentos que outras pessoas no meu lugar não teriam”, item, invertido), *aceitação dos sentimentos* (7 itens; e.g., “Quando tenho um sentimento que me perturba tento encontrar razões que mostrem que ele não é importante”), *ruminação* (5 itens; e.g., “Quando me sinto “em baixo”, tento pensar num modo diferente de ver as coisas”, item invertido), *expressão* (2 itens; e.g., “Eu acredito que é importante permitir-me chorar, para que os meus sentimentos possam ‘sair cá para fora’”) e *culpabilização do outro* (2 itens; e.g., “Se as outras pessoas mudassem, eu sentir-me-ia muito melhor”). As instruções solicitam aos respondentes que respondam a cada afirmação de acordo com o modo como lidaram com as suas emoções (por exemplo, emoções de raiva, tristeza, ansiedade ou sexuais) durante o último mês utilizando para esse efeito uma escala de Likert de 6 pontos (1=“totalmente falsa”; 6=“totalmente verdadeira”). Dado que algumas dimensões dos esquemas emocionais avaliam uma visão adaptativa e flexível acerca das emoções e a adopção de atitudes funcionais enquanto outras avaliam uma visão desadaptativa e rígida acerca das emoções e a adopção de atitudes não-funcionais de lidar com as crenças e emoções, não é possível obter um total da escala, mas apenas informação sobre cada uma das dimensões separadamente, a não ser que se proceda à recodificação dos itens invertidos (1, 6, 8, 21, 23, 29, 36, 39, 40, 41 e 42) e posteriormente à média do somatório de todos os itens. Já a pontuação de cada factor obtém-se recodificando a pontuação dos itens invertidos e procedendo-se ao cálculo da média das pontuações dos itens que compõem cada factor. O autor da escala ressalva ainda que as diferentes dimensões não são exaustivas podendo mesmo existir alguma sobreposição entre elas (Leahy, 2003a). Na presente dissertação foi utilizada uma versão modificada do LESS⁵⁹ composta por 17 itens (sendo que destes somente 3 foram

⁵⁹ No estudo I Capítulo 3 são apresentados os estudos referentes ao desenvolvimento da versão modificada do LESS, as análises relativas ao estudo da sua estrutura dimensional e às características psicométricas aos itens que compõem o instrumento.

retidos e são coincidentes com os da escala original) que se distribuem por duas dimensões. A análise factorial exploratória (conduzida numa ampla amostral da população geral) sugeriu a existência de uma estrutura bi-dimensional, que foi posteriormente validada através de uma análise factorial confirmatória (AFC) conduzida numa amostral mista (que resultou da junção de uma amostral clínica e não-clínica). A AFC, que foi ainda usada para estabelecer a validade de construto, convergente e discriminante, confirmou a existência de uma dimensão negativa denominada *crenças de incontrolabilidade e perigo acerca das emoções* e que reflecte crenças de que as emoções são incontroláveis, confusas, inaceitáveis, perigosas e prejudiciais e de uma dimensão positiva denominada *crenças de validação emocional pelos outros* que reflecte as crenças de que as emoções são validadas, normalizadas, compreendidas e aceites pelos outros. É usada a mesma grelha de cotação para que os participantes assinalem o grau em que acreditam em cada item, e no mesmo sentido, pontuações mais elevadas indicam crenças mais fortes. Os valores de consistência interna, calculados através do alfa de Cronbach, da versão modificada do LESS foram de .84 para o factor “crenças de validação emocional” e de .93 para o factor “crenças negativas”.

Escala de Traço Meta-Humoral-30 (TMMS-30: Trait-Meta Mood Scale-30; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, & Palfai, 1995; traduzido para a língua portuguesa por Dinis & Pinto-Gouveia, 2006). O TMMS é um questionário de auto-resposta, inicialmente composto por 48 itens, que pretende avaliar as habilidades mentais intrapessoais subjacentes à inteligência emocional, ou seja, o meta-conhecimento que as pessoas têm sobre as suas habilidades emocionais (Goldman, Kraemer, & Salovey, 1996; Salovey et al., 1995; Salovey, Stroud, Woolery, & Epel, 2002; Salovey, Woolery & Mayer, 2001). Subjacente ao TMMS está a conceptualização de que a inteligência emocional se refere à capacidade individual para perceber, compreender, expressar e regular as emoções (Mayer & Salovey, 1997). Neste sentido é importante ressaltar que o TMMS avalia as diferenças individuais estáveis, em relação à inteligência emocional percebida (Salovey et al., 1995), ou seja, as crenças que os respondentes têm sobre as suas habilidades para regular as suas emoções e não as suas reais capacidades de regulação emocional (Mayer, Caruso, & Salovey, 2000; Salovey et al., 2001, 2002). As análises factoriais conduzidas pelos autores do instrumento aos 48 itens que compunham a versão original do questionário, revelaram a existência de três factores nomeados, respectivamente, por: (i) *atenção às emoções*, que avalia o grau com que os respondentes activamente dirigem a sua atenção para os seus estados emocionais e emoções, reconhecem, têm consciência e valorizam os seus estados de humor e emoções no momento em que estas ocorrem (21 itens; e.g., “Não vale a pena prestar atenção às nossas emoções ou ao humor” item invertido); (ii) a *clareza emocional*, que avalia a habilidade para identificar e descrever emoções específicas e discriminar entre as várias emoções que se experienciam (15 itens; e.g., “Às vezes não consigo identificar a minha emoção” item invertido) e (iii) *reparação do estado emocional*, que avalia a extensão com que os respondentes se esforçam activamente para reparar os seus estados de humor e acreditam na sua capacidade para regular/ interromper os seus estados emocionais negativos e prolongar os estados emocionais positivos (12 itens; e.g., “Tento ter pensamentos positivos mesmo quando me sinto mal”). Na versão original a consistência interna dos factores foi, respectivamente, de .86 para a subescala *atenção*, .87 para a subescala *clareza*, e .82 para a subescala *reparação emocional* (Salovey et al., 1995). Posteriormente, os autores, eliminaram os itens que na análise factorial conduzida apresentaram saturações mais baixas nos factores, e mantiveram os que melhor definiam o factor tal como teoricamente conceptualizado, obtendo deste modo uma versão reduzida da escala composta por 30 itens, que se distribuem por três dimensões: *atenção às emoções* (13 itens; e.g., “Não vale a pena prestar atenção às nossas emoções ou ao humor” item invertido); (ii) a *clareza emocional* (11 itens; e.g., “Às vezes não consigo identificar a minha emoção” item invertido) e (iii) *reparação do estado emocional* (6 itens; e.g., “Tento ter pensamentos positivos mesmo quando me sinto mal”). A versão de 30 itens apresentou valores de consistência interna semelhantes aos obtidos na versão original: .86 para a

subescala *atenção*, .88 para a subescala *clareza*, e .82 para a subescala *reparação emocional* (Salovey et al., 1995). Para cada item é solicitado ao sujeito que responda de acordo com o seu grau de concordância em relação a cada um dos itens apresentados uma escala de *Likert* de 5 pontos (1 = “discordo fortemente”; 5 = “concordo fortemente”). Os itens negativos são inversamente cotados, de modo que uma elevada pontuação indica níveis elevados dessa habilidade de inteligência emocional. Numa outra amostra os autores investigaram ainda a validade convergente e divergente do TMMS, através da magnitude das correlações apresentadas com outras medidas nomeadamente, *Ambivalence Over Emotional Expressiveness Questionnaire* (King & Emmons, 1990, 1991), *Expectancies for Negative Mood Regulation* (Catanzaro & Mearns, 1990), *Life Orientation Test* (Scheier & Carver, 1985), *Self-Consciousness Scale* (Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975) e *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (Radloff, 1977). Os autores do TMMS consideram mais eficiente para o propósito de investigação a utilização da versão de 30, aconselhando o seu uso, sendo por esse motivo, que na presente dissertação foi utilizada a versão reduzida da escala. Na língua portuguesa encontra-se apenas validada uma versão modificada do TMMS que é composta por 24 itens (Queirós, Fernández-Berrocal, Extremera, Carral, & Queirós, 2005) e que corresponde a uma versão reduzida e modificada do TMMS que foi inicialmente validada para castelhano (Fernández-Berrocal, Extremera, & Ramos, 2004).⁶⁰ Numa amostra da população geral (constituída por 120 estudantes universitários com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos e 120 idosos com idades superiores a 65 anos) foram estudadas as características psicométricas da tradução para a língua portuguesa da versão modificada da medida, designada por TMMS-24 (Queirós et al., 2005). Apesar de não terem sido reportados os resultados relativos à estrutura dimensional da versão portuguesa modificada do TMMS, Queirós e colaboradores (2005) encontraram valores de alfa de Cronbach indicativos uma boa consistência interna em ambas as amostras investigadas (estudantes universitários: $\alpha_{(atenção)}=.80$, $\alpha_{(clareza)}=.79$, $\alpha_{(regulação\ das\ emoções)}=.85$; idosos: $\alpha_{(atenção)}=.88$, $\alpha_{(clareza)}=.83$, $\alpha_{(regulação\ das\ emoções)}=.92$).

Questionário de Estilos de Coping (CSQ-3: Coping Styles Questionnaire, Roger, 1996; Roger, Jarvis, & Najarian, 1993; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Este questionário avalia o modo como os indivíduos habitualmente reagem a situações de stresse, ou seja, avalia que estratégias de *coping* são habitualmente utilizadas quando os respondentes se encontram perante uma situação percebida como excedendo os seus recursos para lidar com a mesma. Inicialmente os 78 itens que compunham o CSQ foram sujeitos a uma análise factorial que indicou a existência de quatro factores, sendo que um deles, o *coping distanciado/desligado* não havia ainda sido identificado nos instrumentos de medida previamente existentes. Por este motivo, e dada a importância de melhor investigar a possível existência deste estilo de *coping*, os autores do CSQ adicionaram 12 itens ao questionário e procederam a uma nova análise factorial, que após a retenção dos itens com saturações mais elevadas nos factores, conduziu à obtenção de um escala composta por 60 itens. Em particular, os autores verificaram que os 60 itens se distribuíam por quatro factores/ estilos de *coping*: (i) *coping racional*, ou *coping* orientado para a tarefa, que avalia o uso de estratégias instrumentais para lidar ativamente e de forma concreta com o problema (16 itens; e.g., “Elaboro um plano para lidar com o sucedido”); (ii) *coping distanciado/desligado*, que se refere à criação de um distanciamento do significado emocional do evento stressor (e da emoção a ele associada), reduzindo o envolvimento emocional e minimizando deste modo o seu impacto, sem que tal implique implique negação ou evitamento; antes pelo contrário, este distanciamento ao implicar a aceitação da sua existência e uma avaliação mais objectiva do stressor

⁶⁰ A análise em componentes principais com rotação *varimax* aos 48 itens que compõem o questionário revelou uma estrutura trifactorial, semelhante à obtida pelos autores da versão original, mas a posterior remoção dos itens com saturações $\leq .40$ nos factores conduziu a uma composição dos factores diferente da obtida por Salovey et al. (1995), com alguns itens a terem sido removidos, e os itens formulados na negativa a terem sido reconvertidos num sentido para facilitar a sua compreensão, dando origem a uma escala composto por 24 itens distribuídos por três factores, cada um constituído por 8 itens (Fernández-Berrocal et al., 2004).

permite que o indivíduo lide mais eficazmente com esse evento (15 itens; e.g., “Sinto-me completamente despreocupado(a) sobre tudo o que se está a passar”); (iii) *coping emocional*, que se refere ao uso de estratégias focadas em tentativas de diminuir estados emocionais negativos que acompanham a percepção de ameaça (16 itens; e.g., “Sinto-me desamparado(a) – não há nada que possa fazer acerca da forma como me sinto”); e (iv) *coping evitante*, que se refere aos esforços para evitar a percepção de ameaça, quer por pensamento quer por acções (13 itens; e.g., “Sonho acordado(a), a pensar que as coisas vão melhorar no futuro”). Relativamente a cada item solicita-se ao sujeito que descreva o modo como “tipicamente reage quando está em *stresse*/quando está perturbado”, utilizando uma escala de tipo Likert de 4 pontos (0=“nunca”; 3 “sempre”). As pontuações mais elevadas indicam uma maior utilização de determinado estilo de *coping*. Segundo os autores, a análise às correlações entre as sub-escalas do CSQ, parece sugerir que o *coping* racional e o *coping* distanciado/ desligado se podem considerar como sendo estilos de *coping* adaptativos enquanto que o *coping* emocional e o *coping* evitante se podem considerar como sendo estilos de *coping* desadaptativos (Roger et al., 1993). As quatro sub-escalas do CSQ apresentam valores adequados de consistência interna [$\alpha_{(\text{coping evitante})} = .69$, $\alpha_{(\text{coping emocional})} = .74$, $\alpha_{(\text{coping distanciado/desligado})} = .90$ e $\alpha_{(\text{coping racional})} = .85$] e de fidelidade teste-reteste [$r_{(\text{coping evitante})} = .70$, $r_{(\text{coping emocional})} = .77$, $r_{(\text{coping distanciado/desligado})} = .79$ e $r_{(\text{coping racional})} = .80$] para um intervalo de 3 meses (Roger et al., 1993). Por último a validade concorrente da versão de 60 itens do CSQ foi avaliada usando o *Emotion Control Questionnaire* (Roger & Najarian, 1989).

Na presente investigação foi utilizada a versão mais recente do CSQ (CSQ-versão 3) que é composta por 41 itens que avaliam os estilos de *coping* racional (9 itens), distanciado/ desligado (10 itens), emocional (12 itens) e evitante (10 itens), sendo possível optar pela distribuição dos itens por três factores teóricos, procedendo-se à aglutinação dos estilos de *coping* emocional e distanciado/ desligado num único factor bipolar (Roger, 1996).

Na versão portuguesa do CSQ-S3, a análise em componentes principais com rotação *varimax*, sugeriu a existência de uma estrutura composta por quatro factores (similar à da escala original), mas cuja composição apresenta algumas diferenças em relação a original⁶¹ (Dinis, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011). Na versão portuguesa foram obtidos, para as quatro dimensões, valores satisfatórios de consistência interna [$\alpha_{(\text{coping evitante})} = .70$, $\alpha_{(\text{coping emocional})} = .76$, $\alpha_{(\text{coping distanciado/desligado})} = .69$ e $\alpha_{(\text{coping racional})} = .77$] e de fidelidade teste-reteste [$r_{(\text{coping evitante})} = .65$, $r_{(\text{coping emocional})} = .75$, $r_{(\text{coping distanciado/desligado})} = .78$ e $r_{(\text{coping racional})} = .66$] para um intervalo de 4 a 6 semanas, sendo estes resultados semelhantes aos reportados pelos autores originais (Dinis et al., 2011). Para avaliar a validade convergente e divergente da versão portuguesa do instrumento foram calculados os coeficientes de correlação de Pearson entre as quatro dimensões do CSQ-S3 e outras medidas que avaliam a ruminação (*Ruminative Responses Scale – short version*; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003), sintomatologia ansiosa, depressiva e associada ao stress (*Depression Anxiety Stress Scales*; Lovibond & Lovibond, 1995), o afecto positivo e afecto negativo (*Positive and Negative Affect Schedule*; Watson, Clark, & Tellegen, 1988), a expressividade emocional (*Emotional Expressivity Scale*; Kring, Smith, & Neale, 1994) e o evitamento experiencial (*Acceptance and Action Questionnaire -II*; Bond, et al., 2011).

Questionário de Metacognições – 30 (MCQ-30: *Metacognition Questionnaire*; Wells & Cartwright-Hatton, 2004; versão portuguesa de Dinis & Pinto-Gouveia, 2011). O MCQ-30 é a versão reduzida do *Metacognition Questionnaire* (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) instrumento de medida, originalmente composto por 65 itens, que foi desenvolvido a partir do *Modelo da Função Executiva Auto-Reguladora*,

⁶¹ A análise aos valores das cargas factoriais sugeriu a remoção de 3 itens que do ponto de vista do modelo teórico não possuíam suporte para serem mantidos no factor em que saturaram. Verificou-se igualmente a migração de alguns itens entre os estilos de *coping* que se integram na categorial mais abrangente dos estilos de *coping* adaptativos ou categoria mais abrangente dos estilos de *coping* desadaptativos.

modelo este explicativo dos factores metacognitivos que estão envolvidos na vulnerabilidade e manutenção dos distúrbios emocionais (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1994, 1996; Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Assim, e à semelhança da versão original, o MCQ-30 pretende avaliar as diferenças individuais relativamente um conjunto de processos metacognitivos conceptualmente distintos, que correspondem aos cinco factores que integram o questionário: 1) *crenças positivas* acerca da preocupação (mede a extensão em que a pessoa acredita que o pensamento perseverante é útil - 5 itens; e.g., “Preocupar-me ajuda-me a lidar com as situações”); 2) *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo* acerca da preocupação (avalia a extensão em que o indivíduo acredita que o pensamento perseverante é perigoso e incontrolável - 5 itens; e.g., “Quando começo a preocupar-me não consigo parar”); 3) *falta de confiança cognitiva* (avalia a falta de confiança nas habilidades de memória e atencionais, ou seja, quanto mais elevada a pontuação neste factor mais o indivíduo acredita ser provável o fracasso cognitivo - 5 itens; e.g., “Não confio na minha memória”); 4) *necessidade de controlo do pensamento* (avalia a extensão em que acredita que certos tipos de pensamentos necessitam de ser suprimidos - 5 itens; e.g., “Não ser capaz de controlar os próprios pensamentos é sinal de fraqueza”); e 5) *auto-conscienciosidade cognitiva* (mede a tendência para monitorizar e focar a atenção de forma selectiva nos próprios eventos mentais - 5 itens; e.g., “Presto uma grande atenção ao modo como a minha mente funciona”). Para o seu preenchimento é solicitado aos respondentes que assinalem o seu grau de acordo relativamente a cada uma das afirmações, utilizando para esse efeito uma escala Likert de 4 pontos (1=“discordo”; 4= “concordo muito”). Deste modo, quanto maior a pontuação obtida em cada factor, mais elevada é a presença dessa dimensão metacognitiva. As cinco dimensões que integram o MCQ - 30 apresentam uma boa a excelente consistência interna ($\alpha_{(crenças\ positivas)}=.92$; $\alpha_{(crenças\ negativas\ de\ incontrolabilidade\ e\ perigo)}=.91$; $\alpha_{(falta\ de\ confiança\ cognitiva)}=.93$; $\alpha_{(necessidade\ de\ controlo\ do\ pensamento)}=.72$; $\alpha_{(auto-conscienciosidade\ cognitiva)}=.92$; $\alpha_{(total)}=.93$) bem como uma elevada estabilidade temporal (numa sub-amostra de 30 participantes) para um intervalo médio de 34.14 dias (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Também a validade convergente dos factores que integram o MCQ-30 foi investigada através da associação que estes apresentam com outros instrumentos de medida, designadamente, com o *State-Trait Anxiety Inventory*/ sub-escala de ansiedade-traço (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983), o *Penn State-Worry Questionnaire* (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990) e o *Padua Inventory Washington State University - Revision* (Burns, Keortge, Formea, & Sternberger, 1996). Adicionalmente, os autores do MCQ tendo em consideração as correlações de baixa magnitude encontradas entre os factores consideram que os mesmos devem ser conceptualizados como sendo relativamente independentes (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Em relação à estrutura dimensional do MCQ-30, os autores conduziram numa amostra de indivíduos da população geral ($n=182$) uma análise factorial confirmatória, com o intuito de averiguar se os 30 itens que integram a versão reduzida da escala replicavam a estrutura de cinco factores encontrada para a versão original de 65 itens, tendo verificado que de um modo geral o modelo de cinco factores apresentava índices indicativos de um bom ajustamento global (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Com o propósito de averiguar se os 30 itens realmente saturavam no factor a que teoricamente se suponha que pertencessem (tendo em conta as análises prévias efectuadas na versão de 65 itens), os autores conduziram na mesma amostra ainda uma análise em componentes principais (com rotação oblíqua), tendo verificado que os itens que na medida original pertenciam aos factores metacognitivos de *crenças positivas*, *confiança cognitiva*, *auto-conscienciosidade cognitiva* e *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo* saturavam na versão de 30 itens, igualmente, mais fortemente nesses referidos factores (em comparação com os restantes). E apesar de em relação ao factor *necessidade de controlo do pensamento*, os resultados terem mostrado que dois dos itens saturavam mais fortemente num outro factor e que um terceiro item apresentava mesmo uma baixa saturação neste factor, a que teoricamente se esperaria a que pertencesse, os autores consideram que a composição e a estrutura em cinco factores replicam largamente a encontrada para a versão de 65 itens do MCQ (Wells & Cartwright-Hatton, 2004).

A versão portuguesa do MCQ-30 foi validada por Dinis e Pinto-Gouveia (2011) numa amostra de estudantes do ensino superior ($n=420$). O estudo das características psicométricas da versão portuguesa do MCQ-30 revelou uma solução factorial composta por 5 dimensões, com os itens que teoricamente pertencem aos factores *crenças positivas*, *confiança cognitiva* e *auto-conscienciosidade cognitiva* a apresentarem, na sua totalidade, cargas factoriais mais elevadas nestes respectivos factores relativamente aos restantes. Já em relação aos factores *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo* e *necessidade de controlo do pensamento* verificou-se a migração de três itens do primeiro para o segundo factor (o mesmo já se havia verificado na versão original do MCQ-30 com dois itens do factor *necessidade de controlo do pensamento* a apresentarem saturações mais elevadas no factor *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo* e um terceiro a saturar mais fortemente no factor *confiança cognitiva*) e a necessidade de eliminar outros dois itens (um não apresentava uma carga significativa em nenhum dos factores retidos e outro porque saturava de igual modo em dois factores). Como tal, é possível concluir que de um modo geral os resultados obtidos para a versão portuguesa do instrumento replicam grandemente a estrutura encontrada para a versão original de 30 itens (Dinis & Pinto-Gouveia, 2011). A versão portuguesa do MCQ-30 apresentou uma excelente consistência interna para o total da escala ($\alpha = .91$) e valores de alfa de Cronbach a variar entre .75 e .87 para as cinco dimensões metacognitivas. No mesmo sentido foram obtidos resultados sugestivos de uma elevada estabilidade temporal para intervalo variável de 4 a 6 semanas. Na amostra da população portuguesa (Dinis & Pinto-Gouveia, 2011) o QMC-30 apresentou ainda uma boa validade convergente e divergente, apresentando correlações no sentido esperado com instrumentos de medida que avaliam a ruminação (Escala de Respostas Ruminativas-versão reduzida/ *Ruminative Responses Scale-short version*; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011), a meta-preocupação (Questionário da Meta-Preocupação/ *Meta-Worry Questionnaire*; Wells, 2005 versão portuguesa de Dinis & Pinto-Gouveia, 2011), a qualidade de vida (Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde-Versão Reduzida/ *World Health Organization Quality of Life Assessment*, versão portuguesa de Vaz Serra et al., 2006) e a sintomatologia ansiosa, depressiva e associada ao stress (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress/ *Depression Anxiety Stress Scales*; Lovibond & Lovibond, 1995, versão portuguesa de Pais -Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

Escala de Respostas Ruminativas - versão reduzida (RRS-SV: *Ruminative Responses Scale – short version*; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003; versão portuguesa de Dinis, Pinto Gouveia, Duarte, & Castro, 2011). A RRS-S é a versão reduzida do *Questionário dos Estilos de Resposta* (RSQ; *Response Styles Questionnaire*; Nolen-Hoeksema, & Morrow, 1991). Mais especificamente, o RRS-S resultou da reanálise dos dados anteriormente publicados por Nolen-Hoeksema, Larson, e Grayson (1999) que conduziram à remoção de 12 itens potencialmente confundentes devido à sua similaridade com os itens do *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961). Assim, a versão reduzida da RRS passou a integrar 10 itens, que avaliam a frequência com que os respondentes tendem a ruminar em resposta ao seu humor depressivo, e que se distribuem por dois factores (resultantes da análise em componentes principais com rotação *varimax*), que avaliam dois estilos diferentes de pensamento ruminativo: 1) o *cismar* (“*brooding*”) que “reflete a comparação passiva da situação corrente com um padrão não alcançado” (Treynor et al., 2003; p. 256), sendo que os 5 itens que o compõem, avaliam o pensamento perseverante centrado nas consequências negativas do humor depressivo e nos obstáculos à resolução dos problemas (e.g., “Penso: “O que é que eu fiz para merecer isto?”); e 2) *reflexivo* (“*reflection*”) que se refere ao “esforço activo para ganhar *insight* sobre o problema” (Treynor et al., 2003; p. 256), com os 5 itens que o compõem a avaliar o uso de estratégias cognitivas com o intuito de aliviar os sintomas depressivos e, como tal, a terem uma orientação para a resolução de problemas (e.g., “Analiso eventos recentes para tentar compreender porque é que estou deprimido (a)”). As instruções solicitam aos respondentes que indiquem o seu grau de concordância em relação a cada afirmação tendo em conta “o que geralmente fazem quando se sentem tristes, deprimidos ou em baixo” e utilizando para esse efeito uma escala de *Likert* de 4 pontos (1 = “quase nunca”; 4 = “quase sempre”). Segundo os autores da

medida a dimensão *cismar* engloba os aspectos mais patológicos da ruminação (Treyner et al., 2003). Na versão reduzida original, os valores de consistência interna avaliados pelo alfa de Cronbach foram de .77 (dimensão *cismar*) e .72 (dimensão *reflexiva*; Treyner et al., 2003).

Na presente investigação foi utilizada a versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro (2011), cuja análise em componentes principais com rotação *varimax* replicou a composição e estrutura da escala original (com excepção para o item “Escrevo aquilo em que estou a pensar e de seguida analiso o que escrevi” que apesar de teoricamente pertencer ao factor reflexivo apresentou uma carga factorial muito baixa em ambos os factores). Na versão portuguesa da escala foram obtidos valores aceitáveis de consistência interna ($\alpha_{(cismar)}=.76$ e $\alpha_{(reflexiva)}=.75$) e uma elevada estabilidade temporal ($r_{(cismar)}=.75$; $p<.01$ e $r_{(reflexiva)}=.79$; $p<.01$) para um intervalo de 4 a 6 semanas. A magnitude moderada da correlação obtida entre estas duas dimensões ($r = .50$; $p<.01$) indicia que os dois estilos de pensamento ruminativo, *reflexivo* e *cismar*, apesar de interligados, constituem dois factores conceptualmente distintos, que medem diferentes dimensões da ruminação. A versão portuguesa apresenta ainda uma boa validade convergente e divergente com medidas de sintomatologia ansiosa, depressiva e associada ao *stress* (Escala de Ansiedade, Depressão e Stress/ *Depression Anxiety Stress Scales*; Lovibond & Lovibond, 1995, versão portuguesa de Pais -Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), afecto positivo e afecto negativo (Escala de Afecto Positivo e Negativo/ *Positive and Negative Affect Schedule - PANAS*; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), processos metacognitivos (Questionário de Metacognições-30/ *Metacognitions Questionnaire-30*; Wells & Cartwright-Hatton, 2004; versão portuguesa de Dinis & Pinto Gouveia, 2011), crenças metacognitivas positivas acerca da ruminação (Escala de Crenças Positivas acerca da Ruminação/ *Positive Beliefs about Rumination Scale*; Papageorgiou & Wells, 2001; tradução de Dinis & Pinto Gouveia, 2006) e de expressividade emocional (Escala de Expressividade Emocional/ *Emotional Expressivity Scale*; Kring, Smith, & Neale, 1994; tradução e adaptação portuguesa de Dinis, Pinto Gouveia & Xavier, 2011).

Questionário de Regulação Emocional (ERQ: *Emotion Regulation Questionnaire*; Gross & John, 1998; Gross & John, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia & Dinis, 2006). O ERQ é um questionário de auto-resposta que avalia as diferenças individuais no uso de duas estratégias de regulação emocional temporalmente distintas de acordo com o momento em que têm o seu primeiro impacto no processo gerador das emoções. A *reavaliação cognitiva*, focada nos antecedentes, é uma estratégia de modificação cognitiva, que ocorre antes da tendência de resposta emocional ter sido activada (*i.e.*, antes de sentir uma emoção em particular), e que consiste na modificação do modo como o indivíduo pensa acerca de uma situação potencialmente evocativa de uma emoção, em que antecipa ser necessária a regulação das emoções, de modo a modificar a trajectória e o impacto da resposta emocional (Gross, 1998b). A *supressão expressiva* é uma estratégia focada na resposta, de modelação emocional, que se refere aos esforços efectuados com a emoção já em curso (*i.e.*, depois das tendências de resposta terem sido já iniciadas), e envolve a redução/ inibição/ supressão do comportamento expressivo emocional em curso (mas não o seu impacto emocional), quando o indivíduo se encontra numa situação que implica regular as emoções (John & Gross, 2004). De modo a validar o modelo teórico a partir do qual o ERQ foi elaborado, os autores conduziram nos 10 itens que compõem o ERQ, e em quatro amostras diferentes, análises factoriais exploratórias com rotação *varimax*, seguidas de análises factoriais confirmatórias, tendo concluído que em todas as amostras se evidenciava a existência dos dois factores teóricos independentes: a *reavaliação cognitiva* (6 itens; *e.g.*, “Controlo as minhas emoções mudando a minha maneira de pensar acerca da situação em que estou”) e a *supressão expressiva* focada na resposta (4 itens; *e.g.*, “Quando estou a sentir emoções positivas, sou cuidadoso (a) para não as expressar”). Nas instruções é solicitado aos respondentes que assinalem o seu grau de acordo com cada afirmação utilizando para esse efeito uma escala de Likert de 7 pontos (1=“discordo

fortemente”; 7=“concordo fortemente”), sendo que pontuações mais elevadas reflectem uma tendência mais forte para usar essa estratégia de regulação emocional. O ERQ apresenta valores adequados de consistência interna para ambas as dimensões, sendo os valores médios de alfa de Cronbach para as 4 amostras analisadas de .79 para a dimensão *reavaliação cognitiva* e de .73 para a dimensão *supressão expressiva* (Gross & John, 2003). Já em relação à análise da estabilidade temporal do ERQ, foram obtidos valores de .69 para ambas as dimensões para um intervalo de 3 meses. A validade convergente e discriminante do ERQ tem sido amplamente demonstrada, com a *supressão expressiva* a estar associada a um pior funcionamento psicológico (*e.g.*, sentimentos de inautenticidade, níveis elevados de ruminação, a mais sintomas depressivos, a uma baixa extroversão, a um menor optimismo, auto-estima e satisfação com a vida, a níveis mais baixos de atenção, clareza e de uma regulação emocional eficaz, a relacionamentos sociais pouco satisfatórios e à menor experiencição e expressão de emoções positivas e experienciam mais emoções negativas) e, pelo contrário, a *reavaliação cognitiva* a estar associada a um melhor funcionamento psicológico (*e.g.*, a menos sintomas depressivos, a uma regulação emocional mais eficaz, a um baixo neuroticismo, a um optimismo e auto-estima mais elevados e a uma maior satisfação com a vida, a relacionamentos sociais mais satisfatórios e a uma maior experiencição e expressão de emoções positivas e a uma menor experiencição e expressão de emoções negativas). As diferenças entre as duas estratégias levaram os autores a considerar que a supressão expressiva é uma estratégia de regulação emocional menos eficaz que a reavaliação cognitiva (Gross & John, 2003)⁶².

Escala de Auto-Compaixão (SCS: Self-Compassion Scale; Neff, 2003a; versão portuguesa de Castilho, 2011; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011;). O SCS é um questionário de auto-resposta que avalia o traço de auto-compaixão. Numa primeira fase, a estrutura dimensional do SCS foi investigada através da condução de três análises factoriais exploratórias, respectivamente, para cada um dos três componentes bipolares teóricos conceptualizados no modelo teórico de auto-compaixão apresentado por Neff (2003a, 2003b): (i) *auto-bondade* versus *auto-julgamento*, (ii) *humanidade comum* versus *isolamento* e (iii) *mindfulness* versus *sobre-identificação*. Numa segunda fase, após a remoção dos itens que apresentavam cargas factoriais < .40 nas análises factoriais exploratórias conduzidas (e que conduziu à manutenção de apenas 26 itens dos 71 que compunham originalmente a medida), foram conduzidas três análises factoriais confirmatórias numa amostra de estudantes universitários ($n=391$), novamente uma para cada um dos componentes teóricos bipolares hipotetizados. A análise factorial confirmatória conduzida para o componente bipolar *auto-bondade* versus *auto-julgamento* revela que o melhor ajustamento é obtido para o modelo composto por dois factores interligados (e não um como previsto pela autora da escala), que passaram a ser nomeados por *auto-bondade* (5 itens; *e.g.*, “Tento ser carinhoso (a) comigo próprio (a) quando estou a sofrer emocionalmente”) e *auto-julgamento* (5 itens; *e.g.*, “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”). A segunda análise factorial, relativa ao componente bipolar *humanidade comum* versus *isolamento* demonstra igualmente que o melhor ajustamento é obtido para o modelo composto por dois factores interligados (e não apenas por um como previamente hipotetizado), que passaram a ser designados por *humanidade comum* (4 itens; *e.g.*, “Quando as coisas me correm mal vejo as dificuldades como fazendo parte da vida, e pelas quais toda a gente passa”) e *isolamento* (4 itens; *e.g.*, “Quando penso acerca das minhas inadequações e defeitos sinto-me mais separado (a) e desligado (a) do resto do mundo”). A terceira análise factorial conduzida para o componente bipolar *mindfulness* versus *sobre-identificação* demonstra igualmente que o melhor ajustamento é conseguido para o modelo composto por dois factores interligados (e não apenas por um), designados por *mindfulness* (4 itens; *e.g.*, “Quando alguma coisa me aborrece ou entristece tento manter o meu equilíbrio emocional (controlo as minhas emoções”) e *sobre-identificação* (4 itens; *e.g.*, “Quando me sinto “em baixo” tendo a fixar-me e a ficar

⁶² Não foram ainda publicados estudos relativos à validação do instrumento para a língua portuguesa.

obcecado (a) com tudo aquilo que está errado”). Neste sentido, os resultados das análises factoriais conduzidas demonstraram que a SCS é composta por seis sub-escalas independentes e não mutuamente exclusivas. Contudo, dado que as seis sub-escalas apresentam uma elevada inter-correlação, Neff (2003a) conduziu uma nova análise factorial confirmatória com o propósito de investigar a possibilidade das diferentes sub-escalas poderem ser integradas num factor de ordem superior. A este respeito os resultados obtidos forneceram evidências de que a auto-compaixão pode ser conceptualizada como um traço de 2.^a ordem que resulta da combinação de diferentes sub-traços (Neff, 2003a). As instruções com vista ao preenchimento do questionário solicitam ao respondente que assinale a frequência com que age do modo como está descrito em cada um dos 26 itens da escala (*i.e.*, se relaciona consigo próprio), utilizando para isso uma escala de Likert de 5 pontos (1=“quase nunca”; 5=“quase sempre”). Pontuações elevada reflectem uma maior presença de cada uma das dimensões de auto-compaixão, sendo possível igualmente somar as médias obtidas para cada um dos factores (após a inversão dos itens que compõem as dimensões negativas) para criar um total de auto-compaixão. As análises conduzidas demonstraram que a SCS apresenta uma boa consistência interna quer para as seis sub-escalas ($\alpha_{\text{(auto-bondade)}} = .78$, $\alpha_{\text{(auto-julgamento)}} = .77$, $\alpha_{\text{(humanidade comum)}} = .80$, $\alpha_{\text{(isolamento)}} = .79$, $\alpha_{\text{(mindfulness)}} = .75$, $\alpha_{\text{(sobre-identificação)}} = .81$) quer para o total ($\alpha_{\text{(total)}} = .92$). No sentido de avaliar a validade de constructo, a autora da medida calculou ainda os coeficientes de correlação de Pearson entre o SCS e outros instrumentos de auto-resposta, entre os quais, a sub-escala de auto-criticismo do *Depressive Experiences Questionnaire* (Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976), *Social Connectedness Scale* (Lee & Robbins, 1995), e o *Trait-Meta Mood Scale* (Salovey et al., 1995). Já numa segunda amostra de estudantes universitários ($n=232$) Neff (2003a) verificou que o SCS apresenta uma elevada fidelidade temporal para um intervalo de 3 semanas: $r_{\text{(auto-bondade)}} = .88$, $r_{\text{(auto-julgamento)}} = .88$, $r_{\text{(humanidade comum)}} = .80$, $r_{\text{(isolamento)}} = .85$, $r_{\text{(mindfulness)}} = .85$, $r_{\text{(sobre-identificação)}} = .81$ e $r_{\text{(total)}} = .88$.

As características psicométricas da versão portuguesa da SCS foram investigadas numa ampla amostra que resultou da junção de uma amostra de estudantes universitários ($n=928$), uma amostra da população geral ($n=200$) e de uma amostra clínica mista ($n=316$). A amostra factorial confirmatória conduzida revelou que o modelo teórico composto pelas seis sub-escalas de auto-compaixão propostas por Neff (2003a) apresenta um bom ajustamento à matriz de dados. À semelhança da medida original, a versão portuguesa apresenta valores de alfa de Cronbach indicativos de uma boa consistência interna para cada uma das sub-escalas ($\alpha_{\text{(auto-bondade)}} = .88$, $\alpha_{\text{(auto-julgamento)}} = .88$, $\alpha_{\text{(humanidade comum)}} = .82$, $\alpha_{\text{(isolamento)}} = .83$, $\alpha_{\text{(mindfulness)}} = .77$, $\alpha_{\text{(sobre-identificação)}} = .82$) e para o total ($\alpha_{\text{(total)}} = .73$). Já a fidedignidade temporal da versão portuguesa do SCS foi testada numa amostra de estudantes universitários ($n=34$) tendo sido encontrado uma coeficiente de correlação teste-reteste de .78 para o total da escala para um intervalo de 4 semanas indicativo de uma aceitável estabilidade temporal do instrumento. Por último, a validade convergente e divergente foi testada separadamente na amostra não-clínica ($n=1128$) e na amostra clínica ($n=316$), através do estudo dos coeficientes de correlação de Pearson entre o SCS e outros instrumentos de auto-resposta, nomeadamente o *Depression Anxiety and Stress Scales* (Lovibond & Lovibond, 1995), *Social Comparison Scale* (Allan & Gilbert, 1995), *Other as Shamer Scale* (Allan et al., 1994; Goss et al., 1994) e o *General Health Questionnaire* (Goldberg & Hillier, 1979). Na presente investigação optou-se por obter dois índices compósitos da medida _ que foram designados, respectivamente, por *auto-compaixão* (resultante da soma dos três factores positivos: auto-bondade, humanidade comum e *mindfulness*) e por *auto-frieza* (resultante da soma dos três factores negativos: auto-julgamento, isolamento e sobre-identificação)_ em vez de um total para a escala. Esta opção, (assim como a designação atribuída aos dois compósitos assim obtidos) tem sido adoptada por outras investigações (*e.g.*, Gilbert, McEwan, Matos, & Rivis, 2011; Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman, & Glover, 2008) com base na ideia de que as emoções positivas de compaixão e as emoções negativas de ameaça e perda estão possivelmente associadas a diferentes sistema de regulação do afecto (Gilbert, 2005a, 2009a) e como o demonstram estudos de imagiologia (com recurso à ressonância magnética

funcional) que sugerem que as emoções positivas (de compaixão) e as negativas (de ameaça e perda) têm substractos fisiológicos cerebrais distintos (Longe et al., 2010).

Escala de Atenção e Consciência Plena (MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*; Brown, & Ryan, 2003; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2013). O MAAS é um questionário de auto-resposta que avalia as diferenças individuais na qualidade disposicional do *mindfulness*, nomeadamente, no que diz respeito à tendência geral ou extensão, com que o respondente está atento e consciente, de modo aberto e receptivo, às experiências que ocorrem no momento presente, no seu dia-a-dia. O MAAS é composto por 15 itens que abrangem os domínios cognitivo, emocional, físico, interpessoal e geral, sendo solicitado aos respondentes que avaliem, quão frequente ou infrequentemente, eles têm experiências de agir em ‘piloto automático’, de estarem preocupados, ou de se comportarem sem pensar e sem prestar atenção ao momento presente (e.g., “Posso estar a sentir uma emoção e só ter consciência disso mais tarde”, “Parto ou entorno coisas por descuido, por não prestar atenção ou por estar a pensar noutra coisa qualquer”), utilizando para esse efeito uma escala tipo Likert de 6 pontos (1= “quase sempre”; 6= “quase nunca”). A escala foi desenvolvida de modo a que pontuações mais elevadas reflectissem níveis mais elevados de presença do traço de *mindfulness*. A estrutura unidimensional do MAAS foi comprovada pelos autores da medida através de uma análise factorial exploratória e de uma análise factorial confirmatória (Brown & Ryan, 2003). No seu estudo os autores verificaram que o MAAS apresenta uma boa consistência interna ($\alpha \geq .82$) e uma elevada estabilidade temporal para um intervalo de 4 semanas. A validade convergente e discriminante do MAAS foi investigada por estes autores a partir das correlações que apresenta com outras medidas entre as quais o *NEO Personality Inventory - Openness to Experience* e o *NEO Five-Factor Inventory - Openness to Experience* (Costa & McCrae, 1992), *Trait Meta-Mood Scale* (Salovey et al., 1995), *Mindfulness/Mindlessness Scale* (Bodner & Langer, 2001), *Self-Consciousness Scale* (Fenigstein, Scheier, & Buss, 1975), *Rumination-Reflection Questionnaire* (Trapnell & Campbell, 1999), *Self-Monitoring Scale-Revised* (Snyder & Gangestad, 1986), *Need for Cognition* (Cacioppo, Petty, & Kao, 1984), *Absorption* (Tellegen, 1982), o *Marlowe-Crowne Social Desirability Inventory* (Crowne & Marlowe, 1960) e o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Lie Scale* (Hathaway & McKinley, 1989).

O MAAS foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Gregório e Pinto-Gouveia (2013). As duas análises factoriais confirmatórias que conduziram em amostras da população geral ($n=530$ e $n=614$) sugerem que a versão portuguesa do questionário apresenta uma estrutura e composição semelhante à medida original (à excepção do item 13, cujos indicadores de ajustamento local conduziram à sua eliminação, em ambas as análises, apesar de a este respeito os autores ressaltarem a necessidade de serem conduzidos mais estudos antes de ser derivada uma conclusão sobre a manutenção do item ou não na versão portuguesa do instrumento). A versão portuguesa do MAAS apresenta boa consistência interna, com alfas de Cronbach de .90 e .89 a serem reportados em relação às suas amostras em estudo, A validade convergente e divergente da versão portuguesa foi investigada a partir da magnitude e da significância das correlações que apresenta com outros instrumentos de medida, designadamente o *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2011), o *Positive and Negative Affect Schedule* (Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), o *Depression, Anxiety and Stress Scales – short version* (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), *White Bear Suppression Inventory* (Wegner & Zanakos, 1994; versão portuguesa de Pinto-Gouveia & Albuquerque, 2007), *Rumination Response Scale – short version* (RRS-S: Treynor, Gonzales, & Nolen-Hoeksema, 2003; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011), o *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1975; versão portuguesa de Canavarro, 1999).

Escala de Experiências Dissociativas – II (DES-II: *Dissociative Experiences Scale*; Carlson & Putnam, 1993; traduzido para a língua portuguesa por Dinis, Matos, & Pinto Gouveia, 2008). O DES-II é um questionário de auto-resposta que foi desenvolvido com o intuito de poder ser usado como “ferramenta clínica para ajudar a identificar doentes como psicopatologia dissociativa e como uma ferramenta de investigação que fornece um modo de quantificar a experiência dissociativa” (Carlson & Putman, 1993, p.16), sendo que os autores alertam para o facto de que a mesma não deve ser utilizada como um meio de diagnóstico clínico. O DES-II é uma medida de traço que visa avaliar a frequência com que os respondentes vivenciam experiências dissociativas na sua vida diária. Em particular, os itens incluem experiências que reflectem perturbações na memória, identidade, consciência e cognição. É solicitado aos respondentes que mensurem com que frequência cada uma das experiências dissociativas lhes aconteceu, classificando com uma escala que varia entre 0 (“nunca me aconteceu”) a 100 (“está sempre a acontecer-me”) a percentagem de tempo que teve essa experiência fora dos momentos em que possa estar sob influência do álcool ou de drogas. A escala de classificação tem 11 opções de resposta (e.g., 0%, 10%, 20%, 30% até 100%), sendo que para se proceder à cotação o zero é removido da percentagem (e.g., 50%=5) e em seguida calcula-se a média do somatório de todos os itens. Adicionalmente é ainda possível a obtenção de resultados parcelares relativos aos três factores que compõem a escala. Em particular, a investigação à estrutura interna do DES original, conduzida numa ampla amostra não-clínica e clínica ($n=1574$), sugeriu a existência de três dimensões (e.g., Carlson et al., 1991): *amnésia dissociativa* (8 itens que avaliam a perda de memória; e.g., “Algumas pessoas, às vezes, dão por si num lugar e não têm ideia nenhuma de como lá chegaram”), *absorção e envolvimento imaginativo* (9 itens que avaliam a experiência de se estar tão preocupado ou absorvido por algo que ocorre uma distração sobre o que se está a passar à volta; “Algumas pessoas estão a ouvir alguém falar e, de repente, apercebem-se que não ouviram parte ou tudo do que lhes foi dito”), *despersonalização/desrealização* (6 itens que avaliam a despersonalização que se refere à experiência de se sentir desligado de si próprio e os processos mentais ou o sentido de irrealidade do eu e a desrealização é o sentido de perda da realidade do ambiente imediato; e.g., “Algumas pessoas, às vezes, sentem-se como se estivessem ao lado delas próprias ou a se observarem a si mesmas a fazer qualquer coisa. Ou seja, elas realmente vêem-se como se estivessem a olhar para outra pessoa”; “Algumas pessoas, às vezes, sentem que as outras pessoas, outros objectos e o mundo à sua volta não são reais”). E apesar de alguns autores terem apenas encontrado indicação para a existência de um único factor (Fischer & Elnitsky, 1990), a estrutura tri-factorial da versão original do DES foi encontrada em outros estudos com amostras não-clínicas, ainda que nestes casos tenha sido obtida uma composição diferente (e.g., Schwartz & Frischholz, 1991; Ross, Joshi, & Currie, 1991). A este respeito Carlson e Putnam, (1993) colocam a possibilidade do modelo tri-factorial traduzir a existência de diferenças na frequência com que os respondentes endossam determinados itens (endossam como ocorrendo mais frequentemente os itens que traduzem experiências de absorção, seguindo-se experiências de desrealização e despersonalização e com uma menor frequências experiências de amnésia selectiva) e não necessariamente a existência de factores/ sub-componentes distintos de dissociação. No entanto, em amostras de estudantes universitários tem sido encontrado um número que varia entre os 4 e os 7 factores (e.g., Ray, 1996; Ray, June, Turaj, & Lundy, 1992, Ray & Faith, 1995). O DES apresenta uma excelente consistência interna (e.g., $\alpha=.95$; Frischholz et al., 1990), uma elevada estabilidade temporal (e.g., $r=.84$, $p < .001$ para um intervalo de 4 a 8 semanas; Bernstein & Putnam, 1986; $r=.96$, $p < .001$ para um intervalo de 4; Frischholz et al., 1990) e uma adequada validade convergente (e.g., Frischholz, Braun, Sachs, Schwartz, Lewis, Schaeffer, et al., 1991) e discriminante (e.g., Bernstein & Putnam, 1986; Ross et al., 1990) sendo contudo necessários estudos que investiguem as características psicométricas da versão mais recente do instrumento (cujas alterações em relação à original se devem sobretudo aos procedimentos de classificação dos itens).

Questionário de Aceitação e Acção – II (AAQ-II: *Acceptance and Action Questionnaire-II*; Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012). O AAQ-II é um questionário de auto-resposta que consiste na versão mais recente do AAQ-I (Hayes et al., 2004a), inicialmente composto por 9 ou 16 itens dependendo da versão utilizada (Bond & Bunce, 2003; Hayes et al., 2004b). À semelhança do AAQ-I, também o AAQ-II foi desenvolvido tendo por base a Terapia de Aceitação e Compromisso e assume o mesmo propósito, o de avaliar o constructo de evitamento experiencial, e por sua extensão, o de inflexibilidade psicológica. As análises factoriais exploratórias e confirmatórias conduzidas aos 10 itens que compunham a escala forneceram evidências para a existência de um único factor que, na sua versão final, passou a integrar apenas 7 itens⁶³ (Bond et al., 2011). É solicitado aos respondentes que classifiquem o seu grau de concordância em relação a cada uma das afirmações (*e.g.*, “As minhas experiências e memórias dolorosas dificultam que eu viva uma vida que valorize”; “Não ser capaz de controlar as minhas preocupações e sentimentos é algo que me preocupa”) utilizando uma escala de resposta tipo Likert de 7 pontos (1=“nunca verdadeiro”; 7=“sempre verdadeiro”). Assim, pontuações mais elevadas são sugestivas da presença de níveis mais elevados de inflexibilidade psicológica e de evitamento experiencial. O estudo das características psicométricas revelou que o AAQ-II apresenta uma boa consistência interna (a variar $\alpha = .78$ e $\alpha = .88$, sendo o valor médio de alfa de Cronbach encontrado de .84 no conjunto das seis amostras que foram analisadas), uma fidelidade temporal elevada ($r = .81$, para um intervalo de 3 meses e de $r = .79$, para um intervalo de 12 meses) e uma adequada validade predictiva, discriminante, bem como convergente, tal como demonstrado pela forte associação que o AAQ-II apresenta com medidas que avaliam os sintomas depressivos, ansiosos e associados ao stresse, de supressão do pensamento e de sofrimento psicológico (Bond et al., 2011). Por fim, os autores da versão original demonstraram que apresentando uma melhor consistência interna, o AAQ-II avalia o mesmo constructo que o AAQ-I ($r = .97$).

Na validação da medida para a população portuguesa (Pinto-Gouveia et al., 2012) foi conduzida uma análise factorial exploratória numa ampla amostra da população geral ($n=753$), que à semelhança do que se verificou na versão original, revelou a existência de dois factores (no primeiro factor agrupavam-se 7 itens cujo conteúdo estava formulado na negativa e no segundo factor apenas os 3 itens cujo conteúdo estava formulado no sentido oposto). Dado que a estrutura e composição da versão portuguesa do instrumento replicava na integra o que havido sido obtido na versão original, e pelo facto do segundo factor contribuir apenas marginalmente para a variância explicada e apresentar um valor inaceitável de consistência interna, os três itens (à semelhança do que aconteceu na versão original da escala) foram igualmente removidos na versão portuguesa do AAQ-II (Pinto-Gouveia et al., 2012). Duas análises factoriais confirmatórias (uma conduzida numa amostra da população geral com um $n=409$ e outra numa amostra clínica $n=275$) confirmaram a estrutura unidimensional da escala composta por 7 itens. Os resultados mostram ainda uma excelente consistência interna nas três amostras em estudo ($\alpha = .90$ e de $\alpha = .89$ para as amostras não-clínicas e de $\alpha = .90$ para a amostra clínica) e boa validade convergente e divergente analisada em ambas as amostras da população geral, com medidas de regulação emocional (Escala de Dificuldades na Regulação Emocional/ *Difficulties in Emotion Regulation Scale*; Gratz & Roemer, 2004, versão portuguesa de Veloso, Pinto-Gouveia, & Dinis, 2011), ruminação (Escala de Respostas Ruminativas-versão reduzida/ *The Ruminative Response Scale-short version*; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003; versão portuguesa de Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011), supressão cognitiva (Inventário de Supressão do Urso Branco/ *White Bear Suppression Inventory*; Wegner & Zanakos, 1994; versão portuguesa de Pinto-Gouveia & Albuquerque, 2011), sintomatologia ansiosa, depressiva e associada ao stresse (Escala de Depressão Ansiedade e Stress-versão reduzida/ *The short-form version of the Depression, Anxiety and Stress Scales*; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), afecto positivo e afecto

⁶³ Os autores da versão original da medida (Hayes et al., 2004a) optaram pela remoção dos três itens que saturavam num segundo factor por considerarem que tal se devia à formulação do conteúdo dos itens e não há real existência de um factor distinto do primeiro.

negativo (Escala de Afecto Positivo e Negativo/ *Positive and Negative Affect Schedule*; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) vergonha externa (Escala da Vergonha provocada pelos Outros/ *Other as Shamer Scale*; Allan, Gilbert, & Goss, 1994; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; traduzido para a língua portuguesa por Lopes, Castilho, & Pinto-Gouveia, 2005; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011), auto-compaixão (Escala de Auto-Compaixão/ *Self-Compassion Scale*; Neff, 2003a; versão portuguesa de Castilho, 2011; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011) e *mindfulness* (Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness/ *Five Facet Mindfulness Questionnaire*; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2011).

Escala de Proximidade e Ligação aos Outros (SSPS: *Social Safeness and Pleasure Scale*; Gilbert et al., 2009b; traduzido para a língua portuguesa por Dinis, Matos, & Pinto-Gouveia, 2009). A SPSS consiste num instrumento de auto-resposta que foi desenvolvido para avaliar a extensão em que os respondentes avaliam o seu mundo social (*i.e.*, das relações sociais) como sendo seguro, caloroso e tranquilizador. Os 11 itens compõem a escala remetem sentimentos de pertença, ligação, aceitação, suporte e calor/compreensão no seu mundo social (*e.g.*, “Sinto-me facilmente acalmado/ tranquilizado pelos que estão à minha volta”, “Sinto que as pessoas com quem me relaciono me tratam calorosamente”). A análise factorial exploratória com rotação promax conduzida numa amostra de estudantes universitários (n=202) revelou a existência de uma estrutura unifactorial. É solicitado aos respondentes que assinalem o seu grau de concordância em relação a cada uma das afirmações, de acordo com uma escala de tipo Likert de 5 pontos (1= “quase nunca”; 5= “quase sempre”). Assim, pontuações elevadas são sugestivas da presença de mais afecto positivo associado à experiência do mundo social como sendo seguro, caloroso e tranquilizador. O estudo de validação da versão original da escala foi efectuado em duas amostras distintas (uma amostra de estudantes universitários e uma amostra clínica de doentes com perturbação bipolar) sendo que em ambas as amostras o SPSS revelou possuir uma elevada consistência interna ($\alpha = .91$). Um estudo transversal, conduzido numa amostra de estudantes universitários, demonstrou que SPSS se correlacionava negativamente com medidas de depressão, ansiedade e hostilidade e positivamente a medida que avaliam o contentamento e o amor (Gilbert, 2010).

Escala de Afecto Positivo e Negativo (PANAS: *Positive and Negative Affect Schedule*; Watson, Clark, & Tellegen, 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). O PANAS é uma escala de auto-resposta constituída por 20 itens que avaliam a experiência emocional e que se dividem em duas sub-escalas/ duas dimensões emocionais: o *afecto positivo* (AP) que contém 10 itens/ adjectivos emocionais (*e.g.*, “interessado”, “excitado”, “agradavelmente surpreendido”) e o *afecto negativo* (AN) 10 itens/ adjectivos emocionais (*e.g.*, “perturbado”, “atormentado”, “culpado”). As instruções para classificar os itens/ adjectivos podem ser alteradas para reflectir diferentes períodos temporais (“agora, ou seja, neste momento”, “hoje”, “durante os últimos dias”, “durante a última semana”, “durante as últimas semanas”, “durante o último ano” e “geralmente, ou seja, em média”), sendo que na presente dissertação, se solicitou aos participantes que avaliassem a extensão em que experienciaram cada emoção, “durante as últimas semanas”, utilizando para esse efeito uma escala de resposta de *Likert* de 5 pontos (1=“nada ou muito ligeiramente”; 5=“extremamente”). De modo a interpretar os resultados relativos às duas dimensões os autores explicam que um *afecto positivo* elevado se caracteriza por um estado de elevada energia, total concentração, e pela presença de afectos de valência agradável (*e.g.*, entusiasmado, activo), enquanto que um baixo afecto positivo se caracteriza pela presença de tristeza e letargia. Já no caso do *afecto negativo*, pontuações elevadas reflectem habitualmente de um estado de perturbação subjectiva e de elevada activação de afectos de valência desagradável e aversiva (*e.g.*, raiva, desprezo), enquanto baixas pontuações de afecto negativo reflectem um estado de acalmia e

serenidade (Watson et al., 1988, p. 1063). No estudo original, os autores obtiveram, em amostras maioritariamente constituídas por estudantes, valores de consistência interna a variar entre o bom e o excelente para todos os períodos temporais, e para ambas as sub-escalas (a variar entre $\alpha=.86$ e $\alpha=.90$ para o *afecto positivo* e entre $\alpha=.84$ e $\alpha=.87$ para o *afecto negativo*). No caso particular, do período temporal que foi usado na presente dissertação os autores do instrumento original encontraram valores de consistência interna de $\alpha_{(afecto\ positivo)}=.87$ e $\alpha_{(afecto\ negativo)}=.87$. Os autores verificaram ainda que as sub-escalas fornecem medidas independentes dadas as magnitudes, a variar entre baixas a moderadas (a variar entre $r=-.12$ e $r=-.23$), encontradas quando se correlacionaram as duas dimensões para todos os períodos temporais. O PANAS apresenta igualmente uma elevada estabilidade temporal para um intervalo de 2 meses (valores de correlação teste-reteste a variar entre .47 e .68 para o *afecto positivo* e entre .39 e .71 para o *afecto negativo*) tendo em consideração os diferentes períodos temporais em que a escala pode ser aplicada (tendo sido contudo obtidos valores de correlação teste-reteste mais elevados para os períodos temporais mais alargados, ou seja, quando os participantes são questionados a responder de acordo com o modo como se sentiram “durante as últimas semanas”, “durante o último ano” ou “geralmente, ou seja, em média”). A validade do PANAS foi demonstrada a partir das correlações que apresenta com outros instrumentos que medem estados emocionais (e.g., escalas de afecto positivo e de afecto negativo de Diener & Emmons, 1984) e com medidas de psicopatologia (e.g., o *Beck Depression Inventory* de Beck et al., 1961 e o *State-Trait Anxiety Inventory State - Anxiety Scale* de Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970).

Na adaptação da escala para a população portuguesa Galinha e Pais-Ribeiro (2005) seguiram a mesma metodologia dos autores originais solicitando a uma amostra de estudantes universitários que assinalassem em que medida experienciaram cada uma das emoções apresentadas em dois períodos temporais distintos (“durante os últimos dias” e “durante as últimas semanas”) utilizando para esse efeito a escala de Likert de 5 pontos usada pelos autores originais. A versão final obtida para a língua portuguesa reproduz grandemente a medida original dado que a maioria dos itens (13 dos 20 itens) que a compõem são a tradução ou sinónimos dos itens da escala original e distribuem-se igualmente por duas dimensões, uma que avalia o *afecto positivo* e outro que avalia o *afecto negativo*. Na versão portuguesa foram obtidos valores de alfa de Cronbach de .86 (*afecto positivo*) e de .89 (*afecto negativo*) selhantes aos da medida original e igualmente a ortogonalidade entre as duas dimensões dada a correlação de baixa magnitude ($r=-.10$) entre elas encontrada (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Escalas de Ansiedade Depressão e Stresse (DASS-42: *Depression Anxiety Stress Scales*, Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). O DASS-42 é um questionário de auto-resposta, constituído por 42 itens, que se distribuem equitativamente (segundo análises factoriais exploratórias e confirmatórias conduzidas) por três dimensões, que avaliam respectivamente estados afectivos de *depressão* que se caracterizam pelo desânimo, disforia, auto-depreciação, desvalorização da vida, falta de interesse ou envolvimento, anedonia e inércia (14 itens; e.g., “Não consegui sentir nenhum sentimento positivo”, “Parecia-me não estar a conseguir ir mais além”), de *ansiedade* que se caracteriza pela hiper-estimulação do sistema autonómico, ansiedade situacionais, efeitos músculo-esqueléticos e experiências subjectivas de ansiedade (14 itens; e.g. “Senti a minha boca seca”, “Senti dificuldades em respirar”), e de *stresse* caracterizados pela activação crónica não específica que é experimentada tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos e que engloba a dificuldade em relaxar, a facilidade em ficar agitado/ aborrecido, a activação nervosa, impaciência, e a reacção exagerada/ irritável (14 itens; e.g., “Dei por mim a ficar aborrecido (a) com coisas triviais do dia-a-dia”, “Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações”). É solicitado aos respondentes que avaliem a extensão em que experimentaram cada sintoma emocional negativo “durante a semana passada”, numa escala de Likert de 4 pontos (0=“não se aplicou nada a mim”; 3 =“aplicou-se a mim a maior parte

das vezes”). Pontuações elevadas em cada uma das sub-escalas reflectem uma maior frequência ou gravidade dos sintomas emocionais negativos de depressão, ansiedade e stresse. Na versão original, os autores obtiveram, numa ampla amostra não-clínica, valores indicativos de uma boa a excelente consistência interna para as diferentes sub-escalas, $\alpha_{(\text{depressão})}=.91$, $\alpha_{(\text{ansiedade})}=.84$ e $\alpha_{(\text{stresse})}=.90$ (Lovibond & Lovibond, 1995), sendo estes valores similares aos obtidos, posteriormente, em amostras clínicas (Antony, Bieling, Cox, Enns, & Swinson, 1998; Brown, Chorpita, Korotitsch, & Barlow, 1997). O DASS-42 apresenta ainda uma adequada validade convergente e discriminante comprovada pelas magnitudes de correlações encontradas entre o DASS-42 e medidas que avaliam sintomas depressivos e ansiosos (Lovibond & Lovibond, 1995), respectivamente, o *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961) e o *Beck Anxiety Inventory* (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988).

Os autores da versão portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004) confirmaram numa amostra de estudantes universitários a existência de uma estrutura tridimensional (através de uma análise em componentes principais com rotação oblíqua forçada a três factores). O facto da distribuição dos itens pelos factores se ter revelado similar ao padrão obtido na escala original justifica, no entender dos autores da versão portuguesa, a existência de uma equivalência conceptual entre as duas versões (Pais-Ribeiro et al., 2004). Na versão portuguesa da escala encontraram-se valores de consistência interna idênticos aos obtidos na medida original ($\alpha_{(\text{depressão})}=.93$, $\alpha_{(\text{ansiedade})}=.83$ e $\alpha_{(\text{stresse})}=.88$). E apesar de em relação à validade convergente e divergente não terem sido reportados resultados, segundo os autores a “inspecção da validade convergente-discriminantes dos itens confirma a existência de uma equivalência funcional satisfatória para a versão Portuguesa das escalas” (Pais-Ribeiro et al., 2004, p. 241).

Inventário de Depressão de Beck (BDI: *Beck Depression Inventory*: Beck et al., 1961 para a versão do clínico e Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979 para a versão de auto-resposta; versão portuguesa de Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b). Na presente investigação foi utilizado o BDI enquanto questionário de auto-resposta, composto por 21 itens, que permite avaliar a intensidade e severidade dos sintomas depressivos, nos seus diferentes componentes (e.g., afectivo, cognitivo, comportamental, somático e motivacional). É solicitado aos respondentes que escolham uma das alternativas de resposta (de gravidade crescente) para cada um dos itens que compõem a medida de acordo com “a forma como se sente no momento actual”. Como tal, e em função da escolha efectuada, para cada grupo de afirmações, os itens são cotados (podendo existir mais do que uma afirmação com a mesma cotação) numa escala de 4 pontos (0=“inexistente”; 3=“grave”), indicativo do grau de severidade dos sintomas de depressão que estão presentes (e.g., “Não tenho a sensação de ter fracassado” cotado como 0; “Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)” cotado como 3). Os 21 itens permitem avaliar a presença de tristeza, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimento de culpa, sentimento de punição, auto-depreciação, auto-acusação, desejo suicida, crises de choro, irritabilidade, retracção social, indecisão, distorção da imagem corporal, incapacidade de trabalhar, perturbação do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupações somáticas (hipocondria) e diminuição da libido. No final procede-se à soma das pontuações obtidas nos 21 itens de modo a obter um índice de depressão. As propriedades psicométricas do BDI foram investigadas por Beck, Steer e Garbin (1988), que após realizarem uma meta-análise na qual incluíram estudos conduzidos nos 25 anos anteriores, concluíram que o BDI apresenta uma boa consistência interna (valor médio de alfa de Cronbach de .86 para amostras psiquiátricas). O BDI apresenta ainda uma adequada validade de critério tal como demonstrado pela magnitude das correlações apresentadas com outras medidas de depressão incluindo a *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960) e a *Zung Scale* (Zung, 1965). O BDI é um instrumento de medida amplamente utilizado em Portugal, tanto em contexto clínico como em

investigação, tendo já sido demonstrado que a versão portuguesa do instrumento evidencia igualmente boas características psicométricas (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b).

Questionário de Personalidade Borderline (BPQ: *Borderline Personality Questionnaire*; Poreh, Rawlings, Claridge, Freeman, Faulkner, & Shelton, 2006; traduzido para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia & Duarte, 2007). O BPQ é um questionário de auto-resposta que contém 80 itens que avaliam os traços de personalidade borderline tal como se encontram definidos nos critérios de diagnóstico que constam no DSM-IV (APA, 1994). Como tal, os 80 itens encontram-se distribuídos por 9 dimensões, que representam cada um dos critérios clínicos de diagnóstico: 1) *impulsividade* (9 itens; e.g., “Faço frequentemente coisas sem pensar bem nelas”); 2) *instabilidade afectiva* (10 itens; e.g., “Fico muitas vezes deprimido ou ansioso inesperadamente”), 3) *abandono* (10 itens; e.g., “As pessoas abandonam-me frequentemente”), 4) *relacionamentos* (8 itens; e.g., “Raramente fui desiludido pelos meus amigos” item invertido), 5) *auto-imagem* (9 itens; e.g., “Sinto-me inferior às outras pessoas”), 6) *suicídio e auto-mutilação* (7 itens; e.g., “Já ameacei magoar-me no passado”), 7) *vazio* (10 itens; e.g., “Não acredito que eu tenha capacidades para fazer alguma coisa na vida”), 8) *raiva intensa* (10 itens; e.g., “Raramente me enfureço com as outras pessoas” item invertido), e 9) *estados quasi-psicóticos* (7 itens; e.g., “Por vezes sinto que não sou real”). Para cada item é solicitado ao respondente que assinale em que medida é que cada afirmação “descreve o seu comportamento habitual” numa escala dicotómica (0=“não”/1=“sim”), sendo possível obter quer um total (que corresponde ao somatório de todos os itens após a devida conversão na cotação dos itens invertidos) ou nove resultados parciais (que correspondem ao somatório de todos os itens após a devida conversão na cotação dos itens invertidos para cada uma das nove sub-escalas). Em qualquer uma das opções, pontuações elevadas reflectem uma maior severidade desse traço ou do quadro clínico. Os autores da versão original do instrumento conduziram análises factoriais em componentes principais com rotação oblíqua, mas somente para o total das nove sub-escalas, em três amostras distintas de estudantes universitários, tendo obtido evidências de que as nove dimensões se distribuem por dois factores de composição similar (à excepção das sub-escalas suicídio/ auto-mutilação, raiva intensa e estados quasi-psicóticos que não apresentaram uma carga factorial mais elevada no mesmo factor para as três amostras. Já os valores obtidos de Kuder-Richardson (KR-20) que permite obter os valores de consistência interna para instrumentos de medida dicotómicos são sugestivos de uma boa consistência interna para as três amostras e para as diferentes sub-escalas, à excepção dos estados quasi-psicóticos (a variar entre .64 e .66 para o factor *impulsividade*, .74 e .89 para o factor *instabilidade afectiva*, .65 e .70 para o factor *abandono*, .70 e .83 para o factor *relacionamentos*, .68 e .79 para o factor *auto-imagem*, .71 e .81 para o factor *suicídio e auto-mutilação*, .73 e .81 para o factor *vazio*, .84 e .85 para o factor *raiva intensa*, .51 e .65 para o factor *estados quasi-psicóticos* e, por fim, entre .92 e .94 para o *total*). Os resultados obtidos pelos autores da versão original sugerem que o BPQ apresenta uma elevada validade convergente (analisada através das correlações que o total do BPQ estabelece com outro instrumento que avalia os sintomas borderlines, o *MMPI-2 Borderline Personality Disorder Scale*, Colligan, Morey, & Offord, 1994) e uma satisfatória validade discriminante (de acordo com os valores de correlação que apresenta com o *MMPI-2 Schizotypal Disorder Scale*, Colligan et al., 1994 e o *The Schizotypal Personality Questionnaire* - Raine, 1991).

1.6. Tratamento Estatístico dos Dados

Em todos os estudos empíricos foi utilizado um desenho transversal.

As análises estatísticas apresentadas na presente dissertação foram efectuadas com recurso a um *software* para tratamento estatístico dos dados, o *Predictive Analytics Software* versão 20.0 (PASW v.20;

IBM SPSS Inc., Chicago IL, USA) para as estatísticas descritivas e inferenciais. Alguns procedimentos estatísticos exigiram ainda a utilização de funcionalidades que podem ser acopladas a este programa. Em particular para as análises aos modelos de equações estruturais (análises factoriais confirmatórias e análise de trajectórias) foi utilizado o *Analysis of Moment Structures* versão 20.0 (AMOS v.20; IBM SPSS Inc., Chicago IL, USA).

Os procedimentos estatísticos adoptados na presente dissertação, assim como, as justificações que fundamentaram a sua escolha (em detrimento de outros existentes) e as vantagens associadas à sua utilização, são descritos em detalhe em cada um dos capítulos empíricos que integram a presente dissertação.

Capítulo 3

Avaliação das crenças acerca das emoções e das experiências de (in) validação emocional ocorridas durante a infância e adolescência: estudos preliminares

ESTUDO I. Contributo para o estudo das características psicométricas de uma medida de avaliação das crenças acerca das emoções: a Escala de Esquemas Emocionais de Leahy– versão modificada (LESS-M)

ESTUDO II. Contributo para o estudo das características psicométricas de uma medida de avaliação das experiências de validação e de invalidação emocional durante a infância e a adolescência: o Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional na Família (QEVE)

Contributo para o estudo das características psicométricas de uma medida de avaliação das crenças acerca das emoções: o Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – versão modificada (LESS-M)

Introdução

Nos últimos anos assistimos a um interesse crescente pelo papel das emoções e do processamento emocional nos modelos explicativos da psicopatologia (e.g., Greenberg & Paivio, 1997; Greenberg & Safran, 1987; Leahy, 2002a, 2007a, 2007b; Linehan, 1993; Wells, 2007). A este respeito é amplamente reconhecido o impacto determinante que as avaliações negativas que os indivíduos fazem acerca das emoções têm na escolha das estratégias de regulação emocional e no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (e.g., Castella, Goldin, Jazaieri, Ziv, Dweck, & Gross, 2013; Chapman et al., 2011; Leahy, 2002a; Leahy et al., 2011; Linehan, 1993; Manser, Cooper & Trefusis, 2012; Rimes & Chalder, 2010). Mas apesar de ser consensual a ideia de que o uso de estratégias de regulação emocional mal-adaptativas para lidar com as emoções implica, subjacentemente, uma avaliação negativa das mesmas (Linehan, 1993a; Hayes et al., 1996), esta associação não tem sido investigada. De facto, a maioria dos estudos encontrados na literatura centra-se, maioritariamente, na relação entre as diferentes estratégias de regulação emocional e a psicopatologia (e.g., uma revisão destes estudos é apresentada por Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012b; Gross & Thompson, 2007; John & Gross, 2004; Kring & Sloan, 2010; Nolen-Hoeksema & Aldao, 2011, entre outros). Uma explicação possível para a escassez de estudos que relacionam as crenças acerca das emoções com a regulação emocional e a psicopatologia, poderá ser a quase total inexistência de instrumentos de medida que tenham sido desenvolvidos com o propósito de avaliarem as crenças que os indivíduos têm acerca das suas emoções (como excepções encontramos Castella et al., 2013; Leahy, 2002a; Manser et al., 2012 e Rimes & Chalder, 2010), em comparação, com a diversidade de questionários de auto-resposta que existem para avaliar os diferentes estilos de *coping* e estratégias de regulação emocional (e.g., Carlson & Putnam, 1993; Folkman & Lazarus, 1988; Gratz & Roemer, 2004; Gross & John, 1998, 2003; Roger et al., 1993; Treynor et al., 2003; Wegner & Zanakos, 1994). Como tal, o desenvolvimento de instrumentos de medida que permitissem avaliar as crenças (avaliações e julgamentos) que os indivíduos têm acerca das suas emoções seria vantajoso quer para o aperfeiçoamento dos modelos explicativos da regulação emocional e da psicopatologia, como também, porque permitiria aferir em que medida é que a implementação de protocolos de tratamento que visassem a sua modificação resultaria na adopção de estratégias de regulação emocional mais adaptativas e numa redução dos sintomas psicopatológicos. De facto, é importante neste âmbito referir que diversas abordagens terapêuticas intervêm quer nas crenças negativas que os doentes têm acerca das suas emoções quer quanto aos padrões de resposta disfuncionais que implementam, ainda que o façam de forma mais ou menos explícita, mais ou menos directa e mais ou menos formal, recorrendo para isso a diferentes técnicas ou exercícios terapêuticos, sendo disso exemplo, a terapia cognitivo-comportamental (Beck, 2005), a terapia metacognitiva (Wells,

2007), a terapia focada na emoção (Greenberg & Safran, 1987), a terapia da aceitação e do compromisso (Hayes et al., 1999), a terapia cognitiva baseada no *mindfulness* (Segal et al., 2002), a terapia dialéctica comportamental (Linehan, 1993a) e a recente terapia dos esquemas emocionais (Leahy et al., 2011)⁶⁴. Esta última foi precisamente desenvolvida com o intuito de dar às emoções e ao processamento emocional (esquemas emocionais) um lugar de destaque nos modelos compreensivos da psicopatologia, e nesse sentido, coloca à disposição do terapeuta um conjunto de técnicas e exercícios que visam precisamente intervir nas crenças problemáticas e nas estratégias de regulação emocional disfuncionais que os doentes utilizam para lidar com os seus estados emocionais negativos (e.g., Leahy, 2003a, 2003c, 2007a, 2007b, 2007c, 2009; Leahy et al., 2011). Dado que um dos poucos instrumentos de medida, que permite avaliar as conceptualizações que os indivíduos têm acerca das suas emoções (o *Leahy Emotional Schemas Scale*, Leahy, 2002a), foi desenvolvido precisamente no âmbito desta terapia, em seguida, será fornecida uma breve explicação do modelo teórico subjacente à terapia dos esquemas emocionais e ao questionário de auto-resposta que foi criado para avaliar diferentes dimensões dos esquemas emocionais.

A terapia dos esquemas emocionais: a importância do constructo de esquema emocional na compreensão da psicopatologia

Reconhecendo a importância que as crenças acerca das emoções têm na escolha que os indivíduos fazem das estratégias de regulação emocional, bem como na explicação da psicopatologia e no próprio decorrer do processo psicoterapêutico Leahy (2002a, 2003a, 2003c, 2005a; Leahy et al., 2011) desenvolveu, recentemente, o modelo dos esquemas emocionais. Neste modelo, o conceito meta-experiencial de esquema emocional assume uma posição central (Leahy, 2002a, 2005a) e refere-se ‘aos planos, conceitos e estratégias que um indivíduo utiliza ‘em resposta’ a uma dada emoção’ (Leahy, 2002a, 2007d; Leahy et al., 2011; Silberstein et al., 2012). Assim, e à semelhança de outros modelos meta-cognitivos, este modelo conceptualiza as emoções como eventos experienciais multifacetados aos quais os indivíduos respondem diferencialmente (Gottman, Katz, & Hooven, 1996, 1997; Leahy, 2002, 2005, 2007d; Teasdale, 1999; Wells, 1995, 2009; Wells & Carter, 1999, 2001). De facto, não obstante as emoções poderem ser vistas como “eventos mentais” que ocorrem esporadicamente e involuntariamente (Leahy, 2011), os indivíduos apresentam diferentes perspectivas cognitivas acerca das suas experiências emocionais, ou seja, diferentes esquemas emocionais (Silberstein et al., 2012; Tirch et al., 2009). Por este motivo, o modelo dos esquemas emocionais pode ser descrito como sendo um modelo meta-emocional (Leahy, 2002a, 2007a) ou meta-experiencial da emoção (Leahy et al., 2011), ou dito de outro modo, como um modelo cognitivo-social no qual as emoções são o *objecto* da cognição social (Leahy, 2002a, 2003a, 2005a, 2007a, 2007d; Leahy et al., 2011).

Segundo o modelo dos esquemas emocionais para a psicopatologia apesar das emoções negativas desagradáveis, dolorosas e difíceis (e.g., tristeza, ansiedade, solidão, medo, raiva, remorsos, inveja, ressentimento) serem universais e um produto da evolução (na medida em que evoluíram porque forneceram uma vantagem adaptativa ao nos alertarem acerca dos perigos e informarem acerca das nossas necessidades), os indivíduos diferem quanto às crenças que possuem acerca da natureza das suas emoções, quanto à avaliação e interpretação que fazem do seu significado e quanto ao que acreditam serem as estratégias de resposta necessárias para ‘lidar’ com as mesmas (Leahy, 2003a, 2005a, 2009, 2011; Leahy et al., 2011). A avaliação e o julgamento que os indivíduos fazem acerca das suas emoções varia, por exemplo, de acordo com as crenças que possuem acerca da sua legitimidade, patologia, perigo, duração, compreensibilidade, necessidade de controlo, supressão ou expressão, tolerância pela complexidade e ambiguidade, ou outras dimensões interpretativas a partir das quais as

⁶⁴ Algumas destas abordagens terapêuticas encontram-se descritas mais detalhadamente no capítulo 1 da presente dissertação.

emoções podem ser avaliadas (Leahy, 2003a, 2001b, 2007a, 2009, 2011; Silberstein, Tirch, Leahy, & McGinn, 2012). Adicionalmente, os indivíduos também podem variar no grau em que acreditam que as suas emoções podem ser aceites, validadas e expressas, ou pelo contrário, em que acreditam que estas devem ser controladas, suprimidas, mantidas a uma distância emocional ou evitadas (Leahy, 2007d; Leahy et al., 2011). Dito de outro modo, os indivíduos variam nos seus padrões de resposta e nas tendências de acção que empregam (*e.g.*, ruminação, preocupação, dissociação, evitamento, escape, culpabilização) em resposta às suas emoções (Leahy, 2002a, 2012; Tirch et al., 2012). A este respeito Leahy e colaboradores postulam mesmo que os indivíduos variam quanto ao grau em que tentam “lidar com as suas emoções através do evitamento experiencial (*e.g.*, supressão, entorpecimento, evitamento, escape), “estratégias cognitivas” inúteis (*e.g.*, excessiva confiança na preocupação e ruminação) e procura de suporte social (estratégias de validação tanto adaptativas como mal-adaptativas)” (Leahy et al., 2011, p.19). Os indivíduos que interpretam negativamente as suas emoções e que recorrem ao evitamento cognitivo e emocional tendem a acreditar que não têm controlo sobre as suas emoções, que estas vão durar infindavelmente, e de que as mesmas não podem ser toleradas (Leahy, 2002a). Em consequência, podem entrar num ciclo vicioso no qual as suas interpretações negativas e as estratégias problemáticas se vão reforçando e contribuindo para a manutenção ou exacerbação do estado emocional (Leahy et al., 2011). De referir que apesar do modelo dos esquemas emocionais, ter sido até ao momento sobretudo aplicado às perturbações ansiosas e depressivas ele pode ser visto como um modelo clínico útil para a compreensão de uma variedade de perturbações mentais (Leahy, 2002a, 2007a, 2007b, 2010, 2011).

O Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy

O Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy (LESS - *Leahy Emotional Schemas Scale*, Leahy, 2002a)⁶⁵ é um instrumento de auto-resposta, desenvolvido no âmbito do modelo dos esquemas emocionais, e que permite avaliar o modo como os indivíduos conceptualizam as suas emoções. Este questionário foi desenvolvido, sobretudo, para poder ser utilizado como uma ferramenta clínica útil na identificação dos esquemas emocionais do doente que, por exemplo, podem interferir com a sua adesão à terapia ou com o decorrer do próprio processo psicoterapêutico (*e.g.*, Leahy, 2007c, 2009, 2010).

O LESS é composto por 14 dimensões teóricas, que representam diferentes formas do indivíduo avaliar, interpretar, julgar, controlar ou actuar sobre as suas próprias emoções (Leahy, 2011), com os 50 itens que compõem a escala, a distribuírem-se pelas seguintes dimensões: **validação** (reflecte a crença de que as outras pessoas reconhecem, compreendem, aceitam, validam e estão receptivas às emoções do indivíduo - 3 itens; *e.g.*, “Os outros compreendem e aceitam os meus sentimentos”), **compreensibilidade** (reflecte a crença do indivíduo de que as suas emoções fazem sentido para si - 4 itens; *e.g.*, “Há coisas sobre mim que eu simplesmente não compreendo”, item invertido), **culpa** (reflecte a visão do indivíduo de que as suas emoções são envergonhadoras, erradas e embaraçosas e de que não as deveria experienciar - 4 itens; *e.g.*, “Há sentimentos que são errados ter”), **visão simplista das emoções** (consiste na exigência por um pensamento unilateral, simplista e polarizado acerca das emoções e na dificuldade em tolerar emoções ambivalentes, complexas ou contraditórias acerca do eu e dos outros - 4 itens; *e.g.*, “Não aguento ter sentimentos contraditórios _ por exemplo, simultaneamente sentir que gosto e não gosto de determinada pessoa”), **valores elevados** (reflecte a ideia de que as emoções podem ajudar a ganhar *insight* sobre o que é realmente importante, ou seja, podem fomentar a clarificação de objectivos e de valores individuais - 3 itens; *e.g.*, “Quando me sinto em baixo, tento pensar nas coisas mais importantes da vida_ no que eu valorizo”), **controlabilidade**

⁶⁵ A versão portuguesa do Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy é integralmente apresentada na Adenda C.1.

(percepção do indivíduo de que tem as suas emoções sob controlo *versus* a percepção de que as suas emoções negativas intensas são caóticas, incontroláveis, intoleráveis e avassaladoras - 3 itens; *e.g.*, “Receio vir a perder o controlo se me permitir ter certo tipo de sentimentos”, item invertido), **entorpecimento** (refere-se à falta de intensidade das experiências emocionais ou à habilidade em dissociar, distanciar-se ou isolar-se emocionalmente - 2 itens; *e.g.*, “Há coisas que perturbam outras pessoas, mas que não me perturbam a mim”), **necessidade de ser racional** (ênfase excessiva na necessidade de ser lógico ou ‘anti-emocional’ - 3 itens; *e.g.*, “Em relação aos meus sentimentos, considero mais importante ser racional e prático (a) do que ser sensível e aberto (a), a eles”), **duração** (reflete a expectativa de que as emoções vão durar infindavelmente - 2 itens; *e.g.*, “Por vezes receio que se me permitir ter um sentimento forte ele tome conta de mim (não desapareça)”), **consenso** (reflete a crença do indivíduo de que os outros experienciam emoções similares às suas e de que as suas emoções são normais - 4 itens; *e.g.*, “Penso frequentemente que respondo às situações com sentimentos que outras pessoas no meu lugar não teriam”, item invertido), **aceitação dos sentimentos** (consiste no grau em que o indivíduo aceita as suas emoções sem as procurar inibir - 7 itens; *e.g.*, “Quando tenho um sentimento que me perturba tento encontrar razões que mostrem que ele não é importante”), **ruminação** (refere-se à tendência para ruminar sobre as suas emoções negativas - 5 itens; *e.g.*, “Quando me sinto “em baixo”, tento pensar num modo diferente de ver as coisas”, item invertido), **expressão** (refere-se à disposição para experienciar e expressar os estados emocionais – 2 itens; *e.g.*, “Eu acredito que é importante permitir-me chorar, para que os meus sentimentos possam ‘sair cá para fora’”) e a **culpabilização do outro** (reflete a tendência para culpar os outros pelas suas emoções negativas ou em considerar que a origem das suas emoções é externa a si - 2 itens; *e.g.*, “Se as outras pessoas mudassem, eu sentir-me-ia muito melhor”). Assim, no seu conjunto, os diferentes esquemas emocionais, remetem para o modo como o indivíduo experiencia e conceptualiza as suas emoções (*i.e.*, as avalia, julga e interpreta) e para o conjunto de estratégias de regulação emocional, que considera serem apropriadas utilizar, quando experiencia uma emoção dolorosa, desagradável ou indesejada (*e.g.*, Leahy, 2002a, 2007c, 2011; Leahy et al., 2011). A este respeito, é importante (novamente) referir que segundo a terapia dos esquemas emocionais, os diferentes esquemas emocionais não são mutuamente exclusivos e podem mesmo sobrepor-se parcialmente entre si (*e.g.*, Leahy, 2002a; Leahy et al., 2011; Silberstein et al., 2012). As instruções do LESS solicitam aos respondentes que, tendo em conta o modo como lidaram com os seus sentimentos ou emoções durante o último mês, respondam a cada uma das afirmações utilizando para o efeito uma escala de Likert de 6 pontos (1=totalmente falsa; 2=moderadamente falsa; 3=ligeiramente falsa; 4=ligeiramente verdadeira; 5=moderadamente verdadeira; 6=totalmente verdadeira), com pontuações mais elevadas a revelarem a presença mais marcada desse esquema emocional⁶⁶ (Leahy, 2002a). Apesar de não existir um total para a escala (dado que algumas dimensões representam uma visão positiva e funcional acerca das emoções enquanto outras representam uma visão negativa e disfuncional acerca das mesmas), alguns estudos procederam à recodificação dos itens necessários de modo a poder ser obtido um compósito representativo do total das *crenças negativas acerca das emoções* (*e.g.*, Tirch et al., 2012). Um aspecto importante acerca do LESS, é o facto de não obstante nos últimos anos esta escala ter sido utilizada em alguns estudos, sobretudo no que concerne à sua relação com outros constructos meta-cognitivos (*e.g.*, preocupação, meta-experienciais (*e.g.*, flexibilidade psicológica, *mindfulness*) e variáveis psicopatológicas (*e.g.*, traços de personalidade, depressão, ansiedade), não foram publicados até ao momento, pelo autor da escala, estudos relativos à análise da estrutura dimensional do LESS⁶⁷. No que concerne, contudo, às características psicométricas, sabe-se que numa amostra de 1286 participantes foi obtido um alfa de

⁶⁶ A cotação da escala faz-se calculando a média do somatório de todos os itens que integram cada uma das dimensões após se proceder à respectiva recodificação dos itens invertidos.

⁶⁷ De referir que no seu artigo Yavuz et al., (2011) referem ter contactado o autor da escala original tendo sido informados de que o procedimento estatístico adoptado para o estudo da dimensionalidade do LESS havia sido a condução de uma análise em componentes principais com rotação *varimax*, que sugeriu a estrutura de 14 factores/ dimensões (com os itens 22 e 43 a não fazerem parte de nenhuma das dimensões em particular). Estes resultados contudo não se encontram ainda publicados.

Cronbach de .81 (tal como descrito em Leahy et al., 2011) e de que numa amostra de 379 doentes foi igualmente obtido um alfa de Cronbach de .81 (Tirch et al., 2012), sugestivos de que o LESS apresenta uma boa consistência interna. Adicionalmente, a análise ao conteúdo dos itens que compõem cada uma das dimensões do LESS sugere que enquanto algumas dessas dimensões representam uma visão mais desadaptativa ou negativa acerca das emoções (em particular as dimensões relativas à visão simplista das emoções, à necessidade de ser racional, à culpabilização dos outros, à ruminação, à duração, à culpa e ao entorpecimento) as restantes representam uma visão mais adaptativa ou positiva acerca das emoções (nomeadamente as dimensões de validação, aceitação dos sentimentos, expressão, compreensibilidade, valores elevados, controlabilidade e consenso; Leahy et al., 2011; Tirch et al., 2012; Silberstein et al., 2009, 2012). E apesar do número reduzido de estudos conduzidos com este instrumento existe já suporte empírico para a existência de uma associação entre determinadas dimensões dos esquemas emocionais e uma variedade de formas de psicopatologia (Leahy, 2007a, 2009, 2011; Leahy, Tirch & Napolitano, 2011), entre as quais, a depressão (Leahy, 2002a; Leahy, Tirch, & Melwani, 2012), a ansiedade (Leahy, 2002a; Leahy, Tirch, & Napolitano, 2009; Tirch, Leahy, Silberstein, & Melwani, 2012; Riskind & Kleiman, 2012), os distúrbios de personalidade (Leahy, 2003b, Leahy & Napolitano, 2005) e os conflitos conjugais (Leahy & Kaplan, 2004). No mesmo sentido, alguns estudos comprovam a existência de uma associação entre alguns dos esquemas emocionais e os factores metacognitivos da preocupação (Leahy, 2003b, 2006), a flexibilidade psicológica (Napolitano, Taitz, & Leahy, 2009a, 2009b; Leahy et al., 2012; Riskind & Kleiman, 2012; Silberstein, Tirch, Leahy, & McGinn, 2012; Tirch, Leahy, & Silberstein, 2009; Tirch et al., 2012) e o *mindfulness* (Napolitano et al., 2009a, 2009b; Silberstein et al., 2012; Tirch et al., 2009, 2012).

O LESS, originalmente desenvolvido na língua inglesa, encontra-se já traduzido para outras línguas (disponíveis em <http://www.cognitivetherapynyc.com/schemas.aspx>), tais como, a língua espanhola, turca, romena, macedónia, alemã, chinesa (neste caso uma nova versão de 28 itens)⁶⁸ e, mais recentemente, para a língua persa (Khazadeh, Edrisi, Mohamadkhani, & Saeedian, 2012). Em relação à versão turca (Yavuz, Turçapar, Demirel, & Karadere, 2011) e persa (Khazadeh, et al., 2012) do instrumento são já conhecidas as análises relativas à estrutura factorial da escala. No caso da versão turca a dimensionalidade do LESS foi investigada numa amostra de 436 indivíduos (composta por estudantes e seus familiares assim como trabalhadores de várias faculdades de duas universidades turcas). Os 50 itens que compõem a medida foram sujeitos a uma análise em componentes principais com rotação *varimax*. Os resultados mostraram que somente 16 dos 50 itens saturavam nas dimensões a que pertenciam de acordo com o modelo teórico e de que das catorze dimensões teóricas originais somente havia suporte empírico para manter nove dimensões (a validação, a compreensibilidade, a culpa, o controlo, a necessidade de ser racional, a duração, o consenso, a aceitação e a ruminação), verificando-se ainda em relação a estas uma clara migração de diversos itens entre si. Adicionalmente, os autores da versão turca criaram cinco novas dimensões que não são consistentes com o modelo teórico original do LESS (denominadas por: fraqueza para com as emoções, evitamento das emoções, dissemelhança, negligenciar as emoções e visão das emoções como perigosas) relativamente às quais se verificou a distribuição e o reagrupamento de 19 dos 50 itens que compõem o LESS original. Alguns dos motivos apontados, pelos autores da versão turca, como possivelmente, explicativos das diferenças encontradas em relação à estrutura da versão original foram o número de participantes no estudo (que no caso do LESS original foi apenas de 53 indivíduos), a população clínica (na versão original) versus não-clínica (na versão turca) e as diferenças linguísticas e culturais que poderão conduzir a que as emoções e cognições sejam percebidas de modo diferente pelos respondentes (Yavuz et al., 2011). A este respeito os autores propõem mesmo que “a inconsistência das sub-dimensões entre as versões pode indicar a

⁶⁸ Recentemente foi disponibilizada uma versão de 28 itens (LESS-II) composta igualmente por 14 dimensões (cada uma contendo apenas 2 itens) designadas por: invalidação, incompreensibilidade, culpa, visão simplista da emoção, desvalorização, perda de controlo, entorpecimento, excessiva racionalidade, duração, baixo consenso, não aceitação do sentimentos, ruminação, baixa expressão e culpabilização. Contudo, até ao momento não são conhecidos estudos relativos à validação deste instrumento.

necessidade de desenvolver a escala a partir da perspectiva das sub-escalas” (Yavuz et al., 2011, p. 280). A validade convergente e divergente da versão turca foi investigada através de análises correlacionais com o *Metacognitions Questionnaire* (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Os resultados mostraram, por exemplo, que a dimensão metacognitiva denominada de crenças negativas de incontrolabilidade e perigo acerca da preocupação do MCQ-30 se correlacionava positiva e significativamente com as dimensões da versão turca do LESS de incontrolabilidade e de visão das emoções como perigosas; e no sentido oposto, que as dimensões metacognitivas de incontrolabilidade e perigo acerca da preocupação e de necessidade de controlo do pensamento do MCQ-30 e as dimensões de validação, compreensibilidade e aceitação dos sentimentos da versão turca do LESS apresentavam uma correlação negativa e significativa entre si (Yavuz et al., 2011). A versão turca do LESS apresentou ainda uma consistência interna elevada e uma estabilidade temporal adequada, com os coeficientes de correlação teste-reteste a variarem entre 37 (item 18) e .75 (item 39). No mesmo sentido, a análise à estrutura factorial (através da condução de uma análise factorial exploratória) da versão persa do LESS (Khazadeh et al., 2012 como citado em Kamali et al., 2013), realizada numa amostra de estudantes, conduziu à retenção de 13 factores e a uma redução para 36 no número de itens. As dimensões da versão persa foram designadas por: incontrolabilidade, necessidade de ser racional, auto-consciência emocional, compreensibilidade, ruminação mental, consenso, aceitação dos sentimentos, validação pelos outros, valores elevados, visão simplista da emoção, culpa, expressão e culpabilização do outro. A validade de constructo foi analisada através dos coeficientes de correlação dos itens com o total da escala e o total da dimensão a que pertence, e a validade de critério foi investigada através do cálculo das correlações do LESS com o *Beck Depression Inventory* e o *Beck Anxiety Inventory*, tendo ambas se revelado aceitáveis. Por último, foram obtidos valores de alfa de Cronbach a variar entre .59 e .73 e a estabilidade teste-reteste para um intervalo de 2 semanas variou entre .56 e .71 (Khazadeh et al. 2012 como citado em Kamali et al., 2013). Em síntese, as estruturas dimensionais das versões persa e turca do LESS não foram significativamente consistentes com a versão original, sugerindo a necessidade de novos estudos serem conduzidos, e por ventura a necessidade de no futuro a escala ser aprimorada ou sofrer modificações que reflectam as diferenças encontradas entre as diferentes versões (que podem dever-se, entre outros aspectos, à possibilidade de existirem diferenças culturais na interpretação e classificação dos itens).

Desenvolvimento do Leahy Emotional Schemas Scale-versão modificada

Apesar do *Leahy Emotional Schemas Scale* (Leahy, 2002a) ser um instrumento útil, na medida em que permite avaliar de uma forma abrangente quer as interpretações e avaliações acerca das emoções quer também os planos e as estratégias que o indivíduo emprega quando as experiencia (Leahy, 2002a, 2007a, 2007b, 2010, Leahy et al., 2011) _ sobretudo numa área em que se verifica a quase total inexistência de instrumentos de medida_ ele também revela ter algumas fragilidades e limitações, que tendo em conta os objectivos delineados para os estudos que compõem a presente investigação, conduziram ao desenvolvimento de uma versão modificada. Os critérios teóricos e estatísticos, que conduziram à opção de se proceder ao desenvolvimento de uma versão modificada, a qual foi denominada de *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – versão modificada*, são a seguir apresentados.

Um das limitações associadas ao LESS assenta no facto de, no momento actual e devido à escassez de estudos, ser difícil de perceber com rigor e clareza o que exactamente avaliam algumas das dimensões que compõem o LESS, nomeadamente, diferenciar entre aquelas que se referem às avaliações e julgamentos que o indivíduo faz em relação às suas emoções (sendo sobretudo estas que interessariam no âmbito da presente dissertação) e as que se referem ao modo como o indivíduo reage e responde à sua experiência emocional. É que, apesar de em alguns estudos, serem apontadas quatro dimensões do

LESS como sendo relativas a estratégias de regulação emocional (a ruminação, a expressão, a necessidade de ser racional e a aceitação dos sentimentos; Tirch et al., 2009), a análise ao conteúdo dos restantes itens evidencia a existência de itens dúbios, relativamente aos quais não é totalmente claro que sejam, efectivamente, representativos de crenças acerca das emoções. Por exemplo, os itens da dimensão *duração* parecem somente reflectir uma expectativa acerca da duração da emoção (e.g., “Os sentimentos fortes têm uma curta duração”) tal como referem Manser e colaboradores (Manser et al., 2012). Também a dimensão *visão simplista* (e.g., “Gosto de ter certeza acerca do que sinto por outra pessoa”; “Gosto de ter certeza daquilo que sinto acerca de mim”) e a dimensão *valores elevados* (e.g., “Quando me sinto em baixo, tento pensar nas coisas mais importantes da vida_ no que eu valorizo”) são compostas por itens que parecem reflectir mais uma forma de actuar em relação às emoções do que propriamente crenças acerca das próprias emoções. Por último a dimensão *valores elevados* (entre outras) contém ainda itens que se referem a avaliações negativas globais acerca do eu e não especificamente acerca das emoções (“Quando penso sobre mim mesmo acho-me insignificante”).

Do ponto de vista estatístico evidenciaram-se igualmente algumas limitações, nomeadamente, o facto da análise em componentes principais com rotação *varimax* da versão portuguesa do LESS⁶⁹, conduzida numa ampla amostra da população geral ($n=615$), ter fornecido uma estrutura dissemelhante⁷⁰ em relação ao modelo teórico do LESS, com apenas 19 dos 50 itens a saturarem no factor a que teoricamente pertenciam e a somente existir suporte empírico (parcial) para a retenção de 8 dos 14 factores teóricos. De facto, verificou-se que a versão portuguesa não replicava integralmente nenhum dos factores teóricos (tabela 1) da versão inglesa, existindo uma notória migração de itens entre os factores empíricos obtidos, quando comparados com os factores teóricos do modelo. Adicionalmente, verificou-se que 12 dos 50 itens que compõem o LESS se distribuíam por cinco (novos) factores sem que estes tivessem qualquer correspondência ou pudessem ser interpretados de acordo com as dimensões teóricas do modelo (denominados na tabela 1 por factores de *a* a *e*). Por último, um dos factores para qual não se verificou haver suporte empírico na versão portuguesa do LESS (*validação*) havia sido precisamente um dos motivos pelos quais este instrumento havia sido seleccionado para integrar os estudos que fazem parte da presente dissertação.

Tabela 1

Comparação da estrutura factorial da versão inglesa do LESS com a versão portuguesa do LESS

Dimensões	Versão inglesa	Versão portuguesa
Validação	8, 16, 49	
Compreensibilidade	5, 10, 33, 45	10, 32, 33, 45
Culpa	4, 14, 26, 31	14, 16, 22, 24, 25, 26, 29, 40
Visão simplista das emoções	18, 35, 38, 47	18, 35
Valores elevados	21, 25, 42	
Controlo	7, 27, 44	7, 13, 27, 28, 31, 44, 49, 50
Entorpecimento	15, 32	
Racionalidade	17, 30, 46	6, 17, 30, 46
Duração	13, 29	
Consenso	3, 19, 39, 41	39, 41
Aceitação dos sentimentos	2, 9, 12, 20, 28, 40, 50	1, 2, 20, 21, 36
Ruminação	1, 24, 36, 37, 48	37, 38, 40, 42, 47, 48

⁶⁹ A este respeito é importante mencionar que após o autor da escala ter autorizado a tradução e adaptação da medida para a população portuguesa, e o seu consequente uso em estudos de investigação, a tradução dos itens seguiu as recomendações gerais para este tipo de procedimento. Como tal, os itens foram num primeiro momento traduzidos, da língua inglesa para a língua portuguesa, por dois psicólogos que dominam a língua inglesa e o modelo teórico a partir do qual a escala original foi desenvolvida. Em seguida, procurou-se chegar a uma solução de consenso, a partir das duas traduções obtidas, de modo a que os itens da versão portuguesa abarcassem o melhor possível, o conteúdo dos itens presentes na escala original. Foram igualmente verificados aspectos relativos à semelhança lexical, conceptual e gramatical. Por fim, um especialista em língua inglesa assegurou o processo de retroversão da medida.

⁷⁰ A estrutura obtida com a versão portuguesa do LESS era composta por 13 factores que explicavam 58.53% da variância (o teste de esfericidade de Bartlett, $\chi^2(gf=1225)=9880.315$, apresentou um *p*-value <.001 e o valor de KMO obtido foi de .886).

Expressão	6, 23	
Culpabilizar	11, 34	
Factor a		8, 11, 23
Factor b		3, 4, 5, 9
Factor c		12, 15, 34
Factor d		43
Factor e		19

Ainda que as limitações encontradas na versão portuguesa da escala, pudessem ser consideradas análogas às encontradas nas versões turca e persa, no sentido em que nenhuma das versões replicou a estrutura do LESS original, pelas discrepâncias anteriormente descritas, concluiu-se que a versão portuguesa do LESS não se revelava interpretável do ponto de vista teórico nem aceitável do ponto de vista estatístico, e como tal, que era necessário proceder a alterações à mesma.

A versão modificada da Escala de Esquemas Emocionais de Leahy foi obtida a partir da modificação, aditamento ou eliminação de itens que compunham a escala original. Em particular, foram retidos 23 itens da versão original (constituída por 50 itens), dos quais 3 sofreram alterações para se tornarem mais interpretáveis e adicionados 34 novos itens. A concepção dos novos itens foi efectuada a partir da revisão da literatura sobre as crenças acerca das emoções (*e.g.*, Greenberg & Safran, 1987; Leahy, 2002a, 2003a, 2005a; Linehan, 1993; Wells, 2007) e da prática clínica dos autores da versão modificada, que procuraram formular itens que avaliassem crenças comuns que os doentes apresentam, frequentemente, em relação às suas emoções negativas. Neste sentido, os itens não foram formulados com o intuito de conduzirem à obtenção de diversas categorias ('tipos') de crenças, mas pelo contrário, pretendia-se encontrar um número reduzido de itens que fossem capazes de reflectir as avaliações e os julgamentos negativos comuns que os doentes fazem acerca das suas emoções. Especial atenção foi contudo dada à formulação de itens que permitissem avaliar crenças acerca da obtenção de validação emocional por parte dos outros porque esta era uma dimensão importante em alguns dos estudos delineados para a presente investigação. Assim sendo, foram elaborados itens que reflectem avaliações e julgamentos negativos (crenças negativas) acerca das emoções experienciadas, nomeadamente, a avaliação das emoções como incompreensíveis (*e.g.*, "Gostava de compreender o porquê de ter determinadas emoções"), inaceitáveis (*e.g.*, "Se aceitasse algumas das minhas emoções, elas "tomavam" conta de mim"), incontroláveis (*e.g.*, "Há alturas em que as minhas emoções são tão intensas que me sinto arrasado, ultrapassado por elas") e perigosas (*e.g.*, "Sinto que a qualquer momento vou perder o controlo das minhas emoções e isso vai prejudicar-me"). Um segundo conjunto de itens, mais reduzido, foi elaborado com o intuito de avaliar as crenças dos indivíduos relativamente ao modo como acreditam que os outros avaliam a experiência e a expressão das suas emoções negativas, ou seja, as suas crenças de obtenção de validação emocional por parte dos outros, nomeadamente, se acreditam que os outros normalizam (*e.g.*, "Os outros fazem-me sentir que as minhas emoções são normais e fazem sentido"), legitimam (*e.g.*, "Os meus familiares (ou amigos) dizem-me que no meu lugar teriam as mesmas emoções"), validam (*e.g.*, "Quando partilho com os meus familiares (ou amigos) as minhas emoções eles são capazes de me tranquilizar/ acalmar") e aceitam (*e.g.*, "Os outros compreendem e aceitam os meus sentimentos") as suas emoções negativas. Tal como na versão original da escala, a cotação ficou constituída por seis opções de resposta (1=totalmente falsa, 2= moderadamente falsa, 3=ligeiramente falsa, 4= ligeiramente verdadeira, 5= moderadamente verdadeira, 6=totalmente verdadeira). Em seguida, apresentam-se os resultados preliminares relativos ao estudo das características psicométricas da versão modificada do LESS.

1.1. Análise Factorial Exploratória

1.1.1. Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra constituída por 600 indivíduos da população geral, dos quais 454 (75.7%) eram do sexo feminino e tinham uma média de idades de 37.83 ($DP=10.23$) e 146 (24.3%) eram do sexo masculino e tinham uma média de idades de 38.57 ($DP=12.09$). Em relação às habilitações literárias, os respondentes do sexo feminino apresentaram uma média de 13.71 anos de escolaridade ($DP=3.94$) e a média dos respondentes do sexo masculino situou-se nos 12.88 anos de escolaridade ($DP=4.35$). No que concerne ao estado civil, 61.4% ($n=368$) dos participantes era casado ou vivia em união de facto e 31% ($n=186$) era solteiro. Em relação à situação profissional 61.7% ($n=370$) tinham profissões de classe média e 4.2% ($n=25$) eram estudantes. As características descritivas da amostra total e por género são apresentadas na tabela 2.

Tabela 2

Caracterização demográfica da amostra em estudo.

	Total ($n=600$)		Género feminino ($n=454$)		Género masculino ($n=146$)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	38.01	10.71	37.83	10.23	38.57	12.09
Anos de escolaridade	13.51	4.05	13.71	3.94	12.88	4.35
	Total		Género feminino		Género masculino	
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Estado Civil						
Solteiro	186	31.0	134	29.5	52	35.6
Casado/ União de facto	368	61.4	279	61.4	89	60.9
Divorciado/ Separado	34	5.7	30	6.6	4	2.7
Víuvo	12	2.0	11	2.4	1	0.7
Situação Profissional						
Profissão de classe baixa	154	25.7	112	24.7	42	28.8
Profissão de classe média	370	61.7	282	62.1	88	60.3
Profissão de classe alta	51	8.5	35	7.7	16	11
Estudante	25	4.2	25	5.5	0	0

1.1.2. Instrumentos

A cada participante foi entregue uma bateria de questionários de auto-resposta, dos quais foram seleccionados para este estudo: a) folha de dados demográficos (*i.e.* sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil, profissão) e b) LESS-M para avaliar as crenças acerca das emoções.

1.1.3. Procedimento

A amostra da população geral (não estudante) foi recolhida entre membros de instituições, na sua maioria organismos públicos, lojistas e empregados fabris que aceitaram participar voluntariamente no estudo. A amostra da população geral estudante foi obtida após solicitada a colaboração de alguns docentes do Ensino Superior para que divulgassem o presente estudo junto dos seus alunos, com os alunos que aceitaram participar voluntariamente, a procederem ao preenchimento da bateria de questionários. Todos os participantes foram informados verbalmente, e por escrito, sobre os objectivos do estudo, tendo-lhes sido assegurado o anonimato e garantida a confidencialidade das suas respostas

(adenda B.3). Os participantes tiveram ainda alguns minutos para esclarecerem dúvidas antes do preenchimento da bateria dos questionários.

1.1.4. Estratégia analítica

A análise estatística dos dados realizou-se com recurso ao *software* SPSS versão 20.0 (IBM SPSS Inc, Chicago, IL). O estudo teve um *design* transversal. Com o intuito de analisar a estrutura dimensional subjacente aos 57 itens, realizou-se uma análise factorial exploratória (AFE), dado que esta técnica estatística permite descrever e agrupar variáveis que estejam amplamente intercorrelacionadas em factores latentes, procurando igualmente que os factores latentes obtidos sejam relativamente independentes entre si (Tabachnick & Fidell, 2007). Assim, com o intuito de realizar uma AFE sobre a matriz das correlações observadas, os 57 itens que compõem o questionário foram submetidos a uma análise de componentes principais (ACP), dado ser este o método de extração de factores mais amplamente utilizado em ciências sociais (Marôco, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007). Num primeiro momento, averiguou-se a adequação dos dados a este tipo de procedimento estatístico, considerando-se o tamanho da amostra e a força da relação entre os itens. Relativamente ao tamanho da amostra, Tabachnick e Fidell (2007) recomendam um mínimo de 300 observações e Nunally (1978) recomenda um rácio de 10 observações por cada item da escala, sendo que a amostra utilizada ($n=600$) cumpre ambas as diretrizes. Já a inspeção à matriz de correlações inter-item revelou que a maioria dos itens apresentava coeficientes de correlação adequados, ou seja, superiores a .30 (Pallant, 2010). Não foram igualmente detectados desvios significativos à normalidade nem a presença de valores extremos em nenhum dos itens que compõem a escala. A adequação/ factorabilidade da matriz de correlações foi inicialmente analisada através do Teste de Esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954). Contudo, pelo facto de este teste ser muito sensível ao tamanho da amostra, sendo possível, quando se utiliza uma amostra de grande dimensão obter um valor significativo na presença de correlações reduzidas entre as variáveis (Marôco, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007) analisou-se, em complementaridade, a medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO; Kaiser 1970, 1974), que consiste numa medida da homogeneidade das variáveis obtida através da comparação das correlações simples com as correlações parciais entre as variáveis (Marôco, 2010a). Já para determinar o número de componentes principais a reter analisaram-se os critérios de Kaiser e do *scree plot* de Cattell. A aplicação destes critérios teve como objectivo obter uma indicação relativamente ao número mínimo de factores latentes a reter, que fossem capazes de, apropriadamente, resumir a informação presente nos 57 itens (o padrão de correlações obtido na matriz de correlações), e consequentemente, que conseguissem explicar uma proporção considerável da sua variância total. O critério de Kaiser determina a retenção dos componentes que expliquem mais variância do que a variância estandardizada de uma variável original (ou seja superior a 1.0; Marôco, 2010). Já o critério da *scree plot* de Cattell consiste em analisar a curva que representa graficamente a relação entre os componentes (no eixo das abcissas) e os respectivos *eigenvalues* (no eixo das ordenadas), e reter os componentes até aquele em que se observa uma inflexão da curva (Marôco, 2010). Por fim, assegurou-se que os factores extraídos explicassem pelo menos 5% da variância total (Marôco, 2010). Dado que quanto maior a carga factorial de uma variável, mais essa variável se constitui como uma medida pura do factor a que pertence (Tabachnick & Fidell, 2007), optou-se igualmente por suprimir a apresentação de cargas factoriais $< .50$. Este procedimento revela-se vantajoso não só porque facilita a interpretação da matriz obtida, mas igualmente, porque deste modo apenas se consideram os itens que contribuem expressivamente para a explicação dos factores latentes. Sendo que a rotação dos factores tem como único objectivo produzir uma solução interpretável quando a solução factorial inicial não se revela como tal, não ocorrendo com a sua aplicação qualquer melhoria/ alteração na estrutura dos dados (*i.e.*, nem nas comunalidades, nem a variância específica; Marôco, 2010a), não existiu justificação para se aplicar este procedimento estatístico aos dados em análise. A consistência interna de cada factor foi avaliada através do alfa de

Cronbach, tomando o valor de .70 como indicador de um nível de consistência interna aceitável (Nunally, 1978).

1.1.5. Resultados

O teste de Esfericidade de Bartlett apresentou um p-value <.001 ($\chi^2_{(gl=1596)}=13909.135$) e o valor de KMO (.927) excedeu o valor recomendado de .60 (Kaiser, 1970, 1974) pelo que se pôde concluir que as variáveis apresentavam correlações significativas entre si. De acordo com os critérios fornecidos por Marôco (2010a), este valor de KMO permite classificar como excelente a factorabilidade da matriz de correlações e por conseguinte validar a aplicação da AFE aos dados em análise.

O critério de Kaiser revelou a existência de doze valores próprios/ componentes principais que no seu conjunto explicavam 57.30% do total da variância das variáveis originais. Contudo, se o valor dos *eigenvalues* dos primeiros três componentes era superior a 2 (13.96, 4.39 e 2.47), a partir do quarto factor, as mudanças nos valores dos *eigenvalues* eram de uma magnitude cada vez menor. Já o *scree test* que consiste na visualização do gráfico *scree plot* revelou que o ponto de inflexão da curva ocorria entre o terceiro e o quarto factor, e como tal, que cada um dos sucessivos componentes contribuía para uma cada vez menor explicação da variância total das variáveis originais. Apesar dos dois critérios indicarem um valor claramente diferente quanto o número de componentes a extrair, o critério do *scree plot* revela-se como sendo mais fidedigno dado que o critério de Kaiser tende a conduzir a uma sobrestimação do número de componentes a reter (Costello & Osborne, 2005; Tabachnick & Fidell, 2007). Adicionalmente, a análise à matriz factorial obtida permitiu constatar que os itens, que apresentavam pesos factoriais > .50, se concentravam em apenas três (dos doze) componentes que explicavam no seu conjunto 36.52% da variância total das variáveis originais, validando os resultados obtidos pela análise da *scree plot* (tabela 3). No entanto, pelo facto do terceiro componente apenas representar 4.34% da variância explicada e somente ser composto por dois itens (6 e 55) e tendo em consideração que uma das regras a ter em conta é que cada um dos factores retidos deve extrair pelo menos 5% da variância total (Marôco, 2010) e que apenas se devem considerar factores que sejam constituídos no mínimo por 3 itens para se poder obter um factor sólido e estável (Costello & Osborne, 2005), o terceiro componente foi desconsiderado. De referir que nenhum dos itens saturava simultaneamente em mais do que um factor, nem se verificou a existência de *cross-loadings* (ou seja, a diferença dos pesos fatoriais entre factores revelou-se sempre superior a .20).

Tabela 3

Distribuição dos pesos factoriais superiores a .50, comunalidade (h^2) de cada item, valores próprios e a % de variância explicada por cada factor na Análise Factorial em Componentes Principais (n=600).

	h^2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
LESS_1	.57	.53											
LESS_2	.58												
LESS_3	.57	.57											
LESS_4	.49	.51											
LESS_5	.56	.50											
LESS_6	.62			-.53									
LESS_7	.69												
LESS_8	.46												
LESS_9	.53												
LESS_10	.46	.51											
LESS_11	.46		.52										
LESS_12	.59	.57											
LESS_13	.56												
LESS_14	.53												
LESS_15	.65												

LESS_16	.61	.51											
LESS_17	.51												
LESS_18	.59												
LESS_19	.54												
LESS_20	.66												
LESS_21	.56	.69											
LESS_22	.57	.57											
LESS_23	.48	.66											
LESS_24	.55	.63											
LESS_25	.55	.66											
LESS_26	.69	.55											
LESS_27	.64	.67											
LESS_28	.62	.63											
LESS_29	.41												
LESS_30	.72												
LESS_31	.61	.70											
LESS_32	.49	.57											
LESS_33	.51												
LESS_34	.67												
LESS_35	.59	.66											
LESS_36	.48	.62											
LESS_37	.51	.59											
LESS_38	.65												
LESS_39	.65	.63											
LESS_40	.51	.66											
LESS_41	.62	.67											
LESS_42	.59	.67											
LESS_43	.55												
LESS_44	.54	.68											
LESS_45	.58	.54											
LESS_46	.60	.54											
LESS_47	.59	.70											
LESS_48	.61		.58										
LESS_49	.45												
LESS_50	.67		.68										
LESS_51	.67		.68										
LESS_52	.57	.55											
LESS_53	.64												
LESS_54	.52												
LESS_55	.70			.50									
LESS_56	.47												
LESS_57	.64	.64											
Valor próprio	13.96	4.39	2.47	1.94	1.52	1.44	1.34	1.24	1.18	1.15	1.02	1.01	
% Variância explicada	24.48	7.70	4.34	3.41	2.66	2.53	2.35	2.17	2.08	2.01	1.80	1.77	

Em seguida, conduziu-se uma nova AFE da qual foram removidos, para além dos itens que apresentavam pesos factoriais < .50, os dois itens que saturaram no terceiro factor, mantendo-se o mesmo método de extração dos factores. Novamente, não se afigurou como necessário proceder à rotação dos eixos factoriais dado que a solução factorial encontrada através da análise em componentes principais se revelou interpretável, com os pesos factoriais das variáveis a se distribuírem na quase totalidade pelos dois primeiros factores aos quais era claramente possível atribuir um significado de acordo com o modelo teórico a partir do qual o instrumento de medida havia sido desenvolvido. Em particular, os resultados da segunda AFE revelaram que os itens, que apresentavam pesos factoriais > .50 (todos, à exceção do item 5), se distribuíam por dois factores que explicavam no seu conjunto 41.86% da variância total (respectivamente, 33.22% e 8.64%). Dado que o objectivo seguinte seria o de testar o modelo obtido através de uma análise factorial confirmatória, o que requer que as variáveis exógenas não se encontrem fortemente associadas (ou seja, que não existam situações de

multicolinearidade) optou-se, em seguida, pela remoção dos itens que apresentavam inter-correlações > .50. Após a extração destes itens (e do item 5 que apresentava uma carga factorial < .50), conduziu-se uma terceira AFE com as mesmas especificações. Em conjunto, o KMO (.892) e o teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2_{(g|=136)} = 3081.286, p < .001$), validaram a factorabilidade da matriz de correlações. Os dois factores extraídos na terceira AFE explicam em conjunto 44.88% da variância total. Os valores de comunalidade variaram, no primeiro factor extraído entre .27 e .52 e no segundo factor extraído entre .39 e .72, assim como as cargas factoriais variaram entre .52 e .72 no primeiro factor e entre .62 e .82 no segundo factor (tabela 4). De acordo com a correspondência verificada entre os pesos factoriais dos itens e os factores em que saturaram, designou-se o primeiro factor por *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo acerca das emoções* (13 itens) e o segundo factor por *crenças de obtenção de validação emocional pelos outros* (4 itens). Na amostra em estudo obteve-se um $\alpha = .87$ para o factor “crenças negativas” e um $\alpha = .75$ para o factor “crenças de validação emocional”.

Tabela 4
Distribuição dos pesos factoriais superiores a .50, comunalidade (h^2) de cada item, valores próprios e a % de variância explicada por cada factor na análise factorial em componentes principais (n=600).

Item	h^2	Factor	
		Crenças negativas	Crenças de validação emocional
Crenças negativas			
LESS_1	.34	.58	
LESS_10	.27	.52	
LESS_12	.38	.60	
LESS_22	.35	.58	
LESS_27	.49	.69	
LESS_31	.52	.72	
LESS_32	.38	.59	
LESS_36	.45	.67	
LESS_37	.40	.62	
LESS_39	.45	.67	
LESS_42	.48	.69	
LESS_46	.32	.54	
LESS_57	.44	.64	
Crenças de validação emocional			
LESS_16	.39		.62
LESS_48	.58		.67
LESS_50	.66		.80
LESS_51	.72		.82
Valor próprio		5.32	2.31
% Variância explicada		31.32	13.56

Após os resultados da análise à estrutura dimensional do LESS-M sugerirem a retenção de 17 itens que se distribuem por dois factores, o passo seguinte foi testar a adequação desta estrutura bi-factorial através de uma análise factorial confirmatória.

1.2. Análise Factorial Confirmatória

1.2.1. Participantes

Para este estudo foi utilizada uma amostra de 614 indivíduos, que resultou da junção de uma amostra não-clínica (n=307) com uma amostra clínica (n=307). A amostra total ficou constituída por 492 (80.1%) participantes do sexo feminino e 122 (19.9%) participantes do sexo masculino. Os respondentes

apresentam uma idade média de 31.68 anos ($DP=10.23$) e, em relação às habilitações literárias, uma média de 13.68 anos de escolaridade ($DP=3.51$). No que concerne ao estado civil, 55.9% ($n=343$) dos participantes é solteiro e 39.4% ($n=242$) é casado ou vive em união de facto. Em relação à situação profissional, 37.9% ($n=233$) têm profissões de classe média e 23.3% ($n=143$) são estudantes do Ensino Superior que frequentam diversas licenciaturas e anos curriculares. A média de idades dos respondentes da amostra não-clínica é de 34.50 anos ($DP=10.86$) e da amostra clínica é de 28.86 anos ($DP=8.72$). Em relação às habilitações literárias, os respondentes da amostra não clínica apresentaram uma média de 13.28 anos de escolaridade ($DP=3.66$) e os da amostra clínica uma média de 14.09 anos de escolaridade ($DP=3.32$). No que concerne ao estado civil, 39.1% ($n=120$) dos participantes da amostra não-clínica e 72.6% ($n=223$) da amostra clínica são solteiros e 55.1% ($n=169$) da amostra não-clínica e 23.7% ($n=73$) da amostra clínica são casados ou vivem em união de facto. Em relação à situação profissional, na amostra não clínica, 51.1% ($n=157$) têm profissões de classe média e 8.1% ($n=25$) são estudantes do Ensino Superior, enquanto na amostra clínica, 24.8% ($n=76$) têm profissões de classe média e 38.4% ($n=118$) são estudantes do Ensino Superior. Na tabela 5 apresentam-se as características demográficas da amostra total em estudo e da amostra não-clínica e clínica separadamente.

Tabela 5

Caracterização demográfica da amostra em estudo.

	Amostra total (n=614)		Amostra não-clínica (n=307)		Amostra clínica (n=307)							
	M	DP	M	DP	M	DP						
Idade	31.68	10.23	34.50	10.86	28.86	8.72						
Anos de escolaridade	13.68	3.51	13.28	3.66	14.09	3.32						
	Amostra total		Amostra não-clínica		Amostra clínica							
	N	%	N	%	n	%						
Estado Civil												
Solteiro	343	55.9	120	39.1	223	72.6						
Casado/ União de facto	242	39.4	169	55.1	73	23.7						
Divorciado/ Separado	27	4.4	18	5.9	9	2.9						
Viúvo	2	0.3	0	0	2	0.7						
Situação Profissional												
Profissão de classe baixa	165	26.9	103	33.6	62	20.2						
Profissão de classe média	233	37.9	157	51.1	76	24.8						
Profissão de classe alta	73	11.9	22	7.2	51	16.6						
Estudante	143	23.3	25	8.1	118	38.4						
	Amostra total		Amostra não-clínica		Amostra clínica							
	Género		Género		Género							
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino						
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
Género	122	19.9	492	80.1	61	19.9	246	80.1	61	19.9	246	80.1

Confirmação do diagnóstico clínico

Todos os participantes (da amostra clínica) preencheram critérios para, pelo menos, um diagnóstico do Eixo I ou do Eixo II. Contudo, verificou-se a existência de uma elevada taxa de comorbilidade (tabela 6). Mais concretamente, do total de 307 participantes que compõem a amostra clínica, 24 (7.8%) preenchem critérios para uma ou mais perturbações do Eixo I, 60 (19.5%) preenchem critérios para

uma ou mais perturbações do Eixo II e 223 (72.6%) preenchiam simultaneamente critérios para uma ou mais Perturbações do Eixo I e do Eixo II (tabela 6).

Tabela 6

Índices de comorbilidade de diagnóstico na amostra clínica.

Comorbilidade	Eixo I (n=24)	Eixo II (n=60)	Comorbilidade Eixo I e Eixo II (n=223)
Eixo I			
Perturbações de Ansiedade	10 (41.7%)	---	135 (60.5%)
Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico	0	---	2 (0.9%)
Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia	4 (16.7%)	---	20 (8.9%)
Fobia Social Generalizada	3 (12.5%)	---	87 (39.0%)
Fobia Social Simples	0	---	9 (4.0%)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	2 (8.3%)	---	17 (7.6%)
Perturbação de Stress Pós-Traumático	1 (4.2%)	---	0
Perturbações do Humor	11 (45.8%)	---	128 (57.4%)
Perturbação Depressiva Major	10 (41.7%)	---	124 (55.6%)
Distímia	1 (4.2%)	---	4 (1.8%)
Perturbações do Comportamento Alimentar	12 (50.0%)	---	55 (24.7%)
Anorexia Nervosa	6 (25.0%)	---	23 (10.3%)
Bulimia Nervosa	5 (20.9%)	---	24 (10.8%)
Perturbação Alimentar sem Outra Especificação	1 (4.2%)	---	8 (3.6%)
Eixo II			
Evitante	---	19 (31.7%)	136 (60.9%)
Dependente	---	2 (3.3%)	18 (8.5%)
Obsessivo-Compulsivo	---	48 (79.9%)	154 (69.0%)
Passivo-Agressivo	---	7 (11.6%)	9 (4.0%)
Depressivo	---	9 (15.0%)	95 (42.6%)
Paranóide	---	5 (8.4%)	19 (8.5%)
Histriónico	---	1 (1.7%)	2 (0.9%)
Narcisista	---	1 (1.7%)	1 (0.4%)
<i>Borderline</i>	---	20 (33.4%)	62 (27.8%)

1.2.2. Instrumentos

Cada um dos participantes preencheu uma bateria de questionários, tendo sido seleccionados para o propósito deste estudo a folha de dados demográficos (com questões acerca do género, idade, anos de escolaridade, estado civil, profissão) e o LESS-M.

1.2.3. Procedimento

A amostra não-clínica foi recolhida seguindo o procedimento que já havia sido utilizado na recolha da amostra utilizada na AFE e que se encontra descrito no capítulo 2 (secção 1.3.1) Todos os participantes da amostra não-clínica que aceitaram participar voluntariamente foram informados acerca dos objectivos do estudo, tendo-lhes sido assegurado o anonimato e garantida a confidencialidade das suas respostas (Adenda B.3). A amostra clínica foi recolhida em diversas unidades de saúde mental nacionais, públicas e privadas, tendo sido previamente à recolha da amostra, obtidas as respectivas autorizações das Comissões de Ética para a Saúde. A participação dos doentes foi voluntária, tendo consistido, numa primeira fase, na passagem das versões portuguesas das seguintes entrevistas de diagnóstico: da *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - SCID I* (First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1997) e da *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders - SCID II* (First, Gibbon, Spitzer,

Williams e Benjamin, 1997). Em seguida, foi solicitado o preenchimento de um protocolo de escalas de auto-resposta (das quais para este estudo particular foram selecionados os instrumentos referidos no ponto anterior). Para finalizar, todos os doentes que aceitaram participar assinaram um documento relativo ao consentimento informado (Adenda B.4), tendo-lhes sido facultada informação acerca dos objectivos do estudo e garantida a confidencialidade das suas respostas.

1.2.4. Estratégia analítica

A validade da estrutura factorial do LESS-M foi avaliada através de uma análise factorial confirmatória (AFC) com recurso ao *software* AMOS (v. 20, IBM SPSS Inc, Chicago, IL). O modelo teórico testado é composto por dois componentes gerais/variáveis latentes, designados respectivamente por “crenças negativas” e por “crenças de validação emocional”, e pelas respectivas variáveis manifestas (13 itens/indicadores de medida no caso do factor crenças negativas e 4 itens/indicadores de medida pertencentes ao factor crenças de validação emocional). Através da AFC pretendeu-se avaliar a qualidade de ajustamento do modelo teórico proposto à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas na amostra em estudo, tendo sido para esse efeito analisados os índices de ajustamento. De modo a proceder à estimação do modelo proposto (que tem por objectivo encontrar um conjunto de estimativas para os parâmetros de cada modelo que maximize a probabilidade de observar a estrutura correlacional das variáveis manifestas observadas na amostra) optou-se pelo método da máxima verosimilhança por ser este o método mais comumente utilizado nas AFCs (Brown, 2006; Marôco, 2010b). A normalidade dos indicadores de medida foi igualmente avaliada tendo-se verificado que os valores absolutos de assimetria eram inferiores a 3 e valores absolutos de curtose univariada eram inferiores a 8-10, validando a inexistência de violações severas à distribuição normal (Kline, 1998). Apesar de algumas observações apresentarem valores da distância quadrada de Mahalanobis (DM^2) indicativos da existência de *outliers* optou-se pela sua manutenção dado que a sua remoção conduziria a uma diminuição da variabilidade associada aos componentes em estudo.

Para cada um dos modelos testados, a qualidade global de ajustamento, que indica quão bem o modelo teórico testado é capaz de reproduzir a estrutura correlacional das variáveis manifestas nas amostras em estudo, foi avaliada através dos seguintes índices empíricos de ajustamento: 1) *normed chi-square* ($\chi^2/g.l.$; Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977), 2) *comparative fit index* (CFI; Bentler, 1990), 3) *Tucker-Lewis index* (TLI; Tucker & Lewis, 1973) e o 4) *root mean square error of approximation* com intervalo de confiança de 90% (RMSEA; Steiger & Lind, 1980; Steiger, 1990). Foram considerados os seguintes valores de referência para cada um dos índices de ajustamento selecionados: 1) valores de $\chi^2/g.l.$ entre 2 e 5 como indicadores de um ajustamento aceitável e valores inferiores a 2 como indicadores de um bom ajustamento (Arbuckle, 2008 como citado em Marôco, 2010b), 2) valores de CFI e TLI entre .90 e .95 como indicadores de um ajustamento aceitável e valores iguais ou superiores a .95 como indicadores de um bom ajustamento (Hu & Bentler, 1999), 3) no caso do RMSEA, Hu e Bentler (1999) consideram que um valor igual ou inferior a .06 é indicador de um bom ajustamento. Foi igualmente analisado o *pclose* que testa a hipótese nula de que o RMSEA não ser superior a .05. No caso de o valor ser inferior, rejeita-se a hipótese nula e conclui-se que o valor do RMSEA é superior a .05, indicativo de um fraco ajustamento. O resultado obtido para o intervalo de confiança (IC) de 90% em torno do valor do RMSEA foi igualmente analisado tendo-se requerido como necessário que o limite inferior se situasse abaixo do valor .05 e o limite superior do IC não ultrapassasse 1.0 (Kline, 2005).

Em seguida, e tendo em consideração de que o modelo proposto (composto por dois factores, crenças negativas e crenças de validação emocional) poderia apresentar um bom ajustamento global, mas ainda assim apresentar problemas de ajustamento local, avaliou-se a fiabilidade e a validade de constructo do instrumento. A *fiabilidade ou consistência interna*, que consiste na capacidade do LESS-M em medir de

forma consistente e reprodutível os dois factores de interesse, foi avaliada através do alfa de *Cronbach* e da fiabilidade compósita (FC). Em relação à consistência interna tomou-se o valor de .70 como indicador de um nível de consistência interna aceitável (Nunnally, 1978). De igual modo considerou-se uma fiabilidade compósita de valor igual ou superior a .70 como indicativa de uma boa fiabilidade do constructo (Fornell & Larcker, 1981). A *validade de constructo* foi avaliada através de três componentes: o factorial, o discriminante e o convergente. De acordo com Marôco (2010b) a *validade factorial* consiste na correta especificação dos itens do constructo em estudo, a *validade convergente* implica que os itens que compõem o constructo apresentem correlações positivas e elevadas entre si, e a *validade discriminante* ocorre quando se comprova que os factores avaliam aspectos distintos do mesmo constructo. De acordo com os valores de referência descritos em Marôco (2010b), os factores apresentam *validade factorial* quando todos os itens que os compõem são estatisticamente significativos, apresentam pesos factoriais estandardizados de valor igual ou superior a .50, e apresentam uma fiabilidade individual (que é igual ou aproximadamente igual aos pesos estandardizados ao quadrado) igual ou superior a .25. Já a *validade convergente*, foi analisada em termos da variância extraída média (VEM) como descrito em Fornell e Larcker (1981) sendo considerada adequada para valores iguais ou superiores a .50. Por fim, a *validade discriminante* comprova-se no caso dos valores de VEM dos factores serem iguais ou superiores ao quadrado da correlação entre esses factores.

Por fim, o estudo da sensibilidade psicométrica dos itens que compõem o LESS-M foi efectuado com o *Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0 (IBM SPSS Inc, Chicago, IL). Neste âmbito procedeu-se ao cálculo dos valores médios, dos valores máximos e mínimos, de desvio-padrão, da correlação item-total corrigida e do alfa de *Cronbach* do factor se excluído o item para cada um dos itens de cada factor (tabela 7). Relativamente à correlação item-total corrigida considerou-se o valor mínimo de .30, para se considerar que, isoladamente, todos os itens contribuem positivamente para a construção do factor de pertença (Tabacknick & Fidell, 2007).

1.2.5. Resultados

Os índices de qualidade de ajustamento global revelaram uma boa adequação da estrutura factorial do LESS-M à matriz de observações: valores de $\chi^2/g.l.$ <5 (=2.753), valores de CFI e TLI superiores a 0.95 (CFI=.961; TLI=.955), um valor de RMSEA \leq .06 (=0.053; IC90%: .047-.060), bem como um $p[rmsea \leq .05] < .198$ o que demonstra que o valor real do RMSEA se situa abaixo do valor .05.

Relativamente à análise da consistência interna obteve-se um alfa de *Cronbach* de .84 para o factor “crenças de validação emocional” e de .93 para o factor “crenças negativas”, situando-se para ambos os factores acima do valor recomendado por Nunnally (1978). Verificou-se igualmente que a Fiabilidade Compósita de ambas as escalas é elevada (> .70), sendo de .90 (para o factor crenças de validação emocional) e de .96 (para o factor crenças negativas), o que atesta que todos os itens são, consistentemente, manifestações dos respectivos factores latentes. No que concerne à validade factorial todos os itens apresentaram pesos factoriais estandardizados superiores a .50 e todos os valores de trajetória se revelaram estatisticamente significativos ($p < .001$), o que confirma que todos os itens medem o factor que se pretende que avaliem. De igual modo, todos os itens apresentaram fiabilidades individuais adequadas, com pesos ao quadrado a variar entre .30 (item 10) e .77 (item 51), o que demonstra que cada um dos factores explica uma percentagem elevada da variância de todos os itens que o compõe (ver tabela 7). De igual modo, ambos os factores apresentaram uma validade convergente adequada, comprovada pelos valores de variância extraída média de cada um dos factores (.70 para o factor “crenças de validação emocional” e .63 para o factor “crenças negativas”), o que indica que os itens saturam fortemente no factor do qual fazem parte. Por fim, procedeu-se ao cálculo

do quadrado da correlação dos factores ($-.53^2=.28$), e comparou-se o valor obtido com os valores de VEM por cada factor. Dado que os valores de VEM são superiores ao quadrado da correlação entre os factores ($.70$ e $.63 \geq .28$), pode concluir-se que os dois factores têm validade discriminante, ou seja avaliam componentes distintos, e como tal, os itens que compõem cada um dos factores não se correlacionam significativamente com o outro factor.

Relativamente ao estudo da sensibilidade psicométrica (tabela 7) verificou-se que todos os itens apresentam coeficientes de correlação item-total corrigidos superiores a $.53$ (item 10) o que comprova a qualidade e adequação de todos os itens para o fator de pertença. O contributo de cada item para a consistência interna geral do factor foi igualmente analisado tendo-se verificado que a consistência interna do factor com a exclusão de cada um dos itens não melhorava. Por fim, a análise dos mínimos e máximos de cada item comprova que todas as alternativas de resposta foram escolhidas por pelo menos um dos respondentes.

Tabela 7

Pesos factoriais estandardizados (λ) e fiabilidade individual (R^2) de cada um dos itens do modelo proposto. Valores médios (máximos-mínimos), de desvio-padrão, da correlação item-total corrigida e da consistência interna do factor se eliminado o item.

	λ	r^2	M (máx.-min.)	DP	r item- total	α de Cronbach
Crenças negativas						
LESS_1. Receio vir a perder o controlo se me permitir ter certo tipo de sentimentos.	.72	.52	3.42 (1-6)	1.68	.69	.92
LESS_10. Não quero admitir que tenho certos sentimentos_ embora saiba que os tenho.	.55	.30	3.45 (1-6)	1.64	.53	.93
LESS_12. Há alturas em que as minhas emoções são tão intensas que me sinto arrasado, ultrapassado por elas.	.70	.49	4.18 (1-6)	1.63	.67	.92
LESS_22. Para mim é muito difícil saber claramente o que estou a sentir.	.66	.43	3.11 (1-6)	1.63	.64	.92
LESS_27. Tenho que me proteger de ter determinados sentimentos.	.76	.58	3.48 (1-6)	1.64	.74	.92
LESS_31. Sinto que a qualquer momento vou perder o controlo das minhas emoções e isso vai prejudicar-me.	.80	.64	3.09 (1-6)	1.71	.76	.92
LESS_32. Gostava de compreender o porquê de ter determinadas emoções.	.66	.44	4.28 (1-6)	1.49	.64	.92
LESS_36. Os problemas surgem-me quando não sou capaz de controlar as minhas emoções.	.73	.54	3.24 (1-6)	1.66	.70	.92
LESS_37. Não me posso deixar guiar pelos meus sentimentos.	.65	.42	3.27 (1-6)	1.49	.63	.92
LESS_39. Deixo-me perturbar mais facilmente do que as outras pessoas pelas emoções.	.75	.57	3.49 (1-6)	1.66	.71	.92
LESS_42. Se aceitasse algumas das minhas emoções, elas "tomavam" conta de mim.	.77	.59	3.10 (1-6)	1.71	.73	.92
LESS_46. Nunca consigo relaxar a ponto de me deixar levar pelo que sinto.	.65	.42	3.55 (1-6)	1.68	.62	.92
LESS_57. Gostava de me livrar de certas emoções que só me prejudicam.	.74	.55	4.25 (1-6)	1.67	.71	.92
Crenças de validação emocional						
LESS_16. Os meus familiares (ou amigos) dizem-me que no meu lugar teriam as mesmas emoções.	.61	.37	3.35 (1-6)	1.45	.57	.84
LESS_48. Os outros compreendem e aceitam os meus sentimentos.	.77	.59	3.86 (1-6)	1.34	.68	.79
LESS_50. Quando partilho com os meus familiares (ou amigos) as minhas emoções eles são capazes de me tranquilizar/acalmar.	.76	.57	4.20 (1-6)	1.39	.68	.79
LESS_51. Os outros fazem-me sentir que as minhas emoções são normais e fazem sentido.	.87	.76	4.02 (1-6)	1.37	.75	.76

Em síntese os resultados da AFC suportam o modelo bi-factorial do LESS-M, que revelou ter um bom ajustamento à matriz de dados. Verificou-se ainda que o LESS-M apresenta uma boa fiabilidade, e a análise aos itens que o compõem sugerem que a escala apresenta uma boa validade de constructo, convergente e discriminante. Em seguida, procede-se então à análise da validade convergente e divergente do LESS-M através da análise dos coeficientes de correlação que apresenta com outros instrumentos de medida.

1.3. Validade convergente e divergente.

1.3.1. Participantes

A amostra utilizada neste estudo resulta da junção das duas amostras não-clínicas anteriormente descritas, a amostra utilizada na Análise Factorial Exploratória (estudo 1.1, $n=600$) e a amostra utilizada na Análise Factorial Confirmatória (estudo 1.2, $n=307$). Contudo, como cada participante completou somente um subconjunto de instrumentos de medida, o tamanho da amostra variou entre 107 (MCQ-30) e 756 (DASS-42).

1.3.2 Instrumentos

Neste estudo foi utilizada uma bateria de questionários de auto-retrato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy* – versão modificada (LESS-M: Leahy Emotional Schemas Scale, 2002a; modificado e adaptado para a população portuguesa por Dinis & Pinto-Gouveia, 2007), a *Escala de Expressividade Emocional* (EES: Emotional Expressivity Scale, Kring et al., 1994; versão portuguesa de Dinis et al., 2011), a *Escala de Traço Meta-Humoral-30* (TMMS-30 - *Trait-Meta Mood Scale-30*; Salovey et al., 1995; traduzido para a língua portuguesa por Dinis & Pinto-Gouveia, 2006), o *Questionário de Metacognições-30* (MCQ-30: Metacognitions Questionnaire, Wells & Cartwright-Hatton, 2004; versão portuguesa de Dinis & Pinto-Gouveia, 2011), o *Questionário de Regulação Emocional* (ERQ: *Emotion Regulation Questionnaire*; Gross & John, 1998, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia & Dinis, 2006), o *Questionário de Aceitação e Acção* (AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire-II, Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2011), a *Escala de Respostas Ruminativas-versão reduzida* (RRS-SV: The Ruminative Response Scale- short version, Treynor et al., 2003; versão portuguesa de Dinis et al., 2011), *Escala de Proximidade e Ligação aos Outros* (SSPS: Social Safeness and Pleasure Scale; Gilbert et al., 2009b; traduzido para a língua portuguesa por Dinis et al., 2009), a *Escala de Afecto Positivo e Negativo* (PANAS: Positive and Negative Affect Schedule, Watson et al., 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), as *Escalas de Depressão Ansiedade e Stress -42* (DASS-42: Depression Anxiety Stress Scales-42, Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004), o *Inventário de Depressão de Beck* (BDI: Beck Depression Inventory, Beck et al., 1961; versão portuguesa de Vaz Serra & Abreu, 1973). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2.).

1.3.3. Estratégia Analítica

Para o estudo da validade convergente e divergente foram calculadas matrizes de correlações produto-momento de Pearson, de modo a analisar a magnitude e direcção das associações entre os dois factores

do LESS-M com medidas de constructos que teoricamente se esperaria que estivessem fortemente e significativamente relacionadas (constructos teoricamente paralelos) e com medidas de constructos que teoricamente se esperaria que não estivessem associadas ou que apresentassem uma fraca associação (constructos dissemelhantes). Através do teste de Kolmogorov-Smirnov começou-se por analisar a normalidade das variáveis, e adicionalmente os valores de assimetria e curtose com o intuito de averiguar a existência de enviesamentos severos em relação à média de cada uma das variáveis em estudo. A análise dos valores extremos foi efectuada através do diagrama de extremos e quartis, tendo-se verificado a existência de 6 observações extremas na variável DASS-Depressão e 8 na variável DASS-Ansiedade e uma observação extrema na variável BDI. Contudo, após se proceder à comparação dos resultados, com e sem a presença destas observações extremas, verificou-se que não ocorriam diferenças significativas, pelo que se optou pela sua manutenção nas análises estatísticas. A magnitude das correlações foi classificada como baixa (para valores entre $r=.10$ e $.29$), moderada (para valores entre $r=.30$ e $.49$) ou alta (para valores $> r=.50$) de acordo com as orientações de Cohen (1988, pp.79-81 tal como descrito em Pallant, 2010). A estatística descritiva e inferencial foi efectuada com recurso ao *software* SPSS (v.20; IBM SPSS Inc, Chicago, IL).

1.3.4. Resultados

Apesar do teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) indicar que a quase totalidade das variáveis em estudo não seguia uma distribuição normal (nível de significância $<.05$), a análise aos valores de assimetria e achatamento revelou que os desvios à normalidade, detectados pelo teste K-S, não constituíam violações graves ao pressuposto de normalidade (valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e valores absolutos de curtose inferiores a 8; Kline, 1998). Por outro lado, e de acordo com o teorema do limite central, em amostras de grande dimensão ($N > 30$), a distribuição da média amostral tende a se aproximar satisfatoriamente da distribuição normal. Na tabela 8 apresentam-se as estatísticas descritivas das variáveis em estudo.

Tabela 8
Valores médios, de desvio-padrão, da variação das pontuações, dos mínimos e máximos, de assimetria, de curtose e teste de K-S para cada uma das variáveis em estudo.

	M	DP	Varição	Mín-Máx	Assimetria	Curtose	K-S	p	α
LESS (n=907)									
Crenças negativas	2.89	0.99	1.00-6.00	1.00-5.85	0.222	-0.440	.052	.000	.88
Crenças validação emocional	4.29	0.94	1.00-6.00	1.00-6.00	-0.633	0.406	.105	.000	.75
EES (n=591)									
	4.10	0.72	1.00-6.00	1.71-5.94	-0.112	0.197	.048	.002	.88
TMMS (n=365)									
Regulação emocional	3.97	0.70	1.00-5.00	1.17-5.00	-0.763	0.601	.105	.000	.76
Atenção	3.84	0.51	1.00-5.00	2.31-4.92	-0.271	-0.306	.063	.002	.74
Clareza	3.84	0.61	1.00-5.00	2.18-5.00	-0.090	-0.476	.061	.002	.82
MCQ (n=107)									
Controlo do pensamento	1.80	0.56	1.00-4.00	1.00-3.50	0.431	-0.360	.120	.001	.74
Crenças Positivas	2.25	0.79	1.00-4.00	1.00-4.00	0.166	-0.744	.091	.031	.89
Confiança Cognitiva	1.92	0.66	1.00-4.00	1.00-3.50	0.605	-0.347	.112	.002	.84
Auto-conscienciosidade	2.37	0.71	1.00-4.00	1.00-4.00	0.029	-0.568	.066	.200	.83
Crenças Negativas	1.90	0.59	1.00-4.00	1.00-3.50	0.399	-0.292	.087	.043	.73
AAQ- II (n=308)									
	2.77	1.33	1.00-7.00	1.00-6.86	0.993	1.234	.094	.000	.88
ERQ (n=348)									
Supressão	3.28	1.30	1.00-7.00	1.00-7.00	0.168	-0.546	.066	.001	.80
Reavaliação cognitiva	4.56	1.11	1.00-7.00	1.00-7.00	-0.442	0.370	.100	.000	.79
RRQ- 10 (n=230)									
Cismar	2.25	0.59	1.00-4.00	1.00-4.00	0.392	-0.207	.117	.000	.76
Reflexivo	2.21	0.61	1.00-4.00	1.00-4.00	0.264	-0.353	.089	.000	.72
SSPS (n=380)									
	3.77	0.70	1.00-5.00	1.36-5.00	-0.305	-0.090	.069	.000	.91
DASS (n=756)									

Ansiedade	0.43	0.48	0.00-3.00	0.00-2.43	1.633	2.483	.185	.000	.92
Depressão	0.46	0.53	0.00-3.00	0.00-3.00	1.695	3.031	.192	.000	.94
Stresse	0.82	0.55	0.00-3.00	0.00-2.93	0.802	0.591	.080	.000	.93
PANAS (n=487)									
Positivo	3.00	0.73	1.00-5.00	1.00-5.00	-0.238	-0.133	.050	.006	.88
Negativo	1.83	0.68	1.00-5.00	1.00-4.30	1.134	1.139	.139	.000	.89
BDI (n=320)									
	0.31	0.27	0.00-3.00	0.00-1.62	1.296	2.082	.141	.000	.82

A análise aos coeficientes de correlação de Pearson (tabela 9) mostrou que as duas dimensões do LESS-M apresentam uma correlação negativa de baixa magnitude entre si ($r=-.17$; $p<.01$). Estes resultados, consonantes com os obtidos na análise discriminante do instrumento, são indicativos de que as duas dimensões não são meramente opostas, mas na realidade medem aspectos distintos das crenças acerca das emoções. A análise ao conteúdo dos itens leva a considerar a possibilidade da dimensão das *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo* (e.g., “Receio vir a perder o controlo se me permitir ter certo tipo de sentimentos”; “Tenho que me proteger de ter determinados sentimentos”; “Se aceitasse algumas das minhas emoções, elas “tomavam” conta de mim”) estar associada à percepção da experiência emocional como ameaçadora, ou seja, como sendo uma ameaça interna iminente, para a qual o indivíduo tem que estar vigilante (de modo a detectá-la o mais precocemente possível) e em relação à qual tem que actuar rapidamente para a controlar, evitar ou eliminar, sob pena de virem a ocorrer consequências nefastas caso não o faça. Já a dimensão das *crenças de validação emocional* parece ter uma natureza interpessoal, com o foco do perigo a ser externo ao indivíduo, ao estar associado à possível indisponibilidade de um outro que possa normalizar, compreender, legitimar e tranquilizar o indivíduo em relação à sua experiência emocional (e.g., “Os meus familiares (ou amigos) dizem-me que no meu lugar teriam as mesmas emoções”; “Quando partilho com os meus familiares (ou amigos) as minhas emoções eles são capazes de me tranquilizar/ acalmar”; “Os outros fazem-me sentir que as minhas emoções são normais e fazem sentido”). Neste sentido, e não obstante o facto de ambas as dimensões remeterem para possíveis avaliações, julgamentos e/ou interpretações, verifica-se que no caso da dimensão *crenças negativas* ela reflecte as avaliações e os julgamentos que os indivíduos fazem acerca das suas próprias experiências emocionais, e que no caso da dimensão *crenças de validação emocional* ela reflecte as avaliações e julgamentos que os indivíduos acreditam que os outros fazem acerca das suas emoções. Adicionalmente, dada a amplitude da amostra utilizada ($n=907$) e a baixa associação encontrada, considerou-se não fazer sentido obter um compósito total da escala, mas antes considerar que se tratam de duas dimensões/ sub-escalas independentes.

A análise dos coeficientes de correlação de Pearson entre as duas dimensões e as restantes variáveis em análise comprova que o LESS-M apresenta uma adequada validade convergente e divergente. Exemplo disso, é o facto da dimensão *crenças negativas acerca das emoções* apresentar correlações positivas e significativas, de magnitude baixa a alta, com todas as dimensões metacognitivas avaliadas pelo MCQ-30. Em particular, os resultados sugerem que os indivíduos que tendem a apresentar mais crenças meta-emocionais negativas acerca das suas emoções, isto é, que mais avaliam as suas emoções como incontroláveis, perigosas e ameaçadoras, são igualmente aqueles que tendem a apresentar crenças meta-cognitivas negativas acerca dos seus próprios pensamentos, endossando sobretudo mais crenças de incontrolabilidade e perigo acerca dos seus pensamentos e reportando uma maior necessidade de controlar os seus pensamentos dada a sua natureza ameaçadora e prejudicial. Já as correlações encontradas entre as dimensões metacognitivas e as crenças de validação emocional são de baixa magnitude (sendo que em relação a algumas das dimensões do MCQ-30 não alcançaram sequer o limiar de significância). Assim, e pelo anteriormente exposto, estes resultados fazem sentido se tivermos em consideração que as crenças de validação emocional têm um componente interpessoal, ou seja, não se referem a auto-avaliações negativas mas antes reflectem as crenças que os indivíduos apresentam acerca do modo como acreditam que os outros avaliam e respondem à sua experiência e expressão emocional. De referir contudo, que a relação entre as diferentes dimensões meta-cognitivas (avaliadas

através do MCQ-65 e MCQ-30) ou a preocupação patológica (PSWQ) e os esquemas emocionais (avaliados através da versão original do LESS) já havia sido demonstrado em estudos prévios (Leahy, 2003b, 2005b, 2006; Kamali et al., 2013; Yavuz et al., 2011), e que nesse sentido os resultados obtidos com a versão modificada no LESS fornecem resultados consonantes aos anteriormente obtidos e, como tal, igualmente indicativos de que a nova versão do LESS apresenta uma adequada validade convergente e divergente. Ainda em relação ao estudo da validade, verificou-se que ambas as dimensões do LESS-M apresentam correlações de magnitude moderada a alta com as diferentes habilidades de inteligência emocional (regulação emocional, clareza e atenção avaliadas pelo TMMS). Estes resultados sugerem que quanto mais crenças negativas os indivíduos apresentam acerca das suas emoções, ou seja, quanto mais avaliam e julgam as suas emoções como incompreensíveis, inaceitáveis, incontroláveis e perigosas mais negativa é a avaliação subjetiva que fazem relativamente às suas habilidades emocionais, percebendo-se como incapazes de identificar, descrever e discriminar as suas emoções, de lhes prestar atenção, ter consciência das mesmas e de as valorizar, assim como, de as regular eficazmente. Um resultado interessante é que a dimensão de crenças negativas acerca das suas emoções apresenta uma correlação de maior magnitude com a dimensão clareza da inteligência emocional o que sugere que a percepção de incapacidade para identificar, descrever, discriminar e compreender as emoções tende a estar associada à percepção das emoções como ameaçadoras, perigosas e prejudiciais. No sentido contrário verificou-se, como seria de esperar, que os indivíduos que acreditam que os outros aceitam, compreendem, tranquilizam os seus estados emocionais negativos, têm igualmente uma percepção subjetiva mais positiva das suas habilidades para atender, compreender, expressar e regular as suas emoções adequadamente.

Adicionalmente, verificou-se que o LESS-M apresenta associações no sentido esperado (ainda que de baixa magnitude) com a expressividade emocional geral (avaliada pelo EES) o que demonstra que os dois questionários avaliam constructos teoricamente dissemelhantes, ou seja, de que as crenças acerca das emoções e as crenças de validação emocional não se refletem fortemente no grau em que as pessoas tendem a exteriorizar as suas emoções, independentemente da sua valência ou canal de expressão. De referir contudo, de que os resultados evidenciam uma ténue tendência, com os respondentes que reportam mais crenças negativas acerca das suas emoções a apresentarem uma menor expressividade emocional geral e os que reportam mais crenças de validação emocional, ou seja, que acreditam que os outros aceitam, normalizam e legitimam as suas emoções negativas a apresentarem um grau ligeiramente mais elevado de expressividade emocional geral.

Os resultados mostraram ainda que os indivíduos que apresentam mais crenças negativas acerca das suas emoções tendem igualmente a ruminar mais nas consequências negativas dos seus estados emocionais negativos e nos obstáculos à resolução dos seus problemas mas também para ganhar *insight* sobre as causas dos seus estados emocionais (com ambas as dimensões da ruminação a serem avaliadas através do RRQ-VR). Este resultado é concordante com o modelo teórico dos esquemas emocionais que postula que os indivíduos que tendem a fazer interpretações negativas sobre as suas emoções tendem a entrar num ciclo vicioso caracterizado pelo estilo de pensamento perseverante ruminativo (Leahy, 2002a, 2007a, Leahy, 2011, Leahy et al., 2011). Já as crenças de validação emocional não se revelaram significativamente associadas à ruminação. Este resultado poderá sugerir que os indivíduos que acreditam que os outros não validam, legitimam ou tranquilizam os seus estados emocionais negativos não apresentam, necessariamente, um estilo de pensamento ruminativo centrado nos próprios estados emocionais negativos. Este resultado poderá ainda ser explicado pelo facto das crenças de validação emocional serem centradas numa ameaça externa ao eu _ na possibilidade do indivíduo poder perder suporte e validação emocional _ enquanto o pensamento perseverante ruminativo é centrado numa ameaça interna, que são os próprios estados emocionais negativos. Esta explicação faz sentido se considerarmos igualmente o padrão de associações entre o LESS-M e o grau de segurança e de afecto positivo que os respondentes experienciam nas suas relações sociais (avaliados pelo SPSS). De facto,

verificou-se que quanto mais os indivíduos acreditam que os outros irão validar, compreender e acalmar os seus estados emocionais mais, como seria de esperar, eles avaliam positivamente o seu mundo social e experienciam as suas relações sociais como sendo seguras, suportivas, calorosas e tranquilizadoras. No sentido contrário, e ainda que num menor grau, verificou-se que uma avaliação negativa das emoções como sendo incontroláveis e perigosas está associada a uma avaliação das relações sociais como sendo pouco suportivas e seguras e dos outros como sendo pouco aceitantes, compreensivos e tranquilizadores. Dito de outro modo este resultado sugere que as relações sociais podem assumir um papel relevante na avaliação e julgamento dos estados emocionais negativos dado que na presença de um outro, que fomente a presença de sentimentos de segurança, suporte e calor, os juízos parecem tender a ser mais positivos, aceitantes e apaziguadores.

Um resultado interessante foi o da forte associação encontrada entre as crenças de incontrolabilidade e perigo acerca das emoções negativas e o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica, que parece sugerir que quanto mais os indivíduos avaliam negativamente os seus estados emocionais mais tendem a deixar-se enredar pelos seus julgamentos críticos e avaliativos e a apresentar um repertório comportamental rígido e inflexível, caracterizado pela adopção de comportamentos que visam o controlo, evitamento ou extinção desses estados emocionais. Esta associação é importante, sobretudo se tivermos em atenção que os comportamentos que visam o controlo, o evitamento ou a extinção dos eventos privados avaliados como aversivos e indesejáveis têm efeitos contraproducentes (Hayes et al., 1996), nomeadamente, porque contribuem para a manutenção e/ ou exacerbação dos eventos privados que pretendiam precisamente evitar (Wegner & Zanakos, 1994; Kashdan et al., 2006; Silberstein et al., 2012) e para o reforço das interpretações negativas dos próprios estados emocionais (Leahy, 2002a, 2011; Leahy et al., 2011). Já as crenças de validação emocional tendem a estar associadas a um menor evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica, possivelmente porque quanto mais os indivíduos acreditam que os outros compreendem, aceitam e validam as suas emoções, menos antecipam crítica e rejeição por parte dos outros (em relação às suas emoções) e, como tal, menos tendem a se fundir com os seus juízos avaliativos, e menos se sentem compelidos a ter que evitar os contextos geradores de estados emocionais negativos ou a ter que esconder e controlar as suas emoções perante os outros. A este respeito, verificou-se ainda que os resultados obtidos com a nova versão do LESS são concordantes com os de estudos prévios que haviam já demonstrado a existência de uma associação significativa entre as dimensões dos esquemas emocionais (avaliadas através do LESS original) e o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica (Napolitano et al., 2009a, 2009b; Leahy et al., 2012; Riskind & Kleiman, 2012; Silberstein et al., 2012; Tirch et al., 2009, 2012). No mesmo sentido resultados mostraram que os indivíduos que apresentam mais crenças de incontrolabilidade e perigo acerca das suas emoções negativas tendem a recorrer mais à supressão expressiva (avaliada pelo ERQ), possivelmente, na tentativa de com esta estratégia de regulação emocional conseguirem diminuir a experiência subjectiva dos seus estados emocionais. Já os que apresentam mais crenças de validação emocional são mais eficazes a conseguir modificar o modo como pensam acerca das situações possivelmente evocativas das suas emoções (a reavaliarem cognitivamente a situação, tendo sido esta dimensão avaliada igualmente pelo ERQ), conseguindo deste modo diminuir o seu impacto emocional negativo (*i.e.*, a sua experiência subjectiva) e aumentado a possibilidade de conseguir regular os seus estados emocionais negativos de forma adaptativa.

Por último, verificou-se que, como seria de esperar os indivíduos que apresentam mais crenças negativas acerca das suas emoções apresentam níveis mais elevados de afecto negativo (avaliado pelo PANAS), ou seja, uma perturbação subjectiva e um grau mais elevado de emoções de valência desagradável e aversiva e um menor grau de afecto positivo (também avaliado pelo PANAS) manifestado pela presença de tristeza e letargia. Um resultado curioso foi o de que apesar dos indivíduos que acreditam que os outros validam as suas emoções tenderem a apresentar um menor grau de afecto negativo eles não apresentam, necessariamente, um grau mais elevado de afecto

positivo. Contudo é preciso ressaltar que esta medida de afecto positivo (avaliada pelo PANAS) se refere à presença de afecto de valência agradável associado ao sentir-se enérgico, activo e concentrado, enquanto que é expectável, que a dimensão de crenças de validação emocional esteja sobretudo associada a emoções positivas agradáveis mas associadas aos sentimentos de segurança, protecção, calor e acalmia sentidos no contexto das relações sociais estabelecidas.

Por último as crenças de incontrolabilidade e perigo acerca das emoções estão associadas à presença mais acentuada de sintomas de ansiedade, stresse (avaliados através do DASS-42) e depressão (avaliados através do DASS-42 e do BDI), enquanto que o contrário se verifica para as crenças de validação emocional, que estão associadas à presença de um menor grau de sintomas psicopatológicos (avaliados igualmente através do DASS-42 e do BDI).

Tabela 9

Correlações produto-momento de Pearson entre os esquemas emocionais (LESS-M), a expressividade emocional (EES), a inteligência emocional (TMMS-30), a metacognição (MCQ-30), o evitamento experiencial (AAQ-II), a regulação emocional (ERQ), a ruminação (RRQ-VR), a segurança nas relações sociais (SSOPS), o afecto positivo e negativo (PANAS) e a psicopatologia (DASS-42 e BDI).

	Crenças negativas	Crenças validação emocional
LESS-M (n=907)		
Crenças negativas	1	-.17**
Crenças validação emocional	-.17**	1
EES (n=591)		
	-.21**	.26**
TMMS-30 (n=365)		
Regulação emocional	-.41**	.29**
Atenção	-.33**	.27**
Clareza	-.61**	.38**
MCQ-30 (n=107)		
Controlo do pensamento	.52**	-.25**
Crenças Positivas	.36**	n.s.
Confiança Cognitiva	.28**	n.s.
Auto –conscienciosidade	.35**	-.19*
Crenças Negativas	.58**	-.22*
AAQ-II (n=308)		
	.64**	-.32**
ERQ (n=348)		
Supressão	.37**	-.24**
Reavaliação	n.s.	.14**
RRQ-VR (n=230)		
Cismar	.37**	n.s.
Reflexivo	.30**	n.s.
SSPS (n=418)		
	-.27**	.41**
DASS (n=756)		
Depressão	.51**	-.31**
Ansiedade	.47**	-.31**
Stress	.52**	-.29**
PANAS (n=487)		
Positivo	-.12*	n.s.
Negativo	.41**	-.19**
BDI (n=320)		
	.41**	-.21**

*p< .05; ** p< .01

1.4. A relação entre os Esquemas Emocionais e a Psicopatologia

Tende em consideração os resultados obtidos no estudo anterior e com o intuito de melhor compreender a relação entre os esquemas emocionais e a psicopatologia, foram conduzidas análises com o intuito de examinar se os factores do LESS-M prediziam significativamente a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stresse (avaliadas através do DASS-42).

1.4.1. Participantes

À semelhança do estudo anterior a amostra utilizada neste estudo resulta da junção das duas amostras não-clínicas anteriormente descritas, ou seja, da amostra utilizada na análise factorial exploratória (estudo 1.1, $n=600$) juntamente com a amostra utilizada na análise factorial confirmatória (estudo 1.2, $n=307$). No entanto, como dos 907 participantes, apenas 756 preencheram simultaneamente o LESS-M e o DASS-42, somente estes foram considerados nas análises subsequentes. Como tal, dos 756 indivíduos da população geral que participaram no estudo, 603 (79.8%) são participantes do sexo feminino e 153 (20.2%) são participantes do sexo masculino. No seu conjunto os participantes apresentaram uma média de idades de 37.18 ($DP=10.77$), e em relação às habilitações literárias apresentaram uma média de 13.65 anos de escolaridade ($DP=3.88$). No que concerne ao estado civil, 60.2% ($n=455$) dos participantes era casado ou vivia em união de facto e 32.3% ($n=244$) era solteiro. Em relação à situação profissional 58.9% ($n=445$) tinham profissões de classe média e 6.6% ($n=50$) eram estudantes.

1.4.2. Estratégia Analítica

Após se ter procedido à análise descritiva das variáveis em estudo, com o intuito de averiguar a possível existência de diferenças estatisticamente significativas por género nas médias das variáveis em estudo, procedeu-se ao cálculo do teste t de Student para amostras independentes. Foram validados os pressupostos relativos à utilização deste procedimento estatístico, nomeadamente a independência das observações, a normalidade da distribuição e da homogeneidade das variâncias (este último avaliado através do teste de Levene). Neste procedimento considerou-se o nível de significância $\alpha \leq .05$ ⁷¹ como indicativo da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos. A estatística descritiva e inferencial foi efectuada com recurso ao *software* SPSS (v.20; IBM SPSS Inc, Chicago, IL). Em seguida, recorreu-se à análise multigrupos (efectuado através do AMOS; v. 20, IBM SPSS Inc, Chicago, IL) para avaliar se a estrutura do modelo teórico hipotetizado se revelava equivalente (invariante) para o género feminino e para o género masculino dado que em relação à variável crenças de validação emocional se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre géneros. A análise multigrupos permite averiguar se a qualidade global do ajustamento do modelo difere para o género feminino e para o género masculino, bem como nos permite analisar se as trajetórias causais (*i.e.*, os coeficientes estruturais que indicam a magnitude dos efeitos diretos, indiretos e totais), as covariâncias existentes entre as variáveis predictoras e os resíduos associados às variáveis (mediadora e dependente) se mantêm ou não invariantes nos dois grupos (género feminino e masculino) que são mutualmente exclusivos. A invariância do modelo de medida foi avaliada nos dois grupos (género feminino e género masculino) por comparação do modelo livre (com trajetórias estruturais, covariâncias e resíduos livres) com um modelo constricto onde foram fixadas as trajetórias

⁷¹ De acordo com Stevens (1996 como citado em Pallant, 2010) em amostra de grandes dimensões (com mais de 100 participantes) não é necessário proceder a reajustamentos no nível de significância para garantir o *poder* do procedimento estatístico implementado, ou seja, o grau de confiança nos resultados obtidos é elevado.

estruturais, as covariâncias e os resíduos dos dois grupos e a significância estatística das diferenças dos dois modelos foi feita com o teste do qui-quadrado como descrito em Marôco (2010b).

Após estas análises preliminares, o passo seguinte, foi a condução de uma análise de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) com recurso ao *software* AMOS (v. 20, IBM SPSS Inc, Chicago, IL). Este procedimento estatístico revela-se mais adequado do que a realização separada de três modelos de regressão múltipla univariada (um para cada variável dependente) dado que existe uma forte estrutura correlacional entre as variáveis dependentes⁷² (Marôco, 2010b). No modelo hipotético causal, as *crenças de perigosidade acerca das emoções* e as *crenças de validação emocional* são consideradas variáveis exógenas (dado que a sua variabilidade é determinada por variáveis não consideradas no modelo) e a *sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stresse* são consideradas variáveis endógenas, dado que a sua variabilidade é explicada pelas variáveis endógenas e/ou por outras variáveis não consideradas no modelo (motivo pelo qual foi adicionado um resíduo a cada uma destas variáveis, que representa a proporção de cada uma das variáveis endógenas que não é explicada pelas variáveis exógenas do modelo). Por fim, dado que as variáveis endógenas se encontram associadas foi adicionada uma trajetória correlacional entre ambas. Consideraram-se como estatisticamente significativos os efeitos com $p < .05$. Relativamente aos pressupostos associados a este procedimento estatístico, os resultados mostraram que nenhuma das variáveis apresentava valores de assimetria e de curtose indicativos de violações severas à distribuição normal (assimetria $< |3|$; curtose $< |8-10|$, Kline, 1998, 2005). A análise dos valores da distância quadrada de *Mahalanobis* (DM^2) sugeriu a possível existência de algumas observações *outliers* ($p_1; p_2 < .05$), contudo optou-se por manter essas observações uma vez que ao se constituírem como fonte de variabilidade poderia suscitar interesse a sua análise. Já a presença de multicolinearidade foi analisada através do factor de inflação da variância (*Variance Inflation Factor*, VIF) com recurso ao SPSS (v.17, Chicago IL). Nenhuma das variáveis apresentou VIF indicadores de multicolinearidade (> 5.0). Os coeficientes de regressão, os respectivos erros-padrão e os coeficientes de determinação (R^2 , para cada uma das variáveis dependentes) foram estimados através do método da máxima verosimilhança.

1.4.3. Estatística Descritiva e Resultados Preliminares

Os valores médios e de desvio-padrão (para a amostra total e por género), assim como os valores de consistência interna (α de Cronbach) das variáveis em estudo são apresentados na tabela 10. Todas as escalas apresentaram valores de consistência interna elevados ($> .70$). Os resultados do teste *t* de Student para amostras independentes demonstrou que não existiam diferenças significativas entre géneros nas médias das variáveis em estudo, à excepção da variável *crenças de validação emocional*, em que se verificou que as participantes do género feminino ($M=4.34$; $DP=0.91$) reportavam valores médios significativamente mais elevados que os participantes do género masculino ($M=4.02$; $DP=1.01$).

Tabela 10
Comparação das variáveis em estudo por género. Cálculo do teste t de Student para amostras independentes e dos valores de eta quadrado. Valores de consistência interna (alfas de Cronbach) das variáveis.

	Total (n=756)		Género feminino (n=603)		Género masculino (n=153)		t	p	α
	M	DP	M	DP	M	DP			
LESS-M									
Crenças de perigosidade	2.88	1.00	2.89	1.00	2.88	1.00	-0.083	.934	.89
Crenças de validação	4.28	0.94	4.34	0.91	4.02	1.01	3.799	.000	.74

⁷² O cálculo das correlações produto-momento de Pearson revelou que as variáveis dependentes se correlacionam positiva e significativamente ($r_{\text{depressão.ansiedade}} = -.73, p < .001$; $r_{\text{depressão.stresse}} = .68, p < .001$; $r_{\text{ansiedade.stresse}} = .68, p < .001$).

DASS									
Depressão	0.46	0.53	0.46	0.53	0.47	0.54	-0.241	.810	.94
Ansiedade	0.43	0.48	0.43	0.48	0.45	0.49	-0.355	.722	.92
Stress	0.82	0.55	0.83	0.56	0.80	0.55	0.454	.650	.95

1.4.4. Resultados da análise multigrupos

Em seguida procedeu-se à análise multigrupos. O primeiro passo foi averiguar, através do teste da diferença de χ^2 (que compara o ajustamento modelo livre com o ajustamento do modelo com os coeficientes de trajectória estruturais fixos), se a estrutura dos coeficientes de trajectória diferia significativamente para o género masculino e feminino. Sendo $\chi^2_{\text{dif}} = 1.828 < \chi^2_{0.95;(16)} = 26.296$ e o p value associado ao χ^2_{dif} igual a .935, verifica-se que a qualidade de ajustamento do modelo se revela invariante para o género masculino e feminino, e como tal, que os coeficientes das trajectórias causais não diferem significativamente por género. Em seguida foi comparado o modelo com trajectórias estruturais fixas com o modelo com as trajectórias estruturais e covariâncias fixas, tendo-se verificado que os modelos não diferem significativamente em relação à qualidade de ajustamento ($\chi^2_{\text{dif}(3)} = 5.348$; $p = .148$). Por fim, a comparação do modelo com trajectórias estruturais e covariâncias fixas e erros livres com o modelo com trajectórias estruturais e covariâncias fixas também não difere significativamente ($\chi^2_{\text{dif}(6)} = 1.750$, $p = .941$). Neste sentido os resultados apontam para a invariância do modelo por géneros.

1.4.5. Resultados da regressão linear múltipla multivariada

A análise da significância das trajetórias mostrou que as *crenças de perigosidade acerca das emoções* e as *crenças de validação emocional* são variáveis predictoras importantes e estatisticamente significativas na explicação da *sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress*. Mais concretamente, as crenças de perigosidade acerca das emoções e as crenças de validação emocional explicam 30% da variação observada na sintomatologia depressiva, tendo-se verificado que a trajetória *crenças de perigosidade acerca das emoções* \rightarrow *sintomatologia depressiva* ($b = .245$; $EP = .016$; $p < .001$; $\beta = .462$) é estatisticamente significativa, assim como a trajetória *crenças de validação emocional* \rightarrow *sintomatologia depressiva* ($b = -.124$; $EP = .018$; $p < .001$; $\beta = -.220$). De modo semelhante, as crenças de perigosidade acerca das emoções e as crenças de validação emocional explicam 27% da variabilidade da sintomatologia ansiosa, sendo ambas as trajetórias estatisticamente significativas, *crenças de perigosidade acerca das emoções* \rightarrow *sintomatologia ansiosa* ($b = .207$; $EP = .015$; $p < .001$; $\beta = .427$) e *crenças de validação emocional* \rightarrow *sintomatologia ansiosa* ($b = -.115$; $EP = .016$; $p < .001$; $\beta = -.223$). Por último, as variáveis exógenas explicam conjuntamente 31% da variabilidade da sintomatologia associada ao stress, sendo igualmente ambas as trajetórias estatisticamente significativas, *crenças de perigosidade acerca das emoções* \rightarrow *sintomatologia associada ao stress* ($b = .268$; $EP = .012$; $p < .001$; $\beta = .482$) e *crenças de validação emocional* \rightarrow *sintomatologia associada ao stress* ($b = -.110$; $EP = .018$; $p < .001$; $\beta = -.187$). Adicionalmente verificou-se que correlação entre os preditores é estatisticamente significativa embora fraca ($r = -.20$, $p < .001$). Pelo contrário verificou-se que as variáveis dependentes estão fortemente associadas (com valores de covariância estandardizada entre os resíduos superiores a .65), o que comprova que a opção para se realizar uma análise de regressão múltipla multivariada se revela como a mais adequada aos dados em análise. A figura 4 ilustra o modelo com as estimativas estandardizadas dos coeficientes de regressão, os coeficientes de determinação (R^2) das variáveis dependentes, e os valores de correlação entre os erros das variáveis dependentes.

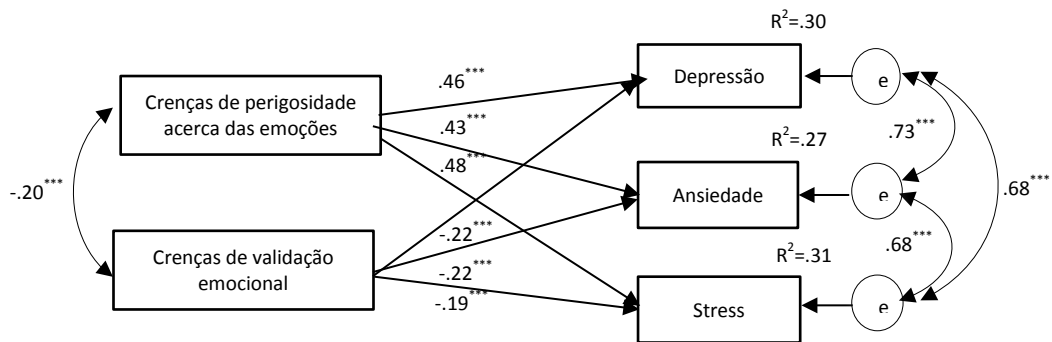


Figura 4. Influência das crenças de perigosidade acerca das emoções e das crenças de validação emocional na explicação da sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stress numa ampla amostra não clínica (n=756). Todos os preditores são estatisticamente significativos, *** $p < .001$

A análise aos valores dos coeficientes de regressão estandardizados permitiu concluir que as crenças de perigosidade acerca das emoções, quando controlado o efeito das crenças de validação emocional (e comparativamente a estas), exercem um efeito (negativo) manifestamente mais expressivo na explicação dos sintomas depressivos, ansiosos e associados ao stress. Neste sentido os resultados sugerem que os indivíduos que apresentam uma visão negativa acerca das suas emoções (como incontroláveis, perigosas, inaceitáveis, e prejudiciais) tendem a apresentar mais sintomas psicopatológicos. Por outro lado, os resultados evidenciam que as crenças de validação emocional continuam a ter um efeito independente e único na explicação dos sintomas psicopatológicos, o que significa que quanto mais os indivíduos acreditam que as suas emoções serão aceites, normalizadas e validadas pelos outros menos sintomas psicopatológicos tendem a apresentar. A relação entre os esquemas emocionais e a psicopatologia já havia sido anteriormente investigada e demonstrada (e.g., Leahy, 2002a), e no seu conjunto, os resultados agora obtidos são concordantes com alguns estudos realizados com a medida original do LESS (e descritos em Leahy et al., 2011) que de igual modo haviam demonstrado que a percepção de perda de controlo, a incompreensibilidade e a invalidação (entre outras dimensões do LESS) prediziam significativamente os sintomas depressivos e de que a percepção de perda de controlo e a incompreensibilidade (entre outras dimensões) prediziam significativamente a sintomatologia ansiosa.

1.5. A utilização do LESS-M na discriminação entre amostras clínicas e não-clínicas

Dado que o LESS-M foi um instrumento desenvolvido no âmbito da presente dissertação com o intuito de poder vir a constituir-se como uma medida útil na prática clínica, considerou-se importante averiguar se os factores que o compõem têm a capacidade de discriminar entre os indivíduos com e sem psicopatologia diagnosticada. Mais concretamente, a hipótese colocada foi a de que os indivíduos que pertencem à amostra clínica apresentam pontuações significativamente mais elevadas no factor crenças negativas e, significativamente mais baixas no factor crenças de validação emocional, comparativamente às pontuações apresentadas pelos indivíduos que pertencem à população geral. De modo a incrementar a validade do estudo, optou-se por utilizar três amostras, duas amostras não-clínicas e uma amostra clínica, considerando que se a hipótese colocada fosse corroborada encontraríamos diferenças estatisticamente significativas entre amostra clínica e cada uma das amostras não-clínicas, o mesmo não ocorrendo entre ambas as amostras não-clínicas, que não se diferenciariam significativamente entre si nos valores médios apresentados em ambos os factores do LESS-M.

1.5.1. Participantes

Neste estudo foram utilizadas três amostras, duas amostras não-clínicas e uma amostra clínica. As amostras não-clínicas correspondem as amostras utilizadas na Análise Factorial Exploratória (estudo 1.1, $n=600$) e na análise factorial confirmatória (estudo 1.2, $n=307$). A amostra clínica corresponde à amostra utilizada na análise factorial confirmatória (estudo 1.2, $n=307$).

1.5.2. Estratégia Analítica

Para testar a hipótese em estudo procedeu-se a duas análises de variância entre -grupos a um factor (*one way between-groups ANOVA*), com os factores do LESS-M como variáveis dependentes e a variável grupo, composta por três níveis (1-amostra clínica, 2-amostra não-clínica I, 3- amostra não-clínica II), como variável independente.

Em primeiro lugar testou-se o pressuposto da distribuição normal das variáveis através da análise dos valores de assimetria e de curtose, da inexistência de outliers através da análise aos diagramas de extremos e quartis e o pressuposto da homogeneidade das variâncias através do teste de Levene. De acordo com os resultados obtidos no teste de Levene procedeu-se à análise do F da ANOVA (no caso das variâncias serem homogéneas) ou do F de Welch (no caso das variâncias serem heterogéneas). A comparação múltipla de médias, de modo a identificar em qual (ou quais) dos pares de médias ocorria uma diferença estatisticamente significativa, foi efectuada através do teste de *Scheffé* (no caso das variâncias serem homogéneas) e do teste de Games-Howell (no caso das variâncias serem heterogéneas).

Dado que as duas variáveis dependentes se encontram conceptualmente relacionadas, foi necessário se proceder ao cálculo de duas ANOVAS separadamente e utilizar-se um nível de significância mais rigoroso na análise dos resultados. Neste sentido, utilizou-se a correção de *Bonferroni* que consiste em dividir o valor de alfa tipicamente utilizado neste procedimento estatístico (.05) pelo número de variáveis dependentes ($.05/2=.025$), tendo-se utilizado este novo valor como ponte de corte, só se considerando as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no caso do valor de probabilidade associado se revelar inferior a .025.

Para medir a dimensão do efeito (i.e. da magnitude das diferenças encontradas entre os grupos em comparação) calculou-se o η^2 (*Eta squared*) interpretado de acordo com as diretrizes de Cohen (1988, pp.284-87, tal como descrito em Pallant, 2010). Os procedimentos estatísticos foram realizados com recurso ao software SPSS (v.17; SPSS Inc, Chicago, IL).

1.5.3. Resultados

A análise aos diagramas de extremos e de quartis comprovou a inexistência de valores extremos que pudessem enviesar os resultados. De igual modo, não se verificaram violações severas à distribuição normal (valores de assimetria $<|3|$ e valores de curtose $<|8|$, Kline, 1998) nas três amostras em estudo.

Os resultados do teste de Levene indicaram que as variâncias eram homogéneas quanto ao factor “crenças negativas” ($p=.386 > .05$), mas heterogéneas quanto ao factor “crenças de validação emocional” ($p < .001$), pelo que no primeiro caso foi utilizado F da ANOVA e no segundo caso o $F_{w\ de}$ Welch para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias (de ambos os factores) nos três grupos em análise. Dado que tanto o F da ANOVA [(2,1211)=189.667; $p < .001$] como o

$F_{w \text{ de Welch}} [(2;628.513)=73.957; p <.001]$ se revelaram estatisticamente significativos, pode concluir-se de que existia pelo menos uma diferença significativa entre as médias dos factores nos grupos em análise. Como tal procedemos à comparação múltipla de médias de modo a identificar qual ou quais os pares de médias em que ocorria essa diferença, optando-se pelo teste de *Scheffé* quando se pretendeu avaliar a existência de diferenças relativamente ao factor “crenças negativas” e o teste de Games-Howell em relação ao factor “crenças de validação emocional” (tabela 11). Os resultados indicaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras não-clínicas quando comparadas à amostra clínica, quer ao nível das crenças negativas quer relativamente às crenças de validação emocional. Mais concretamente os indivíduos da amostra clínica reportaram mais crenças negativas ($M=4.17; DP=1.00$) comparativamente aos participantes de ambas as amostras não-clínicas (amostra não-clínica I: $M=2.89; DP=1.02$; amostra não-clínica II; $M= 2.89; DP=0.97$). No sentido contrário, a amostra clínica apresentou níveis médios inferiores de crenças de validação emocional ($M=3.41; DP=1.14$) comparativamente às amostras não-clínicas (amostra não-clínica I: $M=4.30; DP=0.95$; amostra não-clínica II: $M=4.29; DP=0.94$). De referir que as amostras não-clínicas não se diferenciam significativamente entre si nos valores médios apresentados em ambos os factores.

Tabela 11

Valores médios, de desvios-padrão, teste F e Post-Hocs para as três amostras.

	Amostra clínica (n=307)		Amostra não-clínica I (n=307)		Amostra não-clínica II (n=600)		F	p	Post-hocs
	M	DP	M	DP	M	DP			
Crenças negativas	4.17	1.00	2.89	1.02	2.89	0.97	189.667	<.001	ANCI/ANCI < AC**
Crenças de validação emocional	3.41	1.14	4.30	0.95	4.29	0.94	73.957	<.001	ANCI/ANCI > AC**

AC= amostra clínica; ANCI= amostra não-clínica I; ANCI= amostra não-clínica II; ** $p <.001$

No sentido de avaliar a magnitude das diferenças encontradas entre as médias procedeu-se ao cálculo do η^2 , dado que esta medida indica qual é a proporção da variância total da VD que é explicada pelos diferentes níveis da VI. Obteve-se um valor de *eta square* de 0.24 para o factor crenças negativas e de 0.13 para o factor crenças de validação emocional o que de acordo com os valores de referência reportados por Cohen (1988, pp.284-287), nos permite classificar o tamanho do efeito como “grande”. Dito de outro modo, não só as amostras não-clínicas se diferenciam de modo estatisticamente significativo da amostra clínica em termos das pontuações médias obtidas nos dois factores do LESS-M, como essas diferenças são de elevada magnitude.

Discussão Geral

O objectivo do presente estudo era o de validar para a população portuguesa o *Leahy Emotional Schemas Scale* (Leahy, 2002a) que é um instrumento de auto-resposta que permite avaliar os esquemas emocionais que os indivíduos apresentam acerca das suas emoções. Contudo, devido a critérios teóricos e estatísticos (apresentados na introdução do capítulo) foi necessário proceder à modificação, aditamento e/ou eliminação de diversos itens que compunham o LESS. Neste sentido, a nova versão foi denominada de Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – versão modificada (LESS-M; *Leahy Emotional Schemas Scale – modified version*). A análise ao conteúdo dos itens da versão modificada obtida mostra que o LESS-M avalia especificamente as interpretações e julgamentos negativos (*i.e.*, as conceptualizações) que os indivíduos fazem dos seus estados emocionais mas não as estratégias de regulação emocional que porventura empregam em resposta às suas avaliações negativas.

No que concerne ao estudo da dimensionalidade do LESS-M os resultados da análise factorial exploratória (com componentes principais) apontaram para a existência de uma estrutura bi-factorial, com os dois factores extraídos, a receberam a denominação (tendo em conta o conteúdo dos itens que compõem cada dimensão) de *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo* ('crenças negativas') e *crenças de obtenção de validação emocional por parte dos outros* ('crenças de validação emocional'). Em seguida, esta estrutura bi-factorial foi testada, e confirmada, empiricamente numa segunda amostra (resultante da junção de uma amostra não-clínica com uma amostra clínica) através de uma análise factorial confirmatória. E se o modelo bi-factorial testado apresentou um bom ajustamento à matriz de dados (tal como demonstrou a análise aos índices de ajustamento global), os 17 itens que compõem o LESS-M apresentaram valores de ajustamento local adequados, ao terem revelado possuir saturações significativas e de valor apropriado na marcação de cada um dos respectivos factores. A este respeito, é importante ressaltar que apesar dos factores empíricos obtidos se terem revelado claramente consistentes e interpretáveis de acordo com o abordagem teórica que serviu de linha orientadora para o desenvolvido do LESS-M, este instrumento de medida apenas possibilita a avaliação de um restrito conjunto de crenças que os indivíduos podem apresentar acerca das suas emoções (neste caso de *incontrolabilidade e perigo* e de *validação emocional*) e não um amplo e exaustivo universo de avaliações e julgamentos que porventura os indivíduos podem apresentar acerca das suas emoções. Contudo, tendo em conta a ampla amostra quer da população geral quer da população clínica em que foram conduzidas as análises estatísticas, é possível supor que este conjunto de crenças (que é porventura apenas um de entre outros possíveis) elaborado a partir de um modelo teórico que foi empiricamente testado e validado, seja pelo menos representativo de crenças comuns apresentadas pelos indivíduos acerca das emoções. Os resultados das análises psicométricas aos itens demonstraram ainda que, tendo em conta diversos critérios estatísticos, que as duas dimensões do LESS-M apresentam uma boa consistência interna e uma adequada validade de constructo (avaliada através de três componentes: o factorial, o discriminante e o convergente convergente).

Adicionalmente a análise dos coeficientes de correlação de Pearson entre as duas dimensões do LESS-M com outros constructos teóricos (*i.e.*, as crenças meta-cognitivas, a expressividade emocional, a ruminação, a reavaliação cognitiva e a supressão expressiva, o evitamento experiencial/ flexibilidade psicológica, o grau de segurança e de afecto positivo experienciado nas relações sociais) sugerem que ambas as dimensões apresentam uma adequada validade convergente e divergente. Adicionalmente, tendo em consideração a magnitude e o sentido do coeficiente de correlação encontrado para as duas dimensões do LESS coloca-se a hipótese das mesmas reflectirem dois focos distintos relativos à percepção e avaliação de ameaças, com as *crenças negativas acerca das emoções* a reflectirem uma percepção da emoção como uma ameaça interna ao Eu, associada à necessidade de detecção precoce e à antecipação de consequências nefastas que estão associadas à sua experimentação; enquanto as *crenças de validação emocional* parecem reflectir uma percepção de ameaça em que o foco é externo ao Eu, em que o outro é visto como incapaz de fornecer uma fonte de suporte, acalmia e segurança, ou seja, incapaz de compreender, normalizar e responder adequadamente à sua experiência emocional. Por último, O LESS-M, e em particular as suas duas sub-escalas, mostraram-se capazes de discriminar de forma significativa indivíduos da população geral sem psicopatologia de indivíduos da população geral com psicopatologia. Dito de outro modo, verificou-se que as duas amostras não-clínicas não se diferenciavam significativamente entre si, mas ambas diferenciavam-se significativamente da amostra clínica, com os doentes a endossarem mais crenças de incontrolabilidade e perigo em relação às suas emoções e menos crenças de validação emocional, em comparação com os participantes das amostras não-clínicas.

Em síntese, no seu conjunto os cinco estudos conduzidos forneceram evidências empíricas preliminares de que o LESS-M é um instrumento de auto-resposta adequado para avaliar as crenças de incontrolabilidade e perigo acerca das emoções e as crenças de validação emocional, tanto em amostras

não-clínicas como em amostras clínicas. Contudo, tendo sido as primeiras análises estatísticas conduzidas à versão modificada do LESS, os resultados apenas podem ser interpretados como sendo preliminares e como necessitando de futura validação.

Limitações e Futuras Direcções

Muito recentemente, e já após as análises conduzidas à versão modificada do *Leahy Emotional Schemas Scale*, foram publicados três novos instrumentos de medida com o intuito de colmatar a escassez de instrumentos existentes na literatura para avaliar as crenças acerca das emoções. Em particular, o *Beliefs about Emotions Scale* (Rimes & Chalder, 2010) foi desenvolvido com o intuito de avaliar as crenças acerca da inaceitabilidade em experienciar e expressar pensamentos e emoções negativas. Porém, é importante ressaltar que a análise ao conteúdo dos itens que compõem a escala, sugere que dos doze itens que a integram dois deles são referentes a pensamentos (“É um sinal de fraqueza se eu tiver pensamentos miseráveis”; “É estúpido ter pensamentos miseráveis”) e os restantes, na sua grande maioria, referem-se não às crenças que o indivíduo tem acerca das suas próprias emoções mas ao que ele acredita que os outros iriam pensar ou como iriam agir se ele experienciasse ou expressasse as suas emoções (e.g., “Se eu perder o controlo das minhas emoções à frente dos outros eles vão pensar menos de mim”; “Se eu mostrar sinais de franqueza os outros irão rejeitar-me”, “Para ser aceitável para os outros eu tenho que manter quaisquer dificuldades ou sentimentos negativos para mim mesmo”; “Seria um sinal de fraqueza mostrar as minhas emoções me público”, entre outros), o que coloca a questão de se saber em que medida é que este questionário reflecte as avaliações e interpretações negativas que os indivíduos fazem acerca das suas próprias emoções. Um outro questionário, o *Implicit Beliefs about Emotion Scale* (Tamir, John, Srivastava, & Gross, 2007) foi desenvolvido com o intuito de avaliar as *crenças incrementais* (2 itens: “Se assim o quiserem, as pessoas podem modificar as emoções que têm” e “Todas as pessoas podem aprender a controlar as suas emoções”) e as *crenças de entidade* (2 itens “A verdade é que as pessoas têm muito pouco controlo sobre as suas emoções” e “Não importa o quanto tentam, as pessoas realmente não podem alterar as emoções que têm”) que os indivíduos apresentam acerca das suas emoções. Contudo, como se depreende, esta escala somente permite avaliar um aspecto particular da experiência emocional que é o grau em que os respondentes acreditam que as emoções são de um modo geral fixas *versus* maleáveis (i.e., modificáveis e controláveis). Existe ainda uma variante desta escala (Castella et al., 2013) que avalia o grau em que o indivíduo acredita que as suas próprias emoções são fixas ou maleáveis (e cuja única diferença em relação à primeira é o facto dos quatro itens serem formulados na primeira pessoa; e.g., “Se eu quiser, eu posso modificar as emoções que tenho”). A terceira escala, é a *Beliefs about Emotions Questionnaire* (Manser et al., 2012) que avalia seis tipos de crenças acerca das emoções, nomeadamente, a avaliação das emoções como avassaladoras e incontroláveis (e.g., “Quando eu estou perturbado, esse sentimento toma conta de tudo”), envergonhadoras e irracionais (e.g., “Eu deveria sentir-me envergonhado por me sentir perturbado”), inválidas e sem sentido (e.g., “Há sempre alguma causa específica para que eu fique perturbado”), inúteis (e.g., “Sentir-me perturbado diz algo de útil sobre mim”), prejudiciais (e.g., “Sentir-me perturbado pode causar-me danos psicológicos”) e contagiosas (e.g., “Se eu me sinto perturbado, outras pessoas vão ficar perturbadas”). Apesar de este questionário ser, de entre os três referidos, o que permite avaliar uma maior variedade de crenças negativas acerca das emoções (e o único que se foca exclusivamente nas avaliações e julgamentos que os indivíduos fazem da sua própria experiência emocional), ele apresenta igualmente algumas limitações, tal como o facto das instruções se referirem ao ‘sentir-se perturbado’ (no original, *upset*), “não sendo claro quais os estados mentais que os participantes compreendem pelo termo ‘perturbado’ nem se estes resultados podem ser replicados para outras emoções” (Manser et al., 2012, p.245). De qualquer modo seria interessante em estudos futuros analisar a associação do LESS-M com estas recentes medidas no sentido de assegurar a validade

convergente do LESS-M. Adicionalmente, seria interessante ver qual o poder preditivo de cada uma destas medidas na explicação de variáveis psicopatológicas, e averiguar a existência de um possível padrão diferencial entre diferentes 'tipos' de crenças acerca das emoções (avaliados pelos diferentes questionários) e os diferentes sintomas psicopatológicos.

Existem ainda outras limitações relativas aos estudos conduzidos que é necessário apontar. A primeira a mencionar é que as amostras da população geral (que no total perfazem um $n=907$) foram recolhida através do método de amostragem por conveniência o que por si só coloca a questão da representatividade da amostra poder não estar assegurada (Hill & Hill, 2005). Contudo, o facto de se ter utilizado uma ampla amostra da população geral, de diferentes idades, de diversos estados civis e sócio-económicos é demonstrativa de uma grande variabilidade, ainda que ressalvas tenham que ser mantidas relativamente à extrapolação das conclusões para a população geral no seu todo.

A segunda, prende-se com a eliminação de um elevado número de itens durante o processo de validação da escala, que no final ficou composta apenas por 17 dos 57 itens iniciais. Não obstante ser possível que alguma da informação que possa ser relevante avaliar não esteja presente nos itens que foram retidos, o objectivo foi o de obter um número reduzido de itens que fosse capaz de avaliar adequadamente os esquemas emocionais. Assim, e apesar da selecção dos itens a reter ter sido determinada por critérios estatísticos (*e.g.*, retenção dos itens com cargas factoriais $> .50$ na análise factorial exploratória e eliminação dos itens que apresentavam inter-correlações $> .50$), ela serviu igualmente o propósito de se conseguir desenvolver um instrumento de medida que fosse útil e breve, de fácil aplicação e rápido preenchimento (sobretudo pela sua clara utilidade na aplicação a amostras clínicas), mas que simultaneamente, fosse uma ferramenta útil e precisa na avaliação de algumas das crenças que os indivíduos apresentam em relação às suas emoções. Assim, fazendo-se a ressalva de que o modelo bi-factorial obtido é possivelmente 'apenas' um modelo plausível, entre outros possíveis, na avaliação das crenças acerca das emoções, seria importante repetir as análises conduzidas em novas amostras, tanto não-clínicas como clínicas, para se atestar a invariância do modelo em novas amostras e deste modo garantir a plausibilidade do modelo (Browne & Cudeck, 1993).

A terceira limitação, deve-se ao facto de não terem sido conduzidas análises teste-reteste, de modo a averiguar a fidelidade temporal do LESS-M. Até porque pelo facto das intruções solicitarem o preenchimento tendo em consideração o último mês pressupõe que é expectável existir alguma estabilidade ou tendência para conceptualizar as emoções do mesmo modo. Como tal, seria interessante que de futuro fossem conduzidas análises que permitissem testar esta hipótese.

A quarta limitação prende-se com o facto do LESS-M avaliar o modo como o respondente de um modo geral avalia, interpreta, julga e conceptualiza as suas emoções negativas durante o último mês não solicitando contudo que o faça para cada uma das emoções negativas separadamente. Neste sentido, é possível colocar a hipótese dos respondentes poderem apresentar crenças de incontrolabilidade e perigo acerca de uma determinada emoção (*e.g.*, ansiedade) mas não em relação a outras (*e.g.*, tristeza) ou de que acreditem que os outros não iriam validar, compreender e legitimar determinada emoção (*e.g.*, ansiedade) mas que o fariam se a emoção fosse outra (*e.g.*, tristeza). Esta mesma possibilidade já havia sido de resto colocada pelo autor do LESS original ao afirmar que os "doentes podem ter diferentes esquemas emocionais para diferentes tipos de emoções. O mesmo indivíduo pode ter esquemas emocionais para a ansiedade diferentes dos esquemas que tem para sentimentos sexuais" (Leahy, 2003c, p.292). Contudo, esta limitação apenas determina que das pontuações obtidas, tanto no LESS como no LESS-M, não poderem ser derivadas conclusões específicas para uma dada emoção em particular, e de que somente é possível interpretar as pontuações em ambas as sub-escalas como indicativas do modo como *em geral* o respondente pensa quando experiencia as suas emoções negativas. Assim sendo, e dado o potencial interesse que poderá ter a aplicação individualizada do LESS-M para diferentes emoções, seria importante no futuro conduzirem-se estudos com diferentes versões

da escala, cada uma das quais contendo instruções que especifiquem o seu preenchimento para uma dada emoção negativa em particular (*e.g.*, ansiedade, tristeza, vergonha, raiva). Seria igualmente importante, avaliar se os respondentes endossam o mesmo tipo de crenças quando questionados em relação às suas emoções positivas, atendendo a que existe sintomatologia e até mesmo determinadas doenças mentais que se caracterizam pela presença amplificada das emoções positivas e por perturbações na regulação de emoções positivas (*e.g.*, Carl et al., 2013; Gruber, 2011; Gruber et al., 2008, 2011; Hechtman et al., 2013; Johnson et al., 2007; Watson & Naragon-Gainey, 2010).

A quinta limitação prende-se com a natureza transversal do estudo que associa as crenças acerca das emoções e a psicopatologia que torna impossível estabelecer com clareza a natureza causal das relações entre as variáveis, apesar do sentido de análise dos modelos testados ser teoricamente congruente relativamente a outras investigações efectuadas neste âmbito (*e.g.*, Castella et al., 2013; Leahy, 2002a, Tirsch et al., 2009; Rimes & Chalder, 2010).

Por último, seria importante averiguar qual o contributo efectivo do LESS-M na explicação da psicopatologia, em comparação com outros instrumentos medida, com os quais é expectável que este se associe apesar de teoricamente não poderem ser considerados sobreponíveis, tais como o *Affective Control Scale* (ACS: Williams et al., 1997) que permite avaliar as crenças negativas acerca das reacções emocionais centradas no medo das emoções (de ansiedade, depressão, raiva e emoções positivas), o *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20: Bagby, Parker, & Taylor, 1994a, 1994b) que permite avaliar a alexitimia, que surge frequentemente descrita na literatura como um défice “meta-emocional” que se caracteriza pela dificuldade em nomear, identificar e distinguir entre si as próprias emoções ou as situações que lhe deram origem (Taylor, Baby, & Parker, 1997) e o *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS: Gratz & Roemer, 2004) que permite avaliar os défices na regulação das emoções em seis domínios (não-aceitação das respostas emocionais; dificuldade em implementar comportamentos destinados à prossecução dos objectivos quando emocionalmente perturbado, dificuldade em inibir ou controlar comportamentos impulsivos aquando experiencia emoções negativas, falta de consciência emocional, falta de clareza emocional, acesso limitado a estratégias que permitem a modelação da intensidade e/ ou duração das respostas emocionais em detrimento da supressão).

Contributo para o estudo das características psicométricas de uma medida de experiências de validação e de invalidação na infância e adolescência: o Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional na Família⁷³

Introdução

A socialização parental das emoções é um processo complexo e multifacetado, através do qual, as crianças aprendem a experienciar, a expressar, a compreender e a regular as suas emoções (Eisenberg, Cumberland, & Spinrad, 1998; Eisenberg et al., 2001). Embora as diferenças individuais temperamentais que envolvem as emoções, incluindo as habilidades de regulação emocional, derivarem em parte da hereditariedade e de factores constitucionais (e.g., Rende, 2000), a experiência contribui igualmente para explicar essas diferenças (e.g., Rothbart & Bates, 1998). De facto, alguns investigadores, consideram que as competências de regulação emocional podem ser promovidas, e talvez mesmo parcialmente aprendidas, através dos pais (Gottman, Katz, & Hooven, 1997).

⁷³ A quase totalidade do estudo II foi publicada no artigo Dinis, A. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Desenvolvimento de um Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional. *Psychologica*, 54, 139-174.

Reacções dos pais às emoções negativas da criança

Gottman, Katz, e Hooven (1996) desenvolveram uma teoria assente no constructo de filosofia meta – emocional, que se refere ao conjunto organizado de sentimentos, pensamentos e atitudes que os pais têm acerca das suas próprias emoções e das emoções expressas pelos filhos. A *filosofia meta – emocional parental*, que representa o estilo parental de socialização das emoções que os pais adoptam (ou seja, o modo como ensinam os filhos a reconhecer, a expressar e a lidar com as suas emoções); é constituída por dois domínios: a *consciência parental da emoção* (que engloba a habilidade para verbalmente diferenciar as emoções e notar nuances na sua intensidade) e os *comportamentos de treino emocional* (que consistem em instruções directas por parte dos pais relativamente à expressão e experiência emocional da criança) (Gottman, 1997). Em conjunto, os dois domínios reflectem o grau de envolvimento dos pais quando a criança está activamente a experienciar as suas emoções (Gottman et al., 1996; 1997). Segundo esta teoria existem quatro estilos parentais de socialização das emoções⁷⁴. Os pais que apresentam um estilo *indiferente* desvalorizam, trivializam, minimizam e ignoram as emoções negativas da criança, porque acreditam que essas emoções são desnecessárias e prejudiciais. Estes pais focam-se no que é necessário fazer, para que essas emoções desapareçam rapidamente, recorrendo frequentemente a estratégias distractoras, de desvalorização ou de negação das emoções (Gottman, 1997). Os pais que adoptam o estilo *desaprovador* criticam, julgam, reprovam, disciplinam e punem activa e abertamente as emoções negativas da criança e a sua expressão. Estes pais acreditam que as emoções negativas são inaceitáveis, irrazoáveis, perturbadoras e passíveis de serem controláveis. Frequentemente interpretam a expressão destas emoções como uma tentativa dos filhos para chamar a atenção, de os manipular ou provocar, que não merece a sua empatia e compreensão (ibidem). Segundo Gottman e colaboradores (Gottman et al., 1996, 1997) as crianças que tiveram pais *indiferentes* ou *desaprovadores* aprendem que as suas emoções são inapropriadas, ilegítimas e de que algo de errado se passa com eles devido ao modo como se sentem. Consequentemente, estas crianças recorrem ao uso da supressão como estratégia preferencial de regulação emocional (Gottman et al., 1996) o que as condena a experienciarem níveis elevados de emoções negativas (Gottman et al., 1997). Já os pais *permissivos* adoptam atitudes de total empatia, aceitação e de não-interferência relativamente à expressão das emoções dos filhos. Estes pais sentem que não têm as competências necessárias para orientar e auxiliar a criança na compreensão, regulação e expressão apropriada das suas emoções, e de que por isso, não poderão fazer mais do que confortá-la e amá-la incondicionalmente (Gottman, 1997). Por fim, os pais *treinadores de emoções* encaram os estados emocionais negativos como uma oportunidade para criar uma ligação de proximidade e de intimidade com os seus filhos. Estes pais aceitam, toleram, compreendem, respeitam, valorizam e validam as emoções negativas dos filhos, enquanto os ensinam a compreender as causas dos seus estados emocionais, a discriminar e a regular as suas emoções, e a expressá-las de forma socialmente apropriada tendo em conta os diferentes contextos (Katz, Wilson, & Gottman, 1999; Gottman et al., 1997). Consequentemente, os filhos apresentam melhores habilidades de regulação emocional (Shipman & Zeman, 2001) utilizando preferencialmente estratégias de reavaliação cognitiva (Gottman et al., 1996; Katz et al., 1999).

Ainda neste âmbito, Eisenberg e colaboradores (e.g., Eisenberg & Fabes, 1994; Eisenberg, Fabes & Murphy, 1996) propuseram a existência de três estilos de resposta parental face à expressão de emoções negativas dos filhos: o *punitivo* (grau em que os pais reagem punitivamente com o objectivo de diminuir a sua exposição ou a necessidade de terem que lidar com as emoções negativas dos filhos); o *minimizador* (grau em que os pais minimizam a seriedade da situação ou desvalorizam o problema da criança ou a sua reacção perturbadora) e de *perturbação parental* (grau em que os pais ficam

⁷⁴ Para avaliar a filosofia meta-emocional parental, Gottman (1997) desenvolveu um questionário de auto-resposta (*o Emotion-Related Parenting Styles Self-Test*), para os pais responderem em relação ao modo como lidam com as suas próprias emoções, e com as emoções experienciadas e expressas pelos filhos.

perturbados quando os filhos expressam afecto negativo)⁷⁵. As reacções punitivas e de minimização tendem a estar associadas ao uso de estratégias de coping evitante por parte das crianças e a uma menor expressividade emocional (Eisenberg et al., 1996). No sentido oposto, apesar de os resultados serem menos consistentes, as reacções suportivas (associadas ao encorajamento e aceitação da expressão das emoções negativas e ao ensino de estratégias de *coping* construtivas) parecem contribuir para o desenvolvimento de uma maior consciência dos diferentes estados emocionais e das competências para comunicar, compreender e regular as emoções (Eisenberg et al., 1998; Eisenberg et al., 2001).

A expressividade familiar

De acordo com o modelo de socialização das emoções de Parke e Buriel (2006), os pais influenciam a criança não só através de instruções directas, mas também pela própria natureza das interacções que com ela estabelecem, incluindo o ambiente de expressividade emocional parental. A expressão das emoções por parte dos pais contribui, através da observação e por modelamento da criança, para o desenvolvimento das suas capacidades emocionais, tais como, reconhecer e compreender as emoções (e.g., Dunsmore & Halberstadt, 1997), de as expressar (e.g., Halberstadt, 1986; Halberstadt, Fox, & Jones, 1993), e de regulação emocional (e.g., Eisenberg et al., 2001; Garner, 1995). A expressividade emocional parental influencia também a sua percepção de suporte social, os padrões de vinculação que estabelece (Bell, 1998) e o seu ajustamento psicológico (e.g., Bronstein, Fitzgerald, Briones, Pieniadz, & D'Ari, 1993). O modo como a criança é socializada, para expressar ou para inibir as suas emoções, é largamente influenciado pela forma como os pais reagem à sua expressão emocional, pelo modo como eles próprios expressam as suas emoções, e pelo modo como eles comunicam as suas próprias crenças acerca da experiência e da expressão emocional (e.g., Denham, Zoller, & Couchoud, 1994; Katz et al., 1999). As crianças cujos pais lhes expressam, directa e frequentemente, emoções positivas tendem a ser mais expressivas e emocionalmente mais reguladas (e.g., Lindahl, 1998; Scaramella, Conger, & Simons, 1999). Adicionalmente, uma expressividade parental positiva contribui para o desenvolvimento de crenças positivas acerca das emoções, nomeadamente em relação à intensidade, tipo e forma de expressão, facilitando o estabelecimento de interacções sociais eficazes (Eisenberg et al., 1998). Já a expressão marcada de emoções negativas, dirigidas directamente à criança ou expressas no ambiente familiar, compromete o desenvolvimento das suas capacidades de regulação emocional (Cummings & Davies, 1996). Alguns autores consideram, contudo, que o reforço ou encorajamento parental para a expressão de emoções negativas poderá ser benéfico para a criança, desde que exista por parte dos pais, uma diferenciação entre a expressão socialmente aceitável ou inaceitável da emoção e o ensino de estratégias de regulação emocional (Eisenberg et al., 1996).

Experiências adversas na infância

De acordo com a teoria da vinculação de Bowlby (1980), perante circunstâncias ameaçadoras ou adversas a criança activa um sistema de vinculação inato, que permite que as suas emoções, pensamentos e comportamentos estejam voltados para a obtenção de proximidade das figuras prestadoras de cuidados. Para que a criança estabeleça uma vinculação segura com os pais é importante que estes estejam disponíveis, e que sejam capazes de lhe providenciar conforto, afecto, suporte e protecção. A falta de responsividade parental ou de sensibilidade aos seus sinais de perturbação conduz

⁷⁵ Neste âmbito foi desenvolvido a *Coping with Children's Negative Emotions Scale* (Fabes, Eisenberg, & Bernzweig, 1990) que avalia o modo como os pais reagem à expressão de emoções negativas dos filhos.

a que criança desenvolva uma visão dos outros como indisponíveis, não confiáveis e prejudiciais (Bowlby, 1988).

Mais recentemente, os estudos acerca da influência da qualidade da relação entre os pais e a criança no desenvolvimento de psicopatologia, enfatizam a natureza patogénica das experiências de negligência, de abuso físico e sexual (e.g., Bifulco, Brown, & Adler, 1991), de ausência de cuidado/ calor emocional e de sobreprotecção/ controlo (e.g., Gerlsma, Emmelkamp, & Arrindell, 1990; Parker, Tupling, & Brown, 1979) e de ameaça e subordinação, vivenciadas no seio da família (Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003). De um modo geral, estes estudos sugerem que as crianças que são severamente punidas, criticadas, tratadas com hostilidade, rejeitadas e/ou ignoradas pelos seus pais, passam a acreditar que são más, indesejadas e não merecedoras de amor (Bennett, Sullivan, & Lewis, 2005; Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus, & Palmer, 2006). Num estudo, Gilbert, Allan, e Goss (1996) mostraram que os indivíduos, que durante a sua infância tinham sido repetidamente humilhados, criticados e envergonhados, tinham desenvolvido uma visão negativa do Eu como subordinado, inferior e sem valor. Um outro estudo mostrou que experiências precoces de calor, empatia, aceitação e aprovação fomentam a internalização de uma visão positiva do Eu como atractivo, aceite e amado pelos outros (Gilbert, 1992).

Interesse empírico e teórico no constructo de validação e de invalidação emocional

Linehan (1993) sugere que um ambiente familiar de invalidação emocional é caracterizado por uma atitude parental de total rejeição, desprezo, crítica, punição e desvalorização das emoções da criança, pelo reforço errático quanto à comunicação das suas experiências privadas, e pelo simplificar, em demasia, quanto à facilidade com que a criança deveria resolver os seus problemas emocionais. Segundo a autora, a socialização das emoções, quando ocorre num ambiente familiar invalidante, torna-se numa forma extrema de abuso psicológico que se vai repercutir: a) numa maior dificuldade em identificar e discriminar estados emocionais, b) na incapacidade para tolerar emoções desagradáveis, c) no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional disfuncionais (sobretudo de evitamento) e d) no desenvolvimento de crenças negativas acerca das emoções (como sendo inapropriadas, anormais, incompreensíveis e envergonhadoras). Alguns estudos demonstram que o abuso psicológico frequente (na forma de criticismo, embaraço ou humilhação) tem consequências nefastas ao nível do funcionamento cognitivo e afectivo que poderão perdurar até à adultez (e.g., Gross & Keller, 1992).

Também Leahy (2005), no Modelo de Formação dos Esquemas Emocionais, realçou o papel da invalidação e da validação emocional parental⁷⁶. Segundo este modelo, um ambiente familiar de validação emocional permite a formação de crenças positivas acerca das emoções. Para que isso aconteça é essencial que a criança estabeleça uma vinculação segura com os pais, e que estes adoptem um estilo parental caracterizado pela responsividade, calor e previsibilidade, ou seja, que funcionem como “treinadores” de emoções. Pelo contrário, estilos parentais marcados pela imprevisibilidade, desvalorização, criticismo ou até mesmo punição fomentam a formação de crenças negativas acerca das emoções.

⁷⁶ Segundo o autor os esquemas emocionais reflectem os modos pelos quais as emoções são experienciadas (processamento emocional) e os planos que o indivíduo executa (estratégias de resposta emocional) assim que experiencia uma emoção desagradável.

Estabilidade das recordações sobre as práticas educativas parentais

As práticas educativas parentais estão significativamente associadas a uma variedade de quadros clínicos na idade adulta, entre os quais depressão (Perris, 1994a), esquizofrenia (Helgeland & Tongersen, 1997; Perris, 1994b), fobias (Faravelli, Panichi, Pallanti, Paterniti, Grecu, & Rivelli, 1991), perturbação obsessivo-compulsiva (Hoekstra, Visser, Emmelkamp, 1989), perturbação borderline de personalidade (Helgeland & Tongersen, 1997) e distúrbios alimentares (Castro, 2000). Devido às dificuldades inerentes à realização de estudos longitudinais, estas associações têm sido sobretudo exploradas através das percepções e recordações que os adultos relatam acerca dos seus pais (e.g., Brewin, Firth-Cozens, Furnham, & McManus, 1992; Parker, 1979; Perris, Jacobsson, Lindstrom, & von Knorring, 1980). Contudo, uma das desvantagens apontadas é de que as informações que os adultos relatam, acerca das suas experiências de infância, serem sempre retrospectivas, e como tal, possivelmente sujeitas a enviesamentos da memória. Um possível enviesamento refere-se à possibilidade do estado de humor do respondente poder influenciar as suas recordações (e.g., Halverson, 1988), tal como comprovado por alguns estudos desenvolvidos na área das memórias autobiográficas (e.g., Kuiken, 1991). Contudo, também existem estudos que obtiveram resultados contrários. Gerlsma e colaboradores (Gerlsma et al., 1991; 1993; 1994 citados por Richter & Eisemann, 2000) conduziram uma extensa investigação em doentes psiquiátricos e os seus resultados indicam que as memórias acerca dos comportamentos e práticas educativas parentais são altamente estáveis ao longo do tempo e independentes de alterações significativas que possam ocorrer no humor depressivo. Resultados semelhantes foram obtidos por Richter e Eisemann (2000), numa amostra de doentes psiquiátricos internados (na sua quase totalidade com depressões unipolares). Por estes motivos, alguns investigadores são da opinião de que o uso de instrumentos retrospectivos não limita a validade das conclusões obtidas, dado que é mais importante para a compreensão dos quadros psicopatológicos, a percepção subjectiva do doente do que a avaliação objectiva do que realmente lhe aconteceu (Castro, 2000; Parker, 1984; Perris et al., 1986).

Desenvolvimento de um questionário para avaliar a recordação de Experiências de (In) validação Emocional na Família

Dado que, do nosso conhecimento, não existe na literatura um instrumento que permita avaliar simultaneamente, e retrospectivamente, a qualidade da relação entre a criança e os prestadores de cuidados, a expressividade emocional parental e os estilos parentais de socialização das emoções _ que acreditamos se agruparem nos constructos integradores de validação e de invalidação emocional_ o Questionário de Experiências de (In) validação Emocional na Família (QEVE) surge como uma primeira tentativa de abarcar as ideias centrais concernentes a estes dois constructos. Assim, o presente estudo teve como objectivo estudar as características psicométricas de um instrumento de auto-resposta que foi desenvolvido com o intuito de avaliar (retrospectivamente) a vivência de experiências de validação e de invalidação emocional vivenciadas na relação com os pais (ou seus substitutos) durante os primeiros 18 anos de vida.

Para a construção do questionário foi seguida uma estratégia dedutiva. Ou seja, começou-se por analisar a bibliografia existente, tentando convergir e simplificar em linhas gerais, a informação que se considerou estar associada a estes dois constructos. Posteriormente os itens foram concebidos de modo a unificar a definição, adoptando-se como linha orientadora para o desenvolvimento dos itens: a) os resultados dos estudos relativos aos três domínios do processo de socialização das emoções descritos na introdução, b) a conceptualização descrita por Linehan (1993) acerca do constructo de invalidação emocional, c) o Modelo de Formação dos Esquemas Emocionais proposto por Leahy (2005), e sobretudo, d) a descrição de Gottman e colaboradores (1996, 1997) quanto aos quatro estilos / filosofias meta-emocionais parentais.

A versão inicial do questionário, composta por 60 itens (replicados para a figura materna e paterna num total de 120 itens) foi inicialmente preenchida por 40 pessoas da população geral, às quais foi solicitado que indicassem quais os itens que consideravam que mais se aproximavam do estilo parental dos seus pais (ou seus substitutos) e da forma como estes reagiam à expressão das suas emoções. Foi ainda solicitado, que sempre que achassem pertinente fizessem sugestões com vista à melhoria da descrição dos itens ou das instruções referentes ao preenchimento do questionário. O processo de selecção dos itens a reter na escala baseou-se nas informações dadas por estes respondentes, nas análises psicométricas preliminares conduzidas, e na identificação dos itens que seriam possivelmente mais homogéneos quanto ao domínio de ambos os constructos. Após este processo de selecção (que conduziu à remoção de 30 itens, 15 em cada uma das subescalas), o questionário passou a ser constituído por um total de 90 itens, 45 pertencentes à subescala figura materna e 45 itens pertencentes à subescala figura paterna.

As instruções facultadas para o preenchimento do questionário são as seguintes: “De seguida, ser-lhe-ão colocadas algumas questões acerca do modo como os seus pais reagiam à expressão das suas emoções, durante os primeiros 18 anos da sua vida (infância e adolescência). Para cada questão, à frente do estilo parental geral (exemplificado a negrito), são dados exemplos, de frases e/ ou comportamentos dos pais que traduzem essa forma de lidar com as emoções dos filhos. Para cada afirmação faça uma avaliação separada do seu Pai (ou substituto) e da sua Mãe (ou substituta). Se ao longo da sua vida, teve mais do que uma figura paterna ou materna (por exemplo, mãe biológica e madrasta) escolha a que considera que mais o (a) influenciou. Assinale o seu grau de acordo com cada afirmação, utilizando a seguinte escala: 1 (Nunca verdadeiro), 2 (Quase nunca verdadeiro), 3 (Às vezes verdadeiro), 4 (Frequentemente verdadeiro) e 5 (Sempre verdadeiro).

2.1. Análise Factorial Exploratória

2.1.1. Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 500 indivíduos da população geral. A amostra final ficou constituída por 392 (78.4%) participantes do sexo feminino, com uma média de idades de 39.51 ($DP=8.59$), e 108 (21.6%) participantes do sexo masculino, com uma média de idades de 38.68 ($DP=11.85$). Em relação às habilitações literárias, os respondentes do sexo feminino apresentaram uma média de 13.66 ($DP=4.08$) anos de escolaridade e a média dos respondentes do sexo masculino situou-se nos 13.30 ($DP=4.01$) anos de escolaridade. No que concerne ao estado civil, 69.0% ($n=345$) dos participantes era casado ou vivia em união de facto e 31.4% ($n=107$) era solteiro. Em relação à situação profissional, 65.6% ($n=328$) tinham profissões de classe média. Na tabela 12 apresentam-se as características demográficas da amostra em estudo.

Tabela 12
Caracterização demográfica da amostra em estudo.

	Total (n=500)		Género feminino (n=392)		Género masculino (n=108)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	39.33	9.39	39.51	8.59	38.68	11.85
Anos de escolaridade	13.58	4.06	13.66	4.08	13.30	4.01
	Total		Género feminino		Género masculino	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Estado Civil						
Solteiro	107	21.4	68	17.3	39	36.1

Casado/ União de facto	345	69.0	281	71.7	64	59.3
Divorciado/ Separado	38	7.6	34	8.7	4	3.7
Viúvo	10	2.0	9	2.3	1	0.9
Situação Profissional						
Profissão de classe baixa	131	26.2	99	25.3	32	29.6
Profissão de classe média	328	65.6	258	65.8	70	64.8
Profissão de classe alta	41	8.2	35	8.9	6	5.6

2.1.2. Instrumentos

Cada participante preencheu uma bateria de questionários de auto-retrato que incluiu: Folha de dados demográficos (i.e. sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional) e o Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional (QEVE: Dinis, & Pinto Gouveia, 2007) composto por 90 itens (45 para a subescala Figura Paterna e 45 para a Subescala Figura Materna).

2.1.3. Procedimento

A amostra foi obtida entre membros de instituições, na sua maioria organismos públicos, lojistas e empregados fabris que aceitaram participar voluntariamente no estudo. À semelhança dos estudos anteriores todos os participantes foram informados verbalmente, e por escrito, sobre os objectivos do estudo, tendo-lhes sido assegurado o anonimato e garantida a confidencialidade das suas respostas. Os participantes tiveram ainda a oportunidade para esclarecerem as suas dúvidas antes do preenchimento da bateria dos questionários (Adenda B.3). Como critérios de exclusão foi estabelecida relativamente à idade, o limite mínimo de 18 anos e o máximo de 65 anos de idade, e aos anos de escolaridade o limite mínimo de conclusão do ensino primário.

2.1.4. Estratégia Analítica

A análise estatística dos dados realizou-se com recurso ao *software* SPSS versão 17.0 (IBM SPSS Inc, Chicago, IL). O estudo teve um *design* transversal. Dado que a inclusão simultânea dos 90 itens (que resultam da junção dos 45 itens da subescala Figura Paterna e dos 45 itens da subescala Figura Materna) levantaria limitações ao procedimento realizar, pelo facto dos itens do ponto de vista semântico não se diferenciarem, optou-se por realizar, separadamente, duas Análises Factoriais Exploratórias, uma para cada uma das subescalas de resposta (Pai e Mãe). Neste sentido, os 45 itens (variáveis) que compõem cada subescala foram submetidos a uma Análise em Componentes Principais (ACP) de modo a que a análise, à estrutura dimensional subjacente à matriz de correlações, permitisse agrupar em factores latentes os itens que se encontravam mais amplamente intercorrelacionados (Marôco, 2010).

O tamanho da amostra ($n=500$) (Nunally, 1978; Tabachnick & Fidell, 2007) e a magnitude das correlações inter-item (> 0.3 ; Pallant, 2007) permitiram validar a adequação dos dados a este tipo de procedimento estatístico. Adicionalmente, nenhum dos itens apresentou desvios significativos à distribuição normal, e não foram detectados valores extremos (*outliers*) de resposta aos itens.

A adequação/ factorabilidade da matriz de correlações foi inicialmente analisada através do Teste de Esfericidade de Bartlett (Bartlett, 1954), e posteriormente, através da medida de adequação da amostragem de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (Kaiser 1970, 1974), dado este último método ser menos sensível ao tamanho da amostra (Marôco, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007).

O número de componentes principais a reter foi determinado pela análise conjunta de três critérios: o critério de Kaiser (que determina a retenção dos componentes que apresentem valores próprios superiores a 1.0), o critério do *scree plot* de Cattell (que determina a retenção dos componentes até ao ponto em que se verifica uma inflexão da curva) e o critério relativo à variância extraída por cada factor (que determina a retenção dos factores que explicam pelo menos 5% da variância total) do instrumento de medida (Marôco, 2010). Após se ter procedido à análise dos critérios e com o intuito de produzir uma solução factorial mais facilmente interpretável (para que as cargas factoriais de um conjunto de variáveis fosse a maior possível num factor e a menor possível no outro factor) conduziram-se novas Análise de Componentes Principais, forçando-se a retenção em dois factores e, prosseguindo-se, com rotação dos eixos factoriais através do método de rotação ortogonal *Varimax*. No sentido de obter factores mais delimitados, em ambas as análises conduzidas (para a Subescala Figura Paterna e para a Subescala Figura Materna), optou-se pela remoção dos itens que apresentavam cargas factoriais inferiores a .50 de modo a que apenas fossem retidos os itens que contribuíam marcadamente para a explicação dos factores latentes retidos. Por fim a consistência interna de cada factor foi avaliada através do alfa de *Cronbach* (α).

2.1.5. Resultados

Subescala Figura Paterna

O teste de Esfericidade de Bartlett apresentou um p-value <.001, χ^2 (gl=990)= 11632.42 e o valor de KMO (=0.95) o que permitiu classificar como excelente a factorabilidade da matriz de correlações e por conseguinte validar a aplicação da AFE.

Relativamente ao número de componentes, o critério de Kaiser revelou a existência de sete componentes principais que conjuntamente explicavam 58.1% do total da variância. Mais especificamente, dois componentes apresentavam um valor de *eigenvalue* superior a 2 (11.49 e 8.03), e a partir do terceiro factor as mudanças nos valores dos *eigenvalues* eram de uma magnitude cada vez menor. Já a análise da *scree plot* indicava que o ponto de inflexão da curva ocorria entre o segundo e terceiro factor, com cada um dos sucessivos componentes a contribuir para uma cada vez menor explicação da variância total. Por fim, a análise da variância extraída por cada factor corroborou os resultados do *scree test*, dado que apenas os dois primeiros componentes explicavam mais de 5% da variância total (25.5 e 17.9). Tendo em consideração a análise efectuada aos critérios e a constatação de que os itens, que apresentavam pesos factoriais superiores a .50, se concentravam em apenas dois componentes (à excepção de um item que saturava no terceiro componente e simultaneamente no primeiro componente) repetiu-se uma nova *Análise em Componentes Principais* forçada a dois factores. Com o intuito de tornar a solução factorial mais facilmente interpretável procedeu-se igualmente à rotação dos eixos factoriais através do método de rotação ortogonal *Varimax*.

Em seguida, foram removidos os itens que apresentavam cargas factoriais inferiores a 0.50 repetindo-se o mesmo procedimento descrito. A solução final obtida é composta por 39 itens que explicam 47.01% da variância total [a medida de Kaiser-Meyer-Olkin foi de .948; Teste da Esfericidade de Bartlett foi de χ^2 (741)= 10604.81, p <.001].

Subescala Figura Materna

O teste de Esfericidade de Bartlett apresentou um p-value <.001, $\chi^2(gf=990)= 10638.751$, e o valor de KMO (= .94) o que permitiu classificar, à semelhança da subescala Figura Paterna, como excelente a factorabilidade da matriz de correlações e por conseguinte validar a aplicação da AFE.

Relativamente ao número de componentes, o critério de Kaiser revelou (à semelhança do que se havia obtido para a subescala Figura Paterna) a existência de sete componentes principais que conjuntamente explicavam 55.3% do total da variância, com somente dois componentes a apresentarem um valor de *eigenvalue* superior a 2 (11.57 e 6.71), e os restantes componentes a apresentarem valores de *eigenvalues* de magnitudes cada vez menores. A análise da *scree plot* indicava, também à semelhança do que se verificou para a subescala Figura Paterna, que o ponto de inflexão da curva ocorria entre o segundo e terceiro factor, com cada um dos sucessivos componentes a contribuir para uma cada vez menor explicação da variância total. E de igual modo, que apenas os dois primeiros componentes explicavam mais de 5% da variância total (25.7 e 14.9). Tendo em consideração a análise efectuada aos critérios e a constatação de que os itens, que apresentavam pesos factoriais superiores a .50, se concentravam em apenas dois componentes (à excepção de um item que saturava no quarto componente e simultaneamente no primeiro componente) repetiu-se uma nova *Análise em Componentes Principais* com rotação ortogonal *Varimax* e forçada a dois factores.

Em seguida, foram removidos os itens que apresentavam cargas factoriais inferiores a .50 repetindo-se o mesmo procedimento descrito. A solução final (tabela 13) obtida é composta por 38 itens que explicam 44.63% da variância total [a medida de Kaiser-Meyer-Olkin foi de 0.94; Teste da Esfericidade de Bartlett foi de $\chi^2(703)= 9525.29$, $p < .001$].

Tabela 13

Distribuição dos pesos factoriais superiores a .50, comunalidade (h^2) de cada item, valores próprios e a % de variância explicada por cada factor na Análise Factorial em Componentes Principais (n=500).

	Subescala Figura Paterna			Subescala Figura Materna		
	h^2	1	2	h^2	1	2
Experiências de Invalidação emocional						
QEVE_2	.41	.62		.36	.58	
QEVE_6	.37	.61		.38	.61	
QEVE_7	.40	.63		.39	.62	
QEVE_8	.34	.56		.29	.53	
QEVE_11	.49	.69		.51	.69	
QEVE_12	.26	.50				
QEVE_14	.42	.65		.39	.62	
QEVE_17	.34	.56		.34	.56	
QEVE_18	.40	.63		.38	.62	
QEVE_19	.58	.75		.51	.70	
QEVE_20	.42	.62		.37	.60	
QEVE_21	.42	.61		.40	.61	
QEVE_23	.57	.73		.55	.71	
QEVE_25	.48	.68		.38	.60	
QEVE_26	.29	.51		.32	.56	
QEVE_29	.46	.64		.47	.66	
QEVE_32	.44	.66		.35	.59	
QEVE_35	.48	.66		.47	.65	
QEVE_36	.40	.62		.40	.62	
QEVE_37	.57	.75		.51	.71	
QEVE_39	.37	.61		.39	.62	
QEVE_40	.49	.70		.48	.69	
QEVE_42	.28	.52		.26	.51	

QEVE_43	.60	.73	.54	.69
Experiências de validação emocional				
QEVE_3	.45	.66	.42	.62
QEVE_4	.58	.74	.52	.68
QEVE_9	.64	.77	.60	.73
QEVE_10	.62	.76	.61	.74
QEVE_13	.40	.62	.35	.59
QEVE_15	.62	.75	.60	.71
QEVE_22	.44	.65	.41	.63
QEVE_24	.37	.59	.35	.58
QEVE_28	.52	.72	.46	.68
QEVE_30	.69	.81	.68	.80
QEVE_31	.63	.78	.57	.73
QEVE_33	.41	.62	.38	.61
QEVE_38	.55	.74	.54	.74
QEVE_41	.55	.74	.50	.69
QEVE_45	.61	.78	.58	.75
Valor próprio		10.90	7.43	10.83
% Variância explicada		27.96	19.06	28.50
				6.13
				16.14

Na *subescala Figura Paterna* os valores de comunalidade variaram para o primeiro factor extraído entre .26 e .60 e no segundo factor extraído entre .37 e .69, assim como as cargas factoriais variaram entre .50 e .75 no primeiro factor e entre .59 e .81 no segundo factor (tabela 13). Na *subescala Figura Materna* os valores de comunalidade variaram para o primeiro factor extraído entre .26 e .55 e no segundo factor extraído entre .35 e .68, assim como as cargas factoriais variaram entre .51 e .71 no primeiro factor e entre .58 e .80 no segundo factor (tabela 13). De acordo com a correspondência verificada entre os pesos factoriais dos itens e os factores em que saturaram, designou-se o primeiro factor por “experiências de invalidação emocional” e o segundo factor de “experiências de validação emocional”.

Para a *subescala Figura Paterna* obteve-se um $\alpha=.94$ para o factor “experiências de invalidação emocional” e um $\alpha=.93$ para o factor “experiências de validação emocional”. Já para a *subescala Figura Materna* obteve-se um $\alpha=.93$ para o factor “experiências de invalidação emocional” e um $\alpha=.92$ para o factor “experiências de validação emocional”.

2.2. Análise Factorial Confirmatória

2.2.1. Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 765 indivíduos, que resultou da junção de uma amostra não-clínica ($n=472$) com uma amostra clínica ($n=293$). A amostra total ficou constituída por 501 (65.5%) participantes do sexo feminino e 264 (34.5%) participantes do sexo masculino que apresentavam uma idade média de 31.54 anos ($DP=10.14$). No que respeita as habilitações literárias, os participantes apresentaram uma média de 12.98 anos de escolaridade ($DP=3.70$). Em relação ao estado civil, 55.4% ($n=424$) dos participantes é solteiro e 40.2% ($n=307$) é casado ou vive em união de facto. Em relação à situação profissional, 37.3% ($n=285$) têm profissões de classe média e 16.3% ($n=125$) são estudantes do Ensino Superior que frequentam diversas licenciaturas e anos curriculares. A média de idades dos respondentes da amostra não-clínica é de 33.42 anos ($DP=10.56$) e da amostra clínica é de 28.51 anos ($DP=8.61$). Em relação às habilitações literárias, os respondentes da amostra não-clínica apresentaram uma média de 12.17 ($DP=3.80$) anos de escolaridade e os da amostra clínica apresentaram uma média de 14.28 ($DP=3.15$) anos de escolaridade. Relativamente ao estado civil, 43.6% ($n=206$) dos participantes

da amostra não-clínica e 74.4% ($n=218$) da amostra clínica são solteiros e 51.5% ($n=243$) da amostra não-clínica e 21.9% ($n=64$) da amostra clínica são casados ou vivem em união de facto. No que concerne à situação profissional, enquanto na amostra não clínica, 45.3% ($n=214$) têm profissões de classe média e apenas 1.5% ($n=7$) são estudantes do Ensino Superior, na amostra clínica, 24.2% ($n=71$) têm profissões de classe média e 40.3% ($n=118$) são estudantes do Ensino Superior. Na tabela 14 apresentam-se as características demográficas da amostra total em estudo e da amostra não-clínica e clínica separadamente.

Tabela 14

Caracterização demográfica da amostra em estudo.

	Amostra total ($n=765$)		Amostra não-clínica ($n=472$)		Amostra clínica ($n=293$)							
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>						
Idade	31.54	10.14	33.42	10.56	28.51	8.61						
Anos de escolaridade	12.98	3.70	12.17	3.80	14.28	3.15						
	Amostra total		Amostra não-clínica		Amostra clínica							
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%						
Estado Civil												
Solteiro	424	55.4	206	43.6	218	74.4						
Casado/ União de facto	307	40.2	243	51.5	64	21.9						
Divorciado/ Separado	29	3.8	20	4.2	9	3.1						
Viúvo	5	0.7	3	0.6	2	0.7						
Situação Profissional												
Profissão de classe baixa	275	35.9	219	46.4	56	19.1						
Profissão de classe média	285	37.3	214	45.3	71	24.2						
Profissão de classe alta	80	10.5	32	6.8	48	16.4						
Estudante	125	16.3	7	1.5	118	40.3						
	Amostra total				Amostra não-clínica				Amostra clínica			
	Género Masculino		Género Feminino		Género Masculino		Género Feminino		Género Masculino		Género Feminino	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Género	264	34.5	501	65.5	204	43.2	268	56.8	60	20.5	233	79.5

Confirmação do diagnóstico clínico

Do total da amostra clínica, 19 indivíduos (6.5%) preenchem critérios para uma ou mais perturbações do Eixo I, 53 (18.1%) preenchem critérios para uma ou mais perturbações do Eixo II e 221 (75.4%) preenchem simultaneamente critérios para uma ou mais Perturbações do Eixo I e do Eixo II (de acordo com Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Edição Revista, DSM-IV-TR, APA, 2000), o que demonstra a variabilidade de diagnósticos apresentados pelos sujeitos que compõem a amostra clínica (tabela 15).

Tabela 15
Índices de comorbilidade da amostra clínica.

Comorbilidade	Eixo I (n=19)	Eixo II (n=53)	Comorbilidade Eixo I e Eixo II (n=221)
Eixo I			
Perturbações de Ansiedade	5 (26.3%)	---	135 (61.1%)
Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico	0	---	0
Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia	4 (21.1%)	---	21 (9.5%)
Fobia Social Generalizada	0	---	86 (38.9%)
Fobia Social Simples	0	---	9 (4.1%)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	0	---	19 (8.6%)
Perturbação de Stress Pós-Traumático	1 (5.3%)	---	0
Perturbações do Humor	6 (31.6%)	---	128 (57.9%)
Perturbação Depressiva Major	6 (31.6%)	---	123 (55.7%)
Distímia	0	---	5 (2.3%)
Perturbações do Comportamento Alimentar	13 (68.4%)	---	53 (24.0%)
Anorexia Nervosa	6 (31.6%)	---	23 (10.4%)
Bulimia Nervosa	5 (26.4%)	---	22 (9.9%)
Perturbação Alimentar sem Outra Especificação	2 (10.6%)	---	8 (3.6%)
Eixo II			
Evitante	---	15 (28.3%)	134 (60.6%)
Dependente	---	2 (3.8%)	19 (8.6%)
Obsessivo-Compulsivo	---	43 (81.2%)	151 (68.4%)
Passivo-Agressivo	---	7 (13.2%)	9 (4.1%)
Depressivo	---	9 (17.0%)	90 (40.7%)
Paranóide	---	5 (9.5%)	18 (8.1%)
Histriónico	---	1 (1.9%)	1 (0.5%)
Narcisista	---	1 (1.9%)	1 (0.5%)
Borderline	---	17 (32.2%)	58 (25.3%)

2.2.2. Instrumentos

Cada um dos participantes preencheu uma bateria de questionários, tendo sido selecionados para o propósito deste estudo a folha de dados demográficos (com questões acerca do género, idade, anos de escolaridade, estado civil, profissão) e o QEVE.

2.2.3. Procedimento

A amostra não-clínica foi maioritariamente recolhida entre membros de instituições, organismos públicos, lojistas e empregados fabris que se voluntariaram a participar neste estudo. Foi ainda solicitada a colaboração de alguns docentes do Ensino Superior para que divulgassem o presente estudo durante as suas aulas, de modo a que os alunos que quisessem participar, voluntariamente, o pudessem fazer. Para este efeito seguiu-se o procedimento descrito no capítulo 2 (secção 1.3.1.) tendo sido explicitados os objectivos, e garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas, a todos os participantes que se voluntariaram a participar no estudo.

A amostra clínica foi recolhida em diversas Unidades de Saúde Mental nacionais, públicas e privadas, tendo sido previamente à recolha da amostra, obtidas as respectivas autorizações das Comissões de Ética para a Saúde. A participação dos doentes foi voluntária, tendo consistido, numa primeira fase, na passagem das versões portuguesas das seguintes entrevistas de diagnóstico: Anxiety Disorders Interview Schedule - Revised — ADIS-R (DiNardo e Barlow, 1988), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders - SCID I (First, Gibbon, Spitzer, e Williams, 1997) e da Structured Clinical Interview for DSM-IV

Axis II Personality Disorders - SCID II (First, Gibbon, Spitzer, Williams e Benjamin, 1997). Em seguida, foi solicitado o preenchimento de um protocolo de escalas de auto-resposta (sendo para este estudo apenas selecionada a folha de dados demográficos e o QEVE). Para finalizar, todos os doentes que aceitaram participar assinaram um documento relativo ao consentimento informado, tendo-lhes sido facultada informação acerca dos objectivos do estudo e garantida a confidencialidade das suas respostas.

2.2.4. Estratégia Analítica

A validade da estrutura factorial do QEVE foi avaliada, separadamente para a Subescala Figura Paterna e para a Subescala Figura Materna, através da Análise Factorial Confirmatória (AFC) com recurso ao *software* AMOS (v. 20, IBM SPSS Inc, Chicago, IL). De acordo com os resultados obtidos na Análise Factorial Exploratória e o modelo teórico a partir do qual foi desenvolvido instrumento de medida, o modelo teórico testado para a Subescala Figura Paterna e para a Subescala Figura Materna⁷⁷ consistiu em dois componentes gerais: a variável latente “experiências de invalidação emocional” e a variável latente “experiências de validação emocional” compostas, respectivamente, por 24 e 15 variáveis manifestas/ indicadores de medida.

A qualidade de ajustamento do modelo teórico à estrutura correlacional observada entre as variáveis manifestas na amostra em estudo, foi estimada através do Método da Máxima Verosimilhança. A aplicação deste método de estimação impôs que fossem verificados vários pressupostos. Neste sentido, a inexistência de violações severas à distribuição normal foi validada após a verificação de que, para todos os indicadores de medida, os valores absolutos de assimetria eram inferiores a 3 e valores absolutos de curtose univariada eram inferiores a 8-10 (Kline, 1998). Apesar da análise à distância quadrada de Mahalanobis (DM^2) ter indicado a existência de vários *outliers* multivariados, optou-se pela sua manutenção dado que a sua remoção conduziria a uma diminuição da variabilidade associada aos componentes em estudo.

Para cada um dos modelos testados, a qualidade global de ajustamento foi avaliada através dos seguintes índices empíricos de ajustamento: 1) *normed chi-square* ($\chi^2/g.l.$; Wheaton et al., 1977), 2) *comparative fit index* (CFI; Bentler, 1990), 3) *Tucker-Lewis index* (TLI; Tucker & Lewis, 1973) e o 4) *root mean square error of approximation* com intervalo de confiança de 90% (RMSEA; Steiger, 1990). Em seguida avaliou-se a *fiabilidade* (através do alfa de Cronbach e da fiabilidade compósita) e a *validade factorial* (avaliada pelos pesos factoriais standardizados), *convergente* (através da variância extraída média de cada componente) e *discriminante* (avaliada através da comparação entre a variância extraída média dos factores e o quadrado da correlação entre esses factores) do instrumento de medida. A variância extraída média e a fiabilidade compósita por cada factor foram avaliadas como descrito em Fornell e Larcker (1981).

Dado que os índices de ajustamento do modelo inicial eram sofríveis tanto para a *Subescala Figura Paterna* como para a *Subescala Figura Materna*, procedeu-se à respecificação do modelo começando por, progressivamente, a eliminar-se os itens que apresentavam pesos factoriais standardizados inferiores a .50 e/ ou valores de fiabilidade individual inferiores a .25 (os itens cujo factor de pertença explicava uma fracção inferior a 25% da sua variabilidade total), ou seja, os itens que apresentavam elevados níveis de erro e que como tal se constituíam como indicadores fracos do constructos que se pretendia de que fossem reflexo. Neste processo foram igualmente analisados os índices de modificação

⁷⁷ Apesar de na Análise Factorial Exploratória o item 12 apresentar uma carga factorial inferior a .50 optou-se pela sua inclusão na Análise Factorial Confirmatória, no sentido de avaliar a possibilidade do mesmo ser mantido na versão final da escala que se pretendia semelhante para a Subescala Figura Paterna e para a Subescala Figura Materna.

(estimados pelo método dos Multiplicadores de Lagrange) superiores a 11 ($p < .001$) produzidos pelo AMOS, tendo-se procedido à remoção dos itens cujos resíduos associados estavam fortemente associados (ou seja, itens cujo conteúdo se sobrepunha), ou cujos resíduos estavam fortemente associados a um factor que não o de pertença (indicativo que parte da explicação do itens era devida a um factor que não o de pertença).

Por fim, procedeu-se ao cálculo dos valores médios, dos valores máximos e mínimos, de desvio-padrão, da correlação item-total corrigida e do alfa de Cronbach do factor se excluído o item para cada um dos itens de cada factor (tabela 16) recorrendo-se ao *Statistical Package for the Social Sciences* versão 17.0 (IBM SPSS Inc, Chicago, IL).

2.2.5. Resultados

Subescala Figura Paterna

O modelo original revelou uma qualidade de ajustamento global sofrível ($\chi^2/g.l. > 5$ (=6.190), valores de CFI e TLI inferiores a 0.90 (CFI=0.761; TLI=0.747), um valor de RMSEA $\geq .08$ (=0.082; IC90%:.080;.085), bem como um p [rmsea \leq 0.05] $<.001$ o que demonstra que o valor real do RMSEA se situa acima do valor .05.

Com o intuito de melhorar a qualidade de ajustamento do modelo procedeu-se à sua respecificação do começando-se por eliminar os itens que apresentavam pesos factoriais estandardizados (λ) inferiores a .50 e/ ou valores de fiabilidade individual (R^2) inferiores a .25. Neste âmbito foram eliminados, progressivamente, os itens 42 ($\lambda=.37$; $R^2=.14$), o 33 ($\lambda=.47$; $R^2=.23$) e o 24 ($\lambda=.48$; $R^2=.23$). Após a remoção destes itens o modelo continuava a apresentar um ajustamento sofrível [$\chi^2/g.l.=6.359$, CFI=0.777, TLI=0.764, RMSEA=.084 ($p_{\text{rmsea}\leq 0.05}$) $<.001$; IC90%:.081;.086] pelo que se prosseguiu com a análise dos Índices de Modificação (IM) superiores a 11 ($p<.001$). A análise dos IM por ordem de grandeza revelou que diversos itens do mesmo factor apresentavam resíduos correlacionados, e que em todos eles, se verificava que o conteúdo dos itens era semelhante (e.g. no factor “crenças de validação emocional”, verificava-se uma elevada semelhança conceptual entre o item 9 “*O meu pai encorajava-me a partilhar as minhas emoções com ele (a) para que me pudesse ajudar a lidar com o que estava a sentir*” e o item 10 “*O meu pai incentivava-me a conversar sobre as minhas emoções, fazendo-me sentir que continuaria a ser aceite e respeitado se o fizesse*”. No sentido de melhorar o ajustamento do modelo e de tornar a escala mais prática (com um menor número de itens) optou-se pela remoção dos itens, cujo resíduo associado apresentava magnitudes de correlação mais elevadas com os resíduos de outros itens do mesmo factor. Neste processo foram, progressivamente, removidos os itens 4, 12, 25, 9, 15, 6, 43, 8, 39, 17, 28, 36. Por último foram ainda removidos os itens 20, 21 e 22 porque se verificaram correlações entre os resíduos que lhes estavam associados e um factor latente (que não aquele em que o item saturava), o que se revelou indicativo que uma fracção considerável do comportamento de cada um desses itens não era explicada pelo factor de pertença do item.

Após a remoção dos itens acima indicados foi possível obter uma qualidade de ajustamento aceitável: valores de $\chi^2/g.l. <5$ (=3.982), valores de CFI e TLI superiores a .90 (CFI=.918; TLI=.909), um valor de RMSEA $\leq .06$ (=0.06), e apesar do p [rmsea \leq 0.05] $<.001$, o IC90% que lhe está associado situa-se entre .060-.070), o que demonstra que apesar do valor real do RMSEA se situar acima do valor .05, o IC superior situa-se claramente abaixo do valor indicativo de um mau ajustamento (1.0).

Adicionalmente, o modelo final (ajustado) apresenta uma qualidade de ajustamento significativamente superior à do modelo original na amostra sob estudo ($\chi^2_{(513)}=3590.544$, $p<.05$) bem como um MECVI consideravelmente menor (1.096 vs. 5.898).

Relativamente à validade factorial verificou-se que todos os itens medem o factor que se pretende que avaliem apresentando pesos factoriais estandardizados superiores a .50 e valores de trajetória estatisticamente significativos ($p < .001$). De igual modo, todos os itens apresentaram fiabilidades individuais adequadas, com pesos ao quadrado a variar entre .25 (item 32) e .71 (item 30), o que mostra que cada um dos factores explica uma percentagem elevada da variância de todos os itens que o compõe (ver tabela 16).

Relativamente à análise da consistência interna obteve-se um alfa de Cronbach de .89 para o factor “experiências de invalidação emocional” e de .90 para o factor “experiências de validação”, situando-se.

A Fiabilidade Compósita (FC) de ambas as escalas é elevada ($> .70$), com o factor “experiências de invalidação emocional” a apresentar uma $FC=.93$ e o factor “crenças de validação emocional” a apresentar uma $FC= .94$ o que comprova que todos os itens são, consistentemente, manifestações dos respectivos factores latentes dos quais esses itens são sua expressão. A variância extraída média para o factor “crenças de invalidação emocional” é de .50 e para o factor “crenças de validação emocional” é de .65 é adequada, o que comprova que os itens saturam fortemente no factor de pertença. Por fim, verificou-se que os valores de VEM são superiores ao quadrado da correlação entre os factores ($VEM_{(invalidação\ emocional)}=.50$ e $VEM_{(validação\ emocional)}=.65 \geq .08$), podendo concluir-se que os dois factores têm validade discriminante, avaliam componentes distintos, e como tal, os itens que compõem cada um dos factores não se correlacionam significativamente com o outro factor.

O estudo da sensibilidade psicométrica (tabela 16) indicou que todos os itens apresentam coeficientes de correlação item-total corrigidos superiores a .48 (item 32) o que comprova a qualidade e adequação de todos os itens para o fator de pertença. Os resultados revelaram igualmente verificado que a consistência interna de cada um dos factores não melhorava com a exclusão de cada um dos itens. Por fim, a análise dos mínimos e máximos de cada item mostrou que todas as alternativas de resposta foram escolhidas por pelo menos um dos respondentes.

Tabela 16

Pesos factoriais estandardizados (λ) e fiabilidade individual (R^2) de cada um dos itens do modelo ajustado. Valores médios (M), de máximos-mínimos ($máx.-mín.$), de desvio-padrão (DP), da correlação item-total corrigida (r) e da consistência interna se eliminado o item (α) para a Subescala Figura Paterna ($n=765$).

	λ	R^2	M ($máx.-mín.$)	DP	r item- total	α de Cronbach
Experiências de invalidação emocional						
QEVE_2. O meu pai era sarcástico em relação aos meus sentimentos. Exemplos: “Coitadinho, magoei-te com o que te disse?!”, “Acordaste mal disposto?”, “Pensavas o quê, que o mundo tinha sido feito para ti?!”, “Não se pode brincar contigo?!”, “Bem-vindo ao mundo real!”.	.63	.40	1.87(1-5)	1.14	.59	.88
QEVE_7. O meu pai fazia-me sentir que as minhas emoções o perturbavam. Exemplos: “Nunca pensas que eu também tenho sentimentos”, “Já não sabemos o que fazer contigo”, “Já não suporto estares sempre com essa cara de chateado”, “Já ninguém atura o teu mau humor”.	.61	.37	2.07(1-5)	1.23	.57	.88
QEVE_11. O meu pai fazia-me sentir culpado por ter certas emoções. Exemplos: “Só pensas em ti!”, “E os meus sentimentos?!”, “Achas que o mundo só roda em torno de ti!?”, “Eu sim tenho problemas”, “Tu não passas de uma criança!”, “Isso deve ser mimo a mais!”.	.69	.48	1.97(1-5)	1.19	.66	.88
QEVE_14. O meu pai fazia-me crer que se passava algo de errado comigo por ter essa emoção. Exemplos: “O que é que se passa contigo?”, “Qual é o teu problema?”, “Não estás bom da cabeça”, “Não és normal”, “Devias tratar-te”.	.59	.35	1.99(1-5)	1.18	.55	.88

QEVE_18. Para o meu pai as emoções não tinham qualquer valor. Exemplos: “É errado analisar as situações a partir das emoções: “Não estás a ser racional”, “Ignora o que estás a sentir e procura fazer alguma coisa que te faça sentir melhor”.	.56	.31	2.02(1-5)	1.14	.53	.88
QEVE_19. O meu pai punia-me por ter/ expressar determinadas emoções. Exemplos: “Vai chorar para o teu quarto”, “Só saís do quarto quando desatares o burro”, “Pára já de chorar...ou vai haver problemas”, “Ou te acalmas ou levas uma palmada”, “Sai já da minha frente”, “Com essa raiva, só vais conseguir ficar de castigo”.	.69	.47	1.85(1-5)	1.16	.64	.88
QEVE_23. Quando estava triste o meu pai criticava-me e humilhava-me verbalmente. Exemplos: “Não te comportes como um bebé”, “Vê se cresces”, “Pára de chorar”, “Vê se te acalmas”.	.70	.48	2.01(1-5)	1.21	.65	.88
QEVE_26. O meu pai expressava o que sentia de forma muito intensa: quando discutia ou estava chateado “explodia” de raiva, ficava muito em baixo à mínima adversidade, ficava muito impaciente perante qualquer contratempo...	.55	.30	2.55(1-5)	1.33	.52	.88
QEVE_29. O meu pai humilhava-me e envergonhava-me em público quando eu expressava as minhas emoções. Exemplos: arregalava os olhos, dava-me beliscões, contava a toda a gente o que eu lhe tinha dito acerca do modo como me sentia, dava-me uma palmada...	.58	.34	1.88(1-5)	1.16	.53	.88
QEVE_32. O meu pai negava a seriedade das situações ou a gravidade dos problemas que me provocavam emoções intensas (raiva, tristeza, medo).	.50	.25	2.28(1-5)	1.25	.48	.89
QEVE_35. Quando eu pedia ao meu pai para que tivesse em consideração os meus motivos ou se colocasse no meu lugar, ele voltava-se contra mim. Exemplos: “Eu não te julgo tanto quanto pensas”, “Estás a culpar-me?!”, “Estás a provocar um drama familiar”, “Porque é que não te colocas tu no meu lugar?”, “Tu é que não me compreendes”.	.72	.51	2.13(1-5)	1.21	.67	.88
QEVE_37. O meu pai julgava as minhas emoções e ordenava que me sentisse de outro modo. Exemplos: “Pára de sentir pena de ti mesmo”, “Pára de te queixares”, “Pára de ser piegas”, “Pára de te elogiares só por teres tirado uma boa nota na escola”.	.65	.43	1.94(1-5)	1.14	.61	.88
QEVE_40. Para o meu pai não era permitido expressar determinadas emoções. Exemplos: “Não deves mostrar orgulho pelo que conseguiste alcançar”, “Não se amua à frente de outras pessoas”, “Não se chora em público”, “Não te mostres tão contente”.	.57	.33	1.93(1-5)	1.16	.54	.88
Experiências de Validação Emocional						
QEVE_3. O meu pai aceitava e normalizava as minhas emoções. Exemplos: “Outra pessoa no teu lugar sentiria o mesmo”, “Eu também sentiria o mesmo”, “Também não gosto que me façam isso, fico magoada”, “Sei exatamente o que estás a sentir, também já passei por situações semelhantes”, “Quando eu não sou bem-sucedida também me sinto triste”.	.76	.58	2.52(1-5)	1.31	.69	.88
QEVE_10. O meu pai incentivava-me a conversar sobre as minhas emoções, fazendo-me sentir que continuaria a ser aceite e respeitado se o fizesse. Exemplos: “Pareces estar muito preocupado...o que se passa?”, “Queres falar sobre o que se passa?”, “Se precisares eu estou aqui para te ajudar”.	.81	.66	2.38(1-5)	1.38	.75	.87
QEVE_13. O meu pai ensinou-me a expressar as minhas emoções de um modo socialmente aceitável. Exemplos: “Sei que estás chateado com o teu amigo, mas não posso permitir que lhe batas”, “Sei que estás muito feliz, mas não te posso deixar saltar em cima do sofá”, “Sei que estás zangado, mas não podes estragar os teus brinquedos”.	.53	.28	2.78(1-5)	1.40	.52	.90
QEVE_30. O meu pai fazia-me sentir que os meus sentimentos	.85	.71	2.44(1-5)	1.33	.70	.87

podiam ser tranquilizados. Exemplos: “Não estás sozinha, eu ajudo-te”, “As pessoas que gostam de ti podem ajudar-te a lidar com o que sentes”, “Se aceitares o que sentes, sem te recriminares ou culpares, vais sentir-te mais tranquilo (a)/calmo (a)”, “Há coisas que podes fazer para te acalmares”.

QEVE_31. O meu pai legitimava as minhas emoções negativas (tristeza, raiva, medo). Exemplos: “É compreensível que te sintas assim”, “Eu percebo que te sintas assim”, “Eu reconheço e percebo que estejas a sofrer perante essa situação”.

.84 .70 2.38(1-5) 1.26 .77 .87

QEVE_38. O meu pai ensinou-me estratégias para lidar com as minhas emoções. Exemplos: “Hoje uma pessoa passou à minha frente na fila, fiquei tão chateada que lhe queria bater...em vez disso conversei com ela e expliquei-lhe que não concordava com o que tinha feito”, “Quando eu estou muito triste, ajuda-me chorar, ver um filme que gosto ou conversar com um amigo”.

.65 .42 2.29(1-5) 1.26 .64 .89

QEVE_41. O meu pai ensinou-me a aceitar as minhas emoções. Exemplos: “Não ignores o que sentes, as tuas emoções são importantes”, “Sofremos menos quando aceitamos o que estamos a sentir”, “Deves parar de lutar contra o que sentes”.

.77 .59 2.32(1-5) 1.32 .75 .87

QEVE_45. O meu pai encorajava-me a expressar as minhas emoções e ensinava-me a dar um nome ao que estava a sentir. Exemplos: “Sei que estás triste porque não podes ir ao aniversário do teu amigo”, “Estás orgulhoso porque tiveste um bom desempenho”, “Estás triste porque o teu esforço não foi recompensado”, “Estás com ciúmes porque não te temos dado tanta atenção quanto gostarias”.

.53 .29 2.58(1-5) 1.31 .53 .90

Subescala Figura Materna

À semelhança dos resultados encontrados para a Subescala Figura Paterna o modelo original da Subescala Figura Materna revelou uma qualidade de ajustamento global sofrível ($\chi^2/g.l.> 5$ (=5.154), valores de CFI e TLI inferiores a 0.90 (CFI=0.803; TLI=0.792), um valor de RMSEA $\geq .06$ (=0.074; IC90%:.071;.076), bem como um p [$rmsea \leq 0.05$] < 0.001 o que demonstra que o valor real do RMSEA se situa acima do valor .05.

Em seguida, para melhorar o ajustamento do modelo, procedeu-se à sua respecificação começando-se por eliminar os itens que apresentavam pesos factoriais estandardizados (λ) inferiores a 0.5 e/ ou valores de fiabilidade individual (R^2) inferiores a 0.25. Assim foram eliminados, progressivamente, os itens 42 ($\lambda=.41$; $R^2=.17$), 28 ($\lambda=.45$; $R^2=.20$), 12 ($\lambda=.48$; $R^2=.23$), 17 ($\lambda=.48$; $R^2=.23$) e 36 ($\lambda=.48$; $R^2=.23$). Após a remoção destes itens o modelo mantinha uma qualidade de ajustamento sofrível [$\chi^2/g.l.=5.083$, CFI=0.837, TLI=0.827, RMSEA=.073 ($p(rmse \leq .05) < 0.001$; IC90%:.070;.076)]. A análise dos Índices de Modificação superiores a 11 ($p < .001$) por ordem de grandeza revelou que, tal como se havia verificado para a Subescala Figura Paterna, diversos itens do mesmo factor (e ocorrendo em ambos os factores) da Subescala Figura Materna apresentavam resíduos correlacionados, o que mais uma vez se justifica devido à semelhança conceptual entre os itens em que tal se verificava. Assim, com o intuito de melhorar o ajustamento do modelo e de tornar a escala mais prática (com um menor número de itens) optou-se pela remoção dos itens, cujo resíduo associado apresentava magnitudes de correlação mais elevadas com os resíduos de outros itens do mesmo factor (dado que havia uma sobreposição no conteúdo avaliado). Neste processo foram, progressivamente, removidos os itens 9, 4, 20, 39, 24, 43, 33, 15, 6. Por fim, foram removidos os itens 21,8,25,22 porque se verificou que uma fracção

considerável do comportamento de cada um destes itens não era explicada pelo factor de pertença do item mas sim pelo outro factor. Com a remoção destes itens o modelo modificado apresenta uma qualidade de ajustamento aceitável: valores de $\chi^2/g.l.$ <5 ($=4.240$), valores de CFI e TLI superiores a 0.90 (CFI=0.915; TLI=0.905), um valor de RMSEA ≤ 0.08 ($=0.07$), e apesar do p [$rmsea \leq 0.05$] $< .001$, o IC90% que lhe está associado situa-se entre .06-.07), o que demonstra que apesar do valor real do RMSEA se situar acima do valor .05, o IC superior situa-se claramente abaixo do valor indicativo de um mau ajustamento (1.0).

Adicionalmente, o modelo ajustado apresenta uma qualidade de ajustamento significativamente superior à do modelo original na amostra sob estudo ($\chi^2(513)=2815.649$, $p < .05$) bem como um MECVI consideravelmente menor (1.159 vs. 4.947).

Relativamente à validade factorial verificou-se que todos os itens medem o factor que se pretende que avaliem apresentando pesos factoriais estandardizados superiores a .50 e valores de trajetória estatisticamente significativos ($p < .001$). De igual modo, todos os itens apresentaram fiabilidades individuais adequadas, com pesos ao quadrado a variar entre .25 (item 18) e .72 (item 30), o que mostra que cada um dos factores explica uma percentagem elevada da variância de todos os itens que o compõe (ver tabela 17).

Relativamente à análise da consistência interna obteve-se um alfa de Cronbach de .90 para o factor “experiências de invalidação emocional” e de .90 para o factor “experiências de validação”.

Em relação à Fiabilidade Compósita (FC) verificou-se que para ambas as escalas é elevada ($> .70$), com o factor “experiências de invalidação emocional” a apresentar uma FC=.94 e o factor “crenças de validação emocional” a apresentar uma FC= .94 o que comprova que, à semelhança dos resultados para a *Subescala Figura Paterna*, também na *Subescala Figura Materna* todos os itens são, consistentemente, manifestações dos respectivos factores latentes. A variância extraída média para o factor “crenças de invalidação emocional” é de .53 e para o factor “crenças de validação emocional” é de .65 é adequada, o que comprova que os itens saturam fortemente no factor de pertença. Por fim, para avaliar a validade discriminante comparou-se o quadrado da correlação entre os factores com a variância extraída média (VEM) dos factores. Sendo a $VEM_{(invalidação\ emocional)}=.53$ e $VEM_{(validação\ emocional)}=.65$ superiores ao $r^2_{(validação.invalidação)}=.10$ pôde concluir-se que os dois factores avaliam componentes distintos, e como tal, os itens que compõem cada um dos factores não se correlacionam significativamente com o outro factor.

O estudo da sensibilidade psicométrica (tabela 17) indicou que todos os itens apresentam coeficientes de correlação item-total corrigidos superiores a .48 (item 18) o que comprova a qualidade e adequação de todos os itens para o fator de pertença. Os resultados revelaram igualmente verificado que a consistência interna de cada um dos factores não melhorava com a exclusão de cada um dos itens. Por fim, a análise dos mínimos e máximos de cada item mostrou que todas as alternativas de resposta foram escolhidas por pelo menos um dos respondentes.

Tabela 17

Pesos factoriais estandardizados (λ) e fiabilidade individual (R^2) de cada um dos itens do modelo ajustado. Valores médios (M), de máximos-mínimos (máx.-mín.), de desvio-padrão (DP), da correlação item-total corrigida (r) e da consistência interna se eliminado o item (α) para a Subescala Figura Materna (n=765).

	λ	R^2	M (máx.-mín.)	DP	r item- total	α de Cronbach
Experiências de invalidação emocional						
QEVE_2. A minha mãe era sarcástica em relação aos meus sentimentos. Exemplos: “Coitadinho, magoei-te com o que te	.66	.43	1.77(1-5)	1.09	.62	.89

disse?!”, “Acordaste mal disposto?”, “Pensavas o quê, que o mundo tinha sido feito para ti?!”, “Não se pode brincar contigo?!”, “Bem-vindo ao mundo real!”.						
QEVE_7. A minha mãe fazia-me sentir que as minhas emoções a perturbavam. Exemplos: “Nunca pensas que eu também tenho sentimentos”, “Já não sabemos o que fazer contigo”, “Já não suporto estares sempre com essa cara de chateado”, “Já ninguém atura o teu mau humor”.	.67	.45	2.17(1-5)	1.26	.63	.89
QEVE_11. A minha mãe fazia-me sentir culpada por ter certas emoções. Exemplos: “Só pensas em ti!”, “E os meus sentimentos?!”, “Achas que o mundo só roda em torno de ti!?”, “Eu sim tenho problemas”, “Tu não passas de uma criança!”, “Isso deve ser mimo a mais!”.	.72	.51	2.03(1-5)	1.20	.67	.89
QEVE_14. A minha mãe fazia-me crer que se passava algo de errado comigo por ter essa emoção. Exemplos: “O que é que se passa contigo?”, “Qual é o teu problema?”, “Não estás bom da cabeça”, “Não és normal”, “Devas tratar-te”.	.64	.41	1.93(1-5)	1.16	.61	.89
QEVE_18. Para a minha mãe as emoções não tinham qualquer valor. Exemplos: “É errado analisar as situações a partir das emoções: “Não estás a ser racional”, “Ignora o que estás a sentir e procura fazer alguma coisa que te faça sentir melhor”.	.50	.25	2.16(1-5)	1.18	.48	.90
QEVE_19. A minha mãe punia-me por ter/ expressar determinadas emoções. Exemplos: “Vai chorar para o teu quarto”, “Só saís do quarto quando desatares o burro”, “Pára já de chorar...ou vai haver problemas”, “Ou te acalmas ou levas uma palmada”, “Sai já da minha frente”, “Com essa raiva, só vais conseguir ficar de castigo”.	.63	.39	2.01(1-5)	1.17	.59	.89
QEVE_23. Quando estava triste a minha mãe criticava-me e humilhava-me verbalmente. Exemplos: “Não te comportes como um bebé”, “Vê se cresces”, “Pára de chorar”, “Vê se te acalmas”.	.72	.52	1.90(1-5)	1.09	.68	.89
QEVE_26. A minha mãe expressava o que sentia de forma muito intensa: quando discutia ou estava chateada “explodia” de raiva, ficava muito em baixo à mínima adversidade, ficava muito impaciente perante qualquer contratempo...	.60	.36	2.41(1-5)	1.22	.56	.89
QEVE_29. A minha humilhava-me e envergonhava-me em público quando eu expressava as minhas emoções. Exemplos: arregalava os olhos, dava-me beliscões, contava a toda a gente o que eu lhe tinha dito acerca do modo como me sentia, dava-me uma palmada...	.69	.47	1.74(1-5)	1.08	.64	.89
QEVE_32. A minha mãe negava a seriedade das situações ou a gravidade dos problemas que me provocavam emoções intensas (raiva, tristeza, medo).	.52	.27	2.14(1-5)	1.16	.50	.90
QEVE_35. Quando eu pedia à minha para que tivesse em consideração os meus motivos ou se colocasse no meu lugar, ela voltava-se contra mim. Exemplos: “Eu não te julgo tanto quanto pensas”, “Estás a culpar-me?!”, “Estás a provocar um drama familiar”, “Porque é que não te colocas tu no meu lugar?”, “Tu é que não me compreendes”.	.69	.48	2.19(1-5)	1.26	.66	.89
QEVE_37. A minha mãe julgava as minhas emoções e ordenava que me sentisse de outro modo. Exemplos: “Pára de sentir pena de ti mesmo”, “Pára de te queixares”, “Pára de ser piégas”, “Pára de te elogiares só por teres tirado uma boa nota na escola”.	.72	.52	1.84(1-5)	1.06	.68	.89
QEVE_40. Para a minha mãe não era permitido expressar determinadas emoções. Exemplos: “Não deves mostrar orgulho pelo que conseguiste alcançar”, “Não se amua à frente de outras pessoas”, “Não se chora em público”, “Não te mostres tão contente”.	.55	.30	2.03(1-5)	1.17	.53	.90
Experiências de Validação Emocional						
QEVE_3. A minha mãe aceitava e normalizava as minhas	.74	.55	2.79(1-5)	1.34	.69	.88

emoções. Exemplos: “Outra pessoa no teu lugar sentiria o mesmo”, “Eu também sentiria o mesmo”, “Também não gosto que me façam isso, fico magoada”, “Sei exatamente o que estás a sentir, também já passei por situações semelhantes”, “Quando eu não sou bem-sucedida também me sinto triste”.						
QEVE_10. A minha mãe incentivava-me a conversar sobre as minhas emoções, fazendo-me sentir que continuaria a ser aceite e respeitado se o fizesse. Exemplos: “Pareces estar muito preocupado...o que se passa?”, “Queres falar sobre o que se passa?”, “Se precisares eu estou aqui para te ajudar”.	.70	.48	3.13(1-5)	1.37	.66	.88
QEVE_13. A minha mãe ensinou-me a expressar as minhas emoções de um modo socialmente aceitável. Exemplos: “Sei que estás chateado com o teu amigo, mas não posso permitir que lhe batas”, “Sei que estás muito feliz, mas não te posso deixar saltar em cima do sofá”, “Sei que estás zangado, mas não podes estragar os teus brinquedos”.	.57	.33	2.89(1-5)	1.39	.55	.89
QEVE_30. A minha mãe fazia-me sentir que os meus sentimentos podiam ser tranquilizados. Exemplos: “Não estás sozinha, eu ajudo-te”, “As pessoas que gostam de ti podem ajudar-te a lidar com o que sentes”, “Se aceitares o que sentes, sem te recriminares ou culpares, vais sentir-te mais tranquilo (a)/ calmo (a)”, “Há coisas que podes fazer para te acalmares”.	.85	.72	2.85(1-5)	1.36	.79	.87
QEVE_31. A minha mãe legitimava as minhas emoções negativas (tristeza, raiva, medo). Exemplos: “É compreensível que te sintas assim”, “Eu percebo que te sintas assim”, “Eu reconheço e percebo que estejas a sofrer perante essa situação”.	.67	.45	3.00(1-5)	1.31	.63	.89
QEVE_38. A minha mãe ensinou-me estratégias para lidar com as minhas emoções. Exemplos: “Hoje uma pessoa passou à minha frente na fila, fiquei tão chateada que lhe queria bater...em vez disso conversei com ela e expliquei-lhe que não concordava com o que tinha feito”, “Quando eu estou muito triste, ajuda-me chorar, ver um filme que gosto ou conversar com um amigo”.	.74	.55	2.43(1-5)	1.30	.70	.88
QEVE_41. A minha mãe ensinou-me a aceitar as minhas emoções. Exemplos: “Não ignores o que sentes, as tuas emoções são importantes”, “Sofremos menos quando aceitamos o que estamos a sentir”, “Deves parar de lutar contra o que sentes”.	.70	.49	2.61(1-5)	1.30	.66	.88
QEVE_45. A minha mãe encorajava-me a expressar as minhas emoções e ensinava-me a dar um nome ao que estava a sentir. Exemplos: “Sei que estás triste porque não podes ir ao aniversário do teu amigo”, “Estás orgulhoso porque tiveste um bom desempenho”, “Estás triste porque o teu esforço não foi recompensado”, “Estás com ciúmes porque não te temos dado tanta atenção quanto gostarias”.	.79	.62	2.48(1-5)	1.30	.73	.88

2.3. Validade Convergente e Divergente

2.3.1. Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 1045 indivíduos da população geral. A amostra foi constituída por 725 (69.4%) indivíduos do sexo feminino e 320 (30.6%) do sexo masculino, que apresentavam uma idade média de 35.85 anos ($DP=10.50$). Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 13.02 ($DP=3.94$) anos de escolaridade. No que concerne ao estado civil, 57.5% ($n=601$) dos participantes era casado ou vivia em união de facto e 35.1% ($n=367$) solteiro. Em relação à situação profissional,

53.4% ($n=558$) dos respondentes tinham profissões de classe média e 4.5% ($n=47$) eram estudantes do Ensino Superior que frequentam diversas licenciaturas e anos curriculares. Não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo e as habilitações literárias dos respondentes. A caracterização demográfica da amostra total e por géneros apresenta-se na tabela 18.

Tabela 18
Caracterização demográfica da amostra em estudo.

	Total ($n=1045$)		Género feminino ($n=725$)		Género masculino ($n=320$)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	35.85	10.55	36.13	10.14	35.21	11.40
Anos de escolaridade	13.02	3.94	13.31	3.94	12.36	3.88

	Total		Género feminino		Género masculino	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Estado Civil						
Solteiro	367	35.1	224	30.9	143	44.7
Casado/ União de facto	601	57.5	436	60.1	165	51.5
Divorciado/ Separado	63	6	52	7.2	11	3.4
Viúvo	14	1.3	13	1.8	1	0.3
Situação Profissional						
Profissão de classe baixa	358	34.3	215	29.7	143	44.7
Profissão de classe média	558	53.4	409	56.4	149	46.6
Profissão de classe alta	82	7.8	58	8.0	24	7.5
Estudante	47	4.5	43	5.9	4	1.3

2.3.2. Instrumentos

Cada participante preencheu uma bateria de questionários de auto-retrato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), o *Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional* (QEVE: Dinis, & Pinto Gouveia, 2007), o *Questionário de Experiências de Vergonha na Infância* (EEVI: Dinis, Matos, Pinto-Gouveia & Magalhães, 2009), *Escala de Experiências Precoces de Vida* (EPPV: The Early Life Experiences Scale - ELES, Gilbert et al., 2003; tradução e adaptação de Lopes & Pinto Gouveia, manuscrito não publicado), o *Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância* (QECAL, The Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire - CECA.Q, Smith, Lam, Bifulco, & Checkley, 2002; tradução e adaptação de Carvalho et al., *manuscrito em submissão*), *Questionário de Ligação Parental* (QLP, Parental Bonding Instrument - PBI, Parker et al., 1979; tradução e adaptação de Baptista & Lory, 1997), *Questionário de Expressividade na Família* (QEF, Family Expressivity Questionnaire – FEQ, Halberstadt, 1986; tradução e adaptação de Dinis, Pinto Gouveia & Xavier, 2011), o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy* – versão modificada (LESS: Leahy Emotional Schemas Scale, 2002; traduzida e adaptada para a população portuguesa por Dinis & Pinto-Gouveia, 2007), *Escala de Tipos de Afecto Positivos* (ETAP, Types of Positive Affect Scales-TPA, Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter, & Rockliff, 2008; traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pinto Gouveia, Dinis, & Matos, 2008), a *Escala de Proximidade e Ligação ao Outro* (EPLO, Social Safeness and Pleasure Scale – SSPS, Gilbert, McEwan, Mitra, Richter, Franks, Mills, Bellew, & Gale, 2009; tradução e adaptação de Dinis, Matos, & Pinto Gouveia, 2008) e as *Escalas de Depressão Ansiedade e Stress -42* (DASS-42; Depression Anxiety Stress Scales-42, Lovibond & Lovibond, 1995; tradução e adaptação para a população portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2.).

2.3.3. Procedimento

Os participantes que são estudantes foram recrutados da Universidade de Coimbra e frequentam diversas licenciaturas e anos curriculares. Os restantes participantes, que pertencem a diferentes classes profissionais, foram recrutados em diferentes instituições públicas e privadas (e.g. escolas, unidades fabris, organismos estatais). Após as instituições envolvidas aceitarem colaborar na presente investigação, aos indivíduos que aceitaram participar voluntariamente no presente estudo, foi solicitado o preenchimento da bateria de questionários. Todos os participantes foram esclarecidos em relação aos objectivos do estudo, bem como lhes foi garantida a confidencialidade das suas respostas. Contudo, como cada participante completou somente um subconjunto de instrumentos de medida, o tamanho da amostra variou entre 367 e 1045.

2.3.4. Estratégia analítica

Com o intuito de calcular a validade convergente e divergente procedeu-se ao cálculo das matrizes de correlações produto-momento de Pearson entre os dois factores do QEVE com medidas de constructos teoricamente semelhantes (que se esperaria que estivessem fortemente e significativamente relacionadas) e dissemelhantes (que se esperaria que não estivessem associadas ou que apresentassem uma fraca associação). A magnitude das correlações foi classificada como baixa (para valores entre $r=.10$ e $r=.29$), moderada (para valores entre $r=.30$ e $r=.49$) ou alta (para valores entre $r=.50$ e $r=1.00$) de acordo com as orientações de Cohen (1988, pp.79-81 tal como descrito em Pallant, 2010). A normalidade das variáveis foi analisada através do teste de Kolmogorov-Smirnov e dos valores de assimetria a curtose e a análise dos valores extremos efectuada através do Diagrama de Extremos e Quartis. Os valores de consistência interna das variáveis em estudo foram calculados através do alfa de Cronbach. Os procedimentos estatísticos foram realizados com recurso ao *software* (v.20; IBM SPSS Inc, Chicago, IL). Os resultados são apresentados na tabela 19.

2.3.5. Resultados

Estatística Descritiva e Análises Preliminares

Todas as variáveis apresentaram valores indicativos de uma boa consistência interna (Nunnally, 1978), à excepção da subescala de *desvalorização* do ELES, que apresentou um valor ligeiramente abaixo ainda que aceitável (tabela 19). Apesar do teste de Kolmogorov-Smirnov indiciar que a maioria das variáveis em estudo não seguia uma distribuição normal (nível de significância inferior a .05), a análise aos valores de assimetria e achatamento (tabela 19) comprovou a inexistência de violações graves ao pressuposto de normalidade (valores de assimetria $<|3|$ e valores de curtose inferiores a $|8|$; Kline, 1998). No mesmo sentido, a apesar da análise aos diagramas de extremos-e-quartis ter revelado a existência de 6 outliers para a variável DASS-Depressão, de 8 para a variável DASS-Ansiedade e de um outlier na variável EEVI, estas observações foram mantidas dado que a comparação das matrizes antes e depois de removidos os referidos *outliers* não se diferenciava.

Tabela 19

Valores médios, de desvio-padrão, da variação das pontuações, dos mínimos e máximos, de assimetria, de curtose, do teste de K-S e da consistência interna para cada uma das variáveis em estudo.

		M	DP	Varição	Mín-Máx.	Assimetria	Curtose	K-S	P	α
QEVE (n=1045)										
Pai-	Experiências	1.92	0.70	1.00-5.00	1.00-5.00	1.011	0.979	.106	<.001	.883

invalidação										
Pai – Experiências	2.74	1.00	1.00-5.00	1.00-5.00	0.131	-0.750	.051	<.001	.897	
validação										
Mãe - Experiências	1.90	0.68	1.00-5.00	1.00-4.69	0.982	0.825	.109	<.001	.879	
invalidação										
Mãe - Experiências	3.00	0.98	1.00-5.00	1.00-5.00	-0.073	-0.718	.048	<.001	.891	
validação										
EEVI (n=319)										
Pai - Experiências	1.80	0.67	1.00-5.00	1.00-4.80	1.361	2.175	.128	<.001	.902	
vergonha										
Mãe - Experiências	1.84	0.64	1.00-5.00	1.00-4.60	1.196	1.570	.123	<.001	.887	
vergonha										
ELES (n=368)										
Submissão	2.05	0.77	1.00-5.00	1.00-5.00	1.006	1.140	.113	<.001	.827	
Ameaça	1.86	0.81	1.00-5.00	1.00-4.83	1.164	0.844	.165	<.001	.840	
Desvalorização	2.51	0.86	1.00-5.00	1.00-5.00	0.403	-0.145	.110	<.001	.663	
CECA.Q (n=367)										
Pai – Antipatia	2.11	0.77	1.00-5.00	1.00-5.00	1.056	1.395	.117	<.001	.845	
Pai – Negligência	2.11	0.79	1.00-5.00	1.00-4.75	0.710	0.383	.082	<.001	.881	
Mãe - Antipatia	1.93	0.70	1.00-5.00	1.00-4.71	0.984	0.935	.126	<.001	.831	
Mãe – Negligência	1.72	0.62	1.00-5.00	1.00-4.63	1.236	2.532	.125	<.001	.834	
PBI (n=541)										
Pai – Sobreproteção	1.17	0.52	0.00-2.92	0.00-3.00	0.192	0.141	.051	.002	.804	
Pai – Carinho	1.90	0.65	0.00-3.00	0.00-3.00	-0.298	-0.375	.050	.003	.879	
Mãe – Sobreproteção	1.22	0.49	0.00-2.92	0.00-3.00	0.183	0.342	.058	<.001	.777	
Mãe – Carinho	2.11	0.60	0.00-3.00	0.00-3.00	-0.458	-0.236	.091	<.001	.865	
FEQ (n=494)										
Negativo	3.56	1.38	1.00-9.00	1.00-9.00	0.632	0.553	.054	.002	.880	
Positivo	6.52	1.48	1.00-9.00	1.11-9.00	-0.854	0.581	.094	<.001	.934	
LESS – M (n=1045)										
Crenças negativas	2.87	0.97	1.00-6.00	1.00-5.85	0.248	-0.350	.046	<.001	.877	
Crenças de validação emocional	4.26	0.96	1.00-6.00	1.00-6.00	-0.664	0.454	.103	<.001	.753	
TPA (n=692)										
Ativo	2.84	0.62	0.00-4.00	0.63-4.00	-0.413	-0.082	.073	<.001	.840	
Relaxado	2.34	0.77	0.00-4.00	0.00-4.00	-0.184	-0.157	.069	<.001	.868	
Seguro	2.54	0.67	0.00-4.00	0.00-4.00	-0.204	-0.050	.090	<.001	.721	
SSPS (n=395)										
	3.80	0.71	1.00-5.00	1.36-5.00	-0.337	-0.073	.065	<.001	.916	
DASS (n=895)										
DASS – Depressão	0.45	0.51	0.00-3.00	0.00-3.00	1.742	3.254	.193	<.001	.936	
DASS – Ansiedade	0.42	0.47	0.00-3.00	0.00-2.43	1.739	3.054	.186	<.001	.909	
DASS – Stress	0.80	0.56	0.00-3.00	0.00-2.93	0.826	0.474	.085	<.001	.929	

Resultados Correlacionais

De modo a avaliar a validade convergente e divergente do QEVE procedeu-se ao cálculo dos coeficientes de correlação produto-momento de Pearson entre as duas dimensões do questionário e outras medidas parentais retrospectivas, quer avaliadas através de instrumentos amplamente conhecidos na literatura (FEQ, CECA.Q, PBI, ELES), quer pelo novo instrumento desenvolvido no âmbito da presente dissertação (EEVI), quer por medidas associadas à activação dos sistemas de regulação do afecto positivo (TPA e SSPS) ou à avaliação das crenças acerca das emoções (LESS-M) no momento presente, e por fim, com uma medida que avalia a psicopatologia igualmente no momento actual (DASS-42).

Desde já é importante fazer a constatação de que a análise das correlações produto-momento de Pearson mostrou que a magnitude das correlações entre as dimensões do QEVE (quer para a subescala Figura Paterna, quer para a Subescala Figura Materna) com a maioria das medidas retrospectivas

parentais (CECA.Q, PBI, FEQ, ELES) não se situam acima de .70, o que sugere que o QEVE não avalia exactamente as mesmas experiências, ou os mesmos estilos parentais, avaliados por essas medidas, mas sim constructos que apesar de se poderem com ele assemelhar serão, pelo menos em parte, diferentes. Contudo, é possível supor que as fortes correlações encontradas, entre as duas dimensões do QEVE e outras medidas retrospectivas (que se verificaram sempre no sentido esperado) devem-se ao facto de apresentarem aspectos interligados e complementares do mesmo tipo de memórias emocionais, ou seja, da vivência de memórias emocionais positivas, ou pelo contrário, da vivência de memórias emocionais negativas no seu ambiente familiar de origem. Mais concretamente, quando avaliamos, separadamente, as correlações, entre as *experiências de invalidação emocional* para ambas as figuras parentais e o Questionário de Expressividade Familiar (FEQ), verificamos que esta dimensão apresenta uma correlação positiva e significativa, de moderada magnitude, com a *expressividade familiar negativa*. Também as *experiências de validação emocional* apresentam uma correlação positiva moderada com a *expressividade familiar positiva*. No mesmo sentido, a vivência dos *sentimentos de ameaça* e *submissão* da Escala de Experiências Precoces de Vida (ELES) apresenta correlações positivas, de magnitude moderada, com as *experiências de invalidação emocional*, e correlações negativas, de magnitude semelhante, com as *experiências de validação emocional*. A dimensão *desvalorização* do mesmo instrumento apresenta uma correlação negativa com as *experiências de validação emocional*, de magnitude superior à, correlação positiva, que apresenta com as *experiências de invalidação emocional*. Também se observarmos as correlações que o QEVE apresenta com o Questionário de Ligação Parental (PBI), verificamos que o estilo parental de *carinho/ cuidado* apresenta uma correlação positiva moderada com as *experiências de validação emocional*. Já no sentido oposto, o estilo de *sobreprotecção* apresenta uma correlação positiva, de magnitude baixa a moderada, com as *experiências de invalidação emocional*. E por fim, quando examinamos as correlações com o Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (CECA.Q), verificamos que as dimensões *negligência* e *antipatia* apresentam, como seria de esperar, correlações negativas com as *experiências de validação emocional* e positivas com as *experiências de invalidação emocional*. Um segundo resultado importante de realçar é a constatação de que a dimensão de *experiências de invalidação emocional* do QEVE se correlaciona fortemente ($\geq .70$), em comparação com a dimensão de *experiências de validação emocional* (cujas correlações são negativas, como seria de esperar, mas de muito menor magnitude) com o EEVI que avalia a frequência com que o respondente se recorda ter vivenciado experiências de humilhação, rebaixamento e vergonha na relação com os prestadores de cuidados. Este resultado coloca a possibilidade da vivência de *experiências de invalidação emocional* estar fortemente associada à vivência de um leque mais abrangente de situações (que não somente centradas experiência e expressão do afecto), tal como avalia o EEVI, em que o indivíduo se sentiu globalmente humilhado, ridicularizado, rejeitado e até mesmo atacado por parte dos prestadores de cuidados. Adicionalmente verificou-se que a dimensão de *experiências de validação emocional* apresenta, no sentido esperado, uma associação positiva aos sistemas de regulação do afecto positivo (TPA), e entre estes, como seria de esperar, de forma ligeiramente mais expressiva com a dimensão de *calor* ou seja, com a vivência na adultez de sentimentos de calor, segurança e contentamento. No mesmo sentido esta dimensão do QEVE apresenta uma associação positiva com a SSPS (ao contrário do que se verificou com a dimensão *experiências de invalidação emocional* cuja associação é não somente negativa, como seria de esperar, mas igualmente de menor magnitude), uma medida que avalia o afecto positivo associado ao experienciar, no momento presente, o nosso mundo social (i.e., as nossas relações sociais) como fonte de *conforto, segurança, calor e acalmia/ tranquilização*. Adicionalmente, verificou-se que as associações entre o QEVE e o LESS-M vão no sentido esperado, constatando-se que a recordação de *experiências de invalidação emocional* está sobretudo associada, no momento presente, a mais *crenças negativas* (de perigosidade e incontrolabilidade) acerca das emoções e, pelo contrário, a recordação de *experiências de validação emocional* está especialmente associada a mais *crenças de validação emocional*. Por último, foram ainda analisados os coeficientes de correlação entre o QEVE e as Escalas de Ansiedade, Depressão

e Stress (DASS) que avaliam a presença de sintomas psicopatológicos no presente. Constatou-se que a dimensão experiências de invalidação emocional apresenta correlações positivas significativas, de baixa magnitude, com os sintomas de depressão, ansiedade e stresse, e pelo contrário, a dimensão experiências de validação emocional apresenta correlações negativas, da mesma ordem de magnitude, com esses sintomas. Como tal no seu conjunto, os resultados sugerem que o QEVE apresenta uma boa validade divergente e convergente (tabela 20).

Tabela 20

Correlações produto-momento de Pearson entre as experiências de (in) validação (QEVE) com as experiências de vergonha (EEVI), as experiências de ameaça, submissão e desvalorização (ELES) ocorridas durante a infância, os estilos parentais de antipatia e negligência (CECA.Q), de sobreprotecção e de calor-afecto (PBI), os esquemas emocionais (LESS-M), a proximidade e ligação aos outros (SSPS) e a psicopatologia (DASS-42).

		Figura Paterna		Figura Materna	
		Experiências de Invalidação Emocional	Experiências de Validação Emocional	Experiências de Invalidação Emocional	Experiências de Validação Emocional
Questionário de Experiências de (In) validação na Infância (n=1045)	Pai – Invalidação	1			
	Pai – Validação	-.17**	1		
	Mãe – Invalidação	.82**	-.17**	1	
	Mãe – Validação	-.12**	.85**	-.21**	1
Escala de Experiências de Vergonha na Infância (n=319)	Pai – Vergonha	.72**	-.30**	.60**	-.31**
	Mãe – Vergonha	.56**	-.32**	.70**	-.38**
Escala de Experiências Precoces de Vida (n=368)	Ameaça	.54**	-.35**	.54**	-.39**
	Submissão	.50**	-.42**	.50**	-.45**
	Desvalorização	.37**	-.56**	.43**	-.53**
Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (n=367)	Pai antipatia	.54**	-.47**	.42**	-.32**
	Pai negligência	.28**	-.64**	.28*	-.48**
	Mãe antipatia	.40**	-.36**	.58**	-.45**
	Mãe negligência	.31**	-.45**	.41**	-.54**
Questionário de Ligação Parental (n=541)	Pai sobreprotecção	.46**	-.31**	.38**	-.28**
	Pai carinho	-.44**	.62**	-.40**	.46**
	Mãe sobreprotecção	.31**	-.28**	.42**	-.35**
	Mãe carinho	-.38**	.43**	-.53**	.56**
	Questionário de Expressividade Familiar (n=494)	Negativo	.42**	-.33**	.45**
	Positivo	-.19**	.52**	-.21**	.50**
	Escala de Esquemas Emocionais (n=1045)	Crenças negativas	.28**	-.13**	.32**
Crenças de validação emocional		-.15**	.25**	-.21**	.29**
Escala de Tipos de Afecto Positivos (n=692)	Ativo	-.07	.18**	-.10*	.14**
	Relaxado	-.14**	.13**	-.14**	.07
	Seguro	-.17**	.22**	-.20**	.17**
Escala de Proximidade e Ligação Social (n=395)		-.16**	.31**	-.21**	.34**
Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (n=895)	Depressão	.18**	-.21**	.24**	-.21**
	Ansiedade	.17**	-.14**	.20**	-.13**
	Stress	.21**	-.20**	.25**	-.16**

** $p < .01$; * $p < .05$

Discussão Geral

O presente estudo teve como propósito apresentar as características psicométricas de um novo instrumento que pretende avaliar, retrospectivamente, as experiências de validação e de invalidação emocional vividas na relação com os pais (ou seus substitutos) durante os primeiros dezoito anos de vida. A Análise Factorial Exploratória efectuada numa ampla amostra da população geral revelou uma solução bidimensional, quer para a subescala figura paterna quer para a subescala figura materna. A estrutura bidimensional foi ainda confirmada através da Análise Factorial Confirmatória (AFC) numa nova amostra que resultou da junção de uma amostra não-clínica com uma amostra clínica. Com o intuito de desenvolver uma escala de mais fácil aplicação, e para evitar a sobreposição conceptual entre itens, alguns itens foram removidos durante a AFC, conduzindo a que a versão final da medida ficasse constituída por 21 itens (13 itens que avaliam as “experiências de invalidação emocional” e 8 itens que avaliam as “experiências de validação emocional”). A análise dos índices de ajustamento global utilizados permitiram concluir que ambos os modelos (da subescala Figura Paterna e da subescala Figura Materna) revelam um ajustamento adequado, com a AFC a validar a existência de uma estrutura bidimensional em ambas as subescalas. Também os elevados alfas de Cronbach encontrados apontam para uma boa consistência interna das duas dimensões em cada uma das subescalas do QEVE.

Mais concretamente, o conjunto de itens, que compõem a dimensão *experiências de validação emocional* traduz, na sua globalidade, memórias emocionais positivas vivenciadas na relação com as figuras parentais, nomeadamente a percepção das figuras parentais como “treinadoras” de emoções, no mesmo sentido do que Gottman e colaboradores (Gottman et al., 1996, 1997) descreveram esta filosofia meta-emocional, assim como suportivas, tal como este estilo parental foi descrito por Eisenberg e colaboradores (Eisenberg et al., 1998). Mais especificamente é possível fazer um paralelismo entre as descrições fornecidas por estes investigadores acerca destes estilos parentais e o conteúdo dos itens do QEVE. Assim, as *experiências de validação emocional* parecem ser proporcionadas por pais que aceitam, toleram, compreendem, respeitam, valorizam, legitimam e normalizam as experiências emocionais dos seus filhos (e.g., “A minha mãe legitimava as minhas emoções negativas (tristeza, raiva, medo)”, “A minha mãe aceitava e normalizava as minhas emoções”). E estão igualmente associadas ao ensino de competências de prestar atenção, identificar, nomear e discriminar as emoções (e.g., “A minha mãe encorajava-me a expressar as minhas emoções e ensinava-me a dar um nome ao que estava a sentir.”), ao ensino de estratégias de regulação emocional (e.g., “O meu pai ensinou-me estratégias para lidar com as minhas emoções”) e de como expressar as emoções de um modo socialmente aceitável (“O meu pai ensinou-me a expressar as minhas emoções de um modo socialmente aceitável”). Os resultados fornecem igualmente suporte para a ideia de que as experiências de validação emocional estão associadas a uma elevada expressividade parental positiva e a uma atitude de encorajamento e reforço para que a criança expresse as suas emoções (e.g., “O meu pai incentivava-me a conversar sobre as minhas emoções, fazendo-me sentir que continuaria a ser aceite e respeitado se o fizesse.”). Alguns estudos já haviam sugerido que o reforço ou encorajamento para a expressão de emoções negativas pode ser benéfico desde que os pais ensinem a criança a expressar-se de um modo socialmente aceitável e a regular as suas emoções (e.g., Katz et al., 1999). Existem igualmente estudos que mostram a importância dos pais expressarem emoções positivas dirigidas à criança para que ela tenha um bom desenvolvimento sócio-emocional (Eisenberg et al., 1998). Por fim, a ocorrência de *experiências de validação emocional* parece traduzir, em certa medida, a recordação quanto à existência de uma relação positiva entre os pais e a criança, dado estar associada a uma visão dos pais como calorosos, responsivos e empáticos (“A minha mãe fazia-me sentir que os meus sentimentos podiam ser tranquilizados”, “O meu pai aceitava e normalizava as minhas emoções”). Esta associação vai de encontro à hipótese de Leahy (2005) acerca da importância do estabelecimento de uma relação de vinculação segura entre a criança e os pais para que ela sinta que as suas emoções são validadas. Também Gilbert e colaboradores (1996) defendem a importância das crianças vivenciarem experiências

de calor/ afecto na relação com os pais para que possam internalizar uma visão positiva acerca de si próprias como sendo pessoas com valor, amadas e aceites pelos outros.

No sentido oposto, verificou-se que o conteúdo dos itens, que compõem a dimensão *experiências de invalidação emocional* do QEVE, parece associar-se às filosofias parentais, “desaprovador” e “indiferente”, descritas por Gottman e colaboradores (Gottman et al., 1996, 1997) e aos estilos parentais “punitivo” e “minimizador” descritos por Eisenberg e colaboradores (Eisenberg et al., 1998). Mais especificamente, as *experiências de invalidação emocional*, parecem estar associadas a uma percepção dos pais como indiferentes, críticos, disciplinadores e punitivos em relação à experiência e expressão de emoções negativas da criança (e.g., “A minha mãe julgava as minhas emoções e ordenava que me sentisse de outro modo”, “O meu pai negava a seriedade das situações ou a gravidade dos problemas que me provocavam emoções intensas (raiva, tristeza, medo)” e à ideia de que estes tinham crenças negativas acerca da experiência e expressão das emoções, como sendo desnecessárias, não importantes, irrazoáveis, incompreensíveis, e prejudiciais (e.g., “A minha mãe fazia-me sentir culpado (a) por ter certas emoções”, “O meu pai fazia-me crer que se passava algo de errado comigo por ter essa emoção”). No mesmo sentido, o ensino de estratégias de controlo, supressão e evitamento emocional (Gottman, 1997, Eisenberg et al., 1996), e o baixo encorajamento da expressão emocional (Denham et al., 1994), que estão associados a estes estilos parentais, parecem funcionar globalmente como experiências de invalidação emocional, tal como demonstrado nos seguintes itens do QEVE: “O meu pai punia-me por ter/ expressar determinadas emoções”, “Para a minha mãe não era permitido expressar determinadas emoções”. Por fim, as *experiências de invalidação emocional* parecem expressar a existência de um padrão de vinculação inseguro (caracterizado pela falta de responsividade parental, insensibilidade aos sinais de perturbação e rejeição) tal como descrito por Bowlby (1988), e presente em itens como: “A minha mãe era sarcástica(o) em relação aos meus sentimentos”, “Quando eu pedia ao meu pai para que tivesse em consideração os meus motivos ou se colocasse no meu lugar, ele voltava-se contra mim”. As baixas correlações encontradas entre as duas dimensões do QEVE fazem-nos pressupor que estas experiências poderão estar associadas a vivências de natureza diferente, e que estão possivelmente associadas, na adultez, a sistemas de afecto distintos, dada associação diferencial que encontramos entre estas duas dimensões e a presença de sintomas psicopatológicos na adultez. Estes resultados são consonantes com os de Irons e colaboradores (2006), que mostraram que as competências de auto-tranquilização/acalmia resultam de experiências relacionais positivas, ocorridas durante a infância, com pais que são calorosos, empáticos e suportivos, e que as mesmas são protectoras contra o desenvolvimento de sintomas depressivos; enquanto os indivíduos que tiveram pais críticos, hostis e rejeitantes, tendem a tornar-se auto-críticos, sendo este um dos principais factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de depressão na adultez.

A validade convergente e divergente do QEVE foi calculada através dos coeficientes de correlação entre as dimensões que o compõem e diferentes medidas retrospectivas que avaliam experiências de vida adversas, os estilos parentais, o ambiente de expressividade emocional da família, bem como a medidas que avaliam o afecto positivo (mais concretamente os sistemas de regulação do afecto positivo e o afecto positivo vivenciado nas relações sociais), as crenças acerca das emoções e a psicopatologia no momento presente. A magnitude das correlações encontradas com as restantes medidas retrospectivas utilizadas sugere-nos a possibilidade do QEVE não se lhes sobrepor, apesar de a elas estar efectivamente associado, dado que num sentido mais lato os constructos que esses instrumentos de medida avaliam, representam ou memórias emocionais positivas, ou pelo contrário, memórias emocionais negativas, criadas na relação com os prestadores de cuidados. De facto, os resultados das análises correlacionais conduzidas, mostram que o QEVE apresenta uma boa validade convergente e divergente.

Um resultado interessante foi o de que entre todas as medidas retrospectivas utilizadas, verificou-se que a associação de mais elevada magnitude ocorre entre as experiências de invalidação emocional (do

QEVE) e o EEVI. Apesar de ser necessário proceder a novos estudos (e até mesmo novas análises estatísticas) para melhor compreender a natureza da relação entre os constructos avaliados pelos questionários (uma possibilidade é que eles possam avaliar efectivamente constructos similares ou parcialmente sobrepostos), é possível pelo menos especular alguns pontos de ligação entre os constructos que os dois instrumentos avaliam, e que podem explicar a forte associação encontrada. O EEVI, tal como mencionado anteriormente (no Estudo 2) foi desenvolvido com o intuito de avaliar as memórias emocionais negativas que pudessem estar associadas ao sobredesenvolvimento/sobreactivação do sistema de defesa-ameaça (tal como definido por Gilbert et al., 2003, 2005), nomeadamente, a frequência com que o respondente experienciou, na relação com os prestadores de cuidados, situações que o fizeram sentir inferiorizado, envergonhado, rejeitado ou até mesmo comparado desfavoravelmente em relação a outros (e.g., pares, pais). É neste sentido que é possível considerar a possibilidade que os dois instrumentos avaliem experiências (memórias emocionais negativas) complementares associadas ao sobredesenvolvimento do sistema de defesa-ameaça (a perda do sentido de segurança e protecção), com a dimensão experiências de invalidação emocional a avaliar as reacções de indiferença, desvalorização, crítica e/ ou punição das figuras parentais em relação à experiência e expressão das emoções, e o EEVI a avaliar a frequência com que ocorreram situações em que as figuras parentais humilharam, inferiorizaram, rejeitaram e atacaram, não somente aspectos particulares do Eu (como características da personalidade, aparência, comportamentos), mas também, e sobretudo de uma forma mais hostil e abusiva, o Eu na sua globalidade como inerentemente inferior, defeituoso e mau. Assim, em estudos futuros seria interessante averiguar em que medida a vivência destas experiências (de invalidação emocional e/ ou de vergonha) estão associadas à experiência de se ter sentido subordinado no seio da família, o que segundo alguns investigadores, conduz a sérias dificuldades de regulação emocional (Gilbert, 2005; Gilbert et al., 2003) e à tendência na adultez para se compararem desfavoravelmente com os outros, para adoptarem comportamentos de submissão defensivos, experienciarem mais vergonha, estarem mais vigilante e mais vulnerável à rejeição e possíveis ataques por parte dos outros e, de um modo geral, apresentarem mais psicopatologia (Gilbert, 1993; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Gilbert et al., 2003; Gilbert & Procter, 2006). No mesmo sentido, no futuro seria interessante explorar a associação entre o QEVE (sobretudo a dimensão experiências de validação emocional) e as medidas de afecto positivo (ETAP, SSPS). Isto porque os resultados das análises correlacionais mostraram que é sobretudo a recordação de experiências de validação emocional com as figuras parentais que está associada aos sistemas de regulação do afecto positivo (tal como definidos por Gilbert, 2005; Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter, & Rockliff, 2008; Gilbert, McEwan, Mitra, Richter, Franks, Mills, et al, 2009), e entre estes, de forma menos expressiva com o sistema de procura de recursos (orientado para a obtenção de recompensas e para objectivos de segurança), e de forma ligeiramente mais expressiva com o sistema de calor (segurança/ contentamento) caracterizado pela experiência de sentimentos de protecção, conforto, segurança e calor e pela vivência do mundo social como fonte de segurança, protecção e acalmia/ tranquilização.

Seria igualmente interessante que, em estudos futuros, se explorasse a possibilidade das experiências de invalidação emocional se constituírem como um factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia em geral, ou se por outro lado, funcionam como precursores para determinados quadros clínicos em particular. Por fim, seria importante verificar, se a recordação de experiências de invalidação e de validação emocional durante a infância e a adolescência, está associada na adultez ao uso diferencial de estratégias de regulação emocional. Isto porque alguns estudos demonstram, que o estilo parental “treinador” de emoções se associa na infância à adopção de estratégias de coping constructivas como a reavaliação cognitiva (Gottman et al., 1996), e os estilos desaprovador, indiferente e punitivo se associam na infância ao uso inflexível de estratégias de controlo, supressão e evitamento (Gottman et al., 1996; Eisenberg et al., 1996).

Algumas limitações metodológicas devem ser tidas em conta na análise dos resultados apresentados neste estudo. Uma das limitações diz respeito ao facto de não ter sido utilizada uma medida de temperamento, dado que a literatura demonstra, que crianças mais difíceis podem ter promovido por parte dos pais a adopção de reacções parentais negativas (Eisenberg et al., 1998). Por outro lado, dado que o QEVE é uma escala retrospectiva, que está dependente da capacidade do respondente para evocar as suas memórias, apenas pode ser equacionada como uma medida que avalia a percepção subjectiva do respondente e não como uma medida objectiva. Em segundo lugar, porque se trata de uma medida retrospectiva, que apela à recordação de experiências vivenciadas na relação com as figuras parentais, e que como tal depende sempre da capacidade dos respondentes em se lembrarem, está sujeita a enviesamentos da memória que podem condicionar os resultados. Contudo, a este nível, e tal como referido na introdução do presente estudo, alguns estudos têm demonstrado a elevada estabilidade das recordações referentes às práticas parentais (e.g., Richter & Eisemann, 2000), bem como para diversos investigadores a percepção subjectiva é mais importante que a avaliação objectiva do que realmente aconteceu na infância e adolescência (e.g., Castro, 2000; Parker, 1984; Perris et al., 1986). Adicionalmente, e porque se trata de um estudo preliminar da estrutura factorial de uma nova medida, será necessário em estudos futuros, confirmar/ replicar a estrutura obtida, bem como avaliar a estabilidade temporal do QEVE, dado que no presente estudo a mesma não foi analisada.

Contudo, uma vantagem das análises estatísticas implementadas, e da utilização de diferentes amostras, foi a de validar e tornar possível a utilização do QEVE quer em amostras não-clínicas quer em amostras clínicas.

Em síntese, os resultados obtidos neste estudo sugerem que o QEVE é uma medida retrospectiva útil para utilização na investigação e na clínica, permitindo avaliar a ocorrência de experiências de validação e de invalidação emocional ocorrida no seio da família de origem.

Capítulo 4

O impacto das experiências precoces de ameaça *versus* de segurança na vulnerabilidade para a psicopatologia: o papel (mediador?) dos *outputs* dos sistemas de regulação do afecto

ESTUDO III. O contributo das experiências precoces de vergonha e da vivência de submissão durante a infância e adolescência para a psicopatologia: o papel do sistema de protecção contra as ameaças

ESTUDO IV. O contributo diferencial das experiências desenvolvimentais de ameaça *versus* de segurança na formação dos sistemas de regulação do afecto e sua relação com a psicopatologia

‘When good-enough parenting combines with good-enough genetic programming, our brains are shaped in ways that benefit us throughout life. And the bad news? We are just as capable of adapting to *unhealthy* environments and *pathological* caretakers. The resulting adaptations may help us to survive a traumatic childhood but impede healthy development later in life.’ (Cozolino, 2006, p.7, itálico como no original)

Introdução

Existe um consenso alargado quanto à ideia de que o cérebro humano se desenvolve na interdependência entre a genética e a experiência (Crabbe & Phillips, 2003; LeDoux, 2003; Schore, 2005), e de que neste sentido, as experiências vivenciadas numa fase precoce da vida podem ditar o fortalecimento/ enfraquecimento de determinadas conexões cerebrais (*e.g.*, Balbernie, 2001; LeDoux, 2002). A importância dos primeiros anos de vida para o desenvolvimento do cérebro torna-se ainda mais evidente se atendermos a que os humanos para sobreviver necessitam de (em comparação com as outras espécies animais) obter cuidados parentais por um período de tempo mais longo após o nascimento (devido à imaturidade do cérebro à nascença; Cacioppo & Berntson, 2002; Cozolino, 2006; Gilbert & Miles, 2000a) e de que o período mais sensível no desenvolvimento cerebral é precisamente o que se refere aos primeiros anos de vida (Gilbert & Miles, 2000a; Schore, 2001b; Nelson & Carver, 1998).

Na literatura encontramos um número considerável de evidências, teóricas e empíricas, que sustentam a ideia de que desde que nascemos, as experiências precoces vivenciadas no seio das relações sociais (e, em especial, com as figuras parentais), são capazes de moldar a estrutura e o funcionamento cerebrais

(e.g., Balbernie, 2001; Glaser, 2000; Gilbert, 2006a; Nelson & Bosquet, 2000)⁷⁸. Julga-se, nomeadamente, que essas experiências precoces podem ter um papel importante na maturação psico-biológica dos sistemas neurofisiológicos e neuroquímicos que estão subjacentes à regulação emocional (Cacioppo, Berston, Sheridan, & McClintock, 2000; Cozolino, 2007; Gerhardt, 2004; Hart, Gunnar, & Cicchetti, 1996; LeDoux, 2002; Schore, 1994, 1998, 2001b; Siegel, 2001). A este respeito sabe-se, por exemplo, que a qualidade do cuidado/ afecto recebidos (*i.e.*, de sinais sociais, tais como, expressões faciais, toque, validação; Cozolino, 2007) tem um impacto crucial no desenvolvimento do cérebro da criança, especialmente, na maturação dos seus sistemas de regulação emocional (Gerhardt, 2004; Panksepp, 1998; Schore, 2001, 2004). Adicionalmente sabe-se que as relações sociais, e sobretudo as estabelecidas com as figuras de vinculação, influenciam o desenvolvimento dos esquemas relacionais (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Mikulincer & Shaver, 2005, 2007) e através da sua internalização as próprias auto-avaliações (Baldwin, 1992, 1997; Baldwin & Dandeneau, 2005; Gilbert 1989, 1993). O seu impacto é ainda evidente no que diz respeito à formação de competências de regulação emocional (Gottman, Katz, & Hooven, 1997) e nas respostas que emitimos em momentos de stresse (Cacioppo et al., 2000; Schore, 2001b). É ainda amplamente aceite que a ocorrência de experiências precoces negativas, na relação com os prestadores de cuidados, contribui para uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta (*e.g.*, Bifulco & Moran, 1998; Bowlby, 1973, 1980, 1988; Gilbert, 1998a; Gilbert & Gerlsma, 1999; Parker, 1979, Schore, 1994). Já no sentido contrário, e ainda que bastante mais escassos, alguns estudos têm vindo a associar a vivência de relações afiliativas e vinculativas nos primeiros anos de vida (sobretudo quando envolvem sentimentos de cuidado, calor e segurança) por um lado a um maior bem-estar e afecto positivo e por outro a uma menor vulnerabilidade para a psicopatologia na adultez (Cacioppo et al., 2000; Gilbert et al., 2009; Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2014; Richter, Gilbert, McEwan, 2009).

Apesar do crescente número de estudos que investigam a associação entre a ocorrência de experiências precoces e a maior ou menor vulnerabilidade para a psicopatologia e sofrimento psicológico na adultez, os mecanismos através dos quais estas experiências exercem um efeito nefasto ou protector não se encontram ainda totalmente esclarecidos. Neste sentido, o objectivo do presente capítulo (e dos dois estudos que o compõem) foi o de contribuir para uma melhor compreensão desta relação analisando em que medida é que diferentes processos de regulação emocional (*i.e.*, dos sistemas de regulação do afecto e, em particular, dos *outputs* da sua activação) poderão ter um papel determinante na relação entre a recordação de experiências negativas (de ameaça) e positivas (de segurança) vivenciadas durante os primeiros anos de vida na relação com as figuras parentais e a psicopatologia depressiva e ansiosa apresentada na idade adulta.

O modelo tripartido da regulação do afecto

Partindo de estudos conduzidos na área das neurociências, e em particular da neurofisiologia das emoções, Gilbert e colaboradores (Gilbert, 2005a, 2007a, 2009b, 2009c; Gilbert & Tirsch, 2009; Kelly et al., 2012) sugerem a existência de pelo menos três sistemas *major* especializados na regulação do afecto, o *sistema de defesa e protecção contra as ameaças*, o *sistema de procura e aquisição de recursos e incentivos* e o *sistema de contentamento, tranquilização e segurança*, que estão orientados, respectivamente, para três funções evolutivas adaptativas: a de protecção contra as ameaças, a de aquisição de recursos e a de afiliação. Supõe-se que estes sistemas tenham diferentes vias neurofisiológicas e estejam associados a diferentes mediadores fisiológicos, gerando por esse motivo diferentes padrões de actividade cerebral (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; LeDoux, 1998; Panksepp,

⁷⁸ À capacidade do cérebro para modificar a sua própria estrutura em resposta ao ambiente é dado o nome de neuroplasticidade (Balbernie, 2001, p. 239).

1998). Adicionalmente pressupõe-se que estes sistemas evolutivos, que são altamente sensíveis na detecção e na resposta a estímulos/ sinais, constituam as infra-estruturas dos sistemas motivacionais, cognitivos, comportamentais e emocionais dos seres humanos (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005a; Gilbert & Tirch, 2009). Os três sistemas funcionam de forma interdependente, ou seja, em co-regulação (Gilbert, 2009a; Gilbert & Tirch, 2009, figura 5).

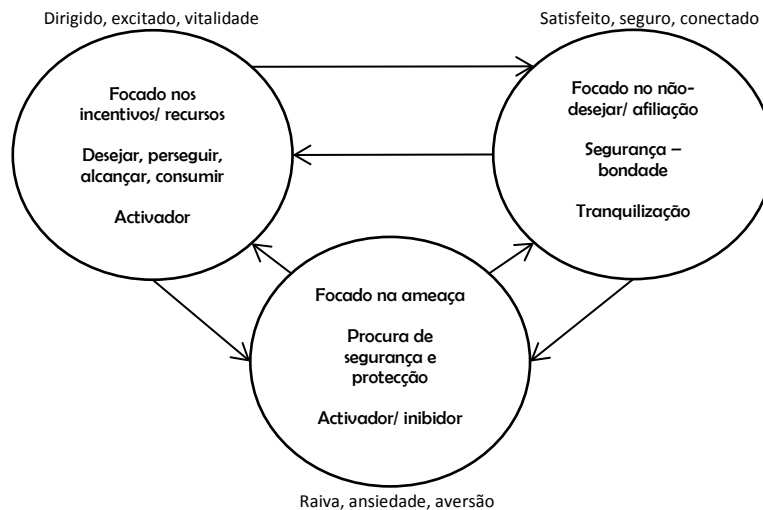


Figura 5. A interação entre os três sistemas de regulação emocional (retirado de Gilbert, 2009a, p. 22).

Sistema de defesa e protecção contra as ameaças

Os humanos, à semelhança de outras espécies animais, têm um sistema de defesa para lidar com diversas ameaças reais ou percebidas (e.g., predadores, perda dos objectos de vinculação) que existe à milhares de anos desde o contexto evolucionário primitivo (Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003). Este sistema de defesa tem como função detectar, o mais precocemente possível, potenciais ameaças e, em resposta, activar um menu de estratégias defensivas que visam a auto-protecção (LeDoux, 1998; Gilbert, 2005a, 2009a, 2009c). Sendo a função primordial deste sistema o evitamento de diversas formas de ameaça, injúria e ataque (Mark, 1987) ele tem que envolver a tomada rápida de decisões em relação à natureza dos estímulos (i.e., eventos ou objectos percebidos) _ como sendo seguros ou ameaçadores (Gilbert, 1989, 1993, 2001, 2006b, 2007b; Marks, 1987; Porges, 2001), para que o indivíduo possa, em conformidade com essa avaliação, actuar rapidamente e assegurar a sua auto-protecção (Gilbert, 1995). Porque este sistema é determinante para a sobrevivência e reprodução da espécie humana (i.e., para a transmissão dos genes à descendência), em situações de ameaça, prevalecem os circuitos cerebrais ancestrais de luta/ fuga ao invés dos processos emocionais e cognitivos mais conscientes e evoluídos (Cozolino, 2006; Gilbert, 2007b). De facto, não só as estratégias defensivas estão enraizadas nas estruturas cerebrais mais arcaicas (LeDoux, 1998) como a evolução dotou o ser humano com mais mecanismos para lidar com os estímulos de ameaça do que com os estímulos seguros (e.g., Gilbert, 1998a, 2009a). O próprio processamento cognitivo-atencional (que permite a detecção e avaliação das ameaças) opera através da regra condicionada ‘de que é melhor prevenir do que remediar’, conduzindo a que, frequentemente, *se salte para as conclusões e se assuma o pior* (Baumeister, Bratslavsky, Finkenauer, & Vohs, 2001; Gilbert, 1989, 1998a, 2001a, 2007b, 2009a). Subsequentemente, a rapidez de actuação destes sistema poderá levar a enviesamento na atenção e no processamento de estímulos durante a detecção e a avaliação de potenciais ameaças (Gilbert, 1998b). Panksepp (1998) sintetiza bem a forma como este sistema actua ao afirmar que, perante uma potencial ameaça, o cérebro humano ‘primeiro age, depois pensa’.

Nos humanos a neurofisiologia deste sistema é bem conhecida (LeDoux, 1998; Panksepp, 1998) tendo a investigação já demonstrado que a hormona cortisol e o neurotransmissor serotonina (Caspi & Moffitt, 2006) têm um papel central na sensibilidade à ameaça e no modo como esta é experienciada pelo indivíduo. Assim, e apesar da evolução ter dotado o ser humano com mecanismos capazes de detectar diferentes tipos de ameaças (desde as que vêm via os sistemas de informação sensoriais às resultantes da avaliação das situações; Gilbert, 2006b); são activados os mesmos sistemas neuronais cerebrais (*i.e.*, o eixo hipotalâmico-pituitário-adrenal e a amígdala) e neuroquímicos (*i.e.*, libertação de cortisol; Gilbert, 2006b; LeDoux, 1998; Panksepp, 1998)⁷⁹; independentemente do tipo de ameaça detectado.

A activação deste sistema desencadeia todo um conjunto de reacções fisiológicas subjacentes à experiência sentida, passando o pensamento a estar direccionado para as ameaças, e ficando disponíveis um leque de emoções defensivas e de tendências de acção para lidar com as mesmas (Gilbert & Tirch, 2009). Em concreto, a activação deste sistema pode envolver uma variedade de emoções defensivas negativas (*e.g.*, Gilbert, 2005a, 2009a, 2009c; Gilbert & Tirch, 2009; Nesse, 1998) focadas na ameaça (Gilbert, 1989; Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter, & Rockliff, 2008), entre as quais, a *“raiva* (para lutar com mais afinco, esforçar-se para ultrapassar as frustrações, ou retaliar), a *ansiedade* (para escapar ou evitar as ameaças), o *nojo* (para evitar, expelir ou erradicar o nocivo) e a *tristeza* (em resposta às perdas) ” (Gilbert, 2005a, p. 21). Estas emoções alertam e incitam o indivíduo a usar estratégias defensivas e auto-protectoras, que podem assumir, de acordo com o tipo e contexto da ameaça (Gilbert, 2001a) respostas de luta, fuga, evitamento, imobilização, expulsão, procura de ajuda, submissão ou retorno a uma ‘base segura’, e que, sendo desencadeadas por estímulos/ eventos específicos todas elas visam proteger o indivíduo e limitar possíveis danos (Marks, 1987; Gilbert, 2001a, 2005b, 2007b, 2009a). De ressaltar que existe contudo a possibilidade destes *outputs* comportamentais poderem constituir ameaças ao próprio *Eu*, e de exigirem por isso regulação (*e.g.*, é importante inibir um comportamento que expresse agressão a um dominante que nos possa provocar danos; Gilbert, 2004, 2005a). Adicionalmente, é importante mencionar que em resultado da interacção contínua entre a genética e as aprendizagens (Gilbert, 2007b), as estratégias defensivas tendem, com o tempo e se forem sobre-praticadas, a ser desencadeadas de forma automática, enquanto respostas condicionadas (no sentido do condicionamento clássico), perante a percepção de estímulos de perigo/ ameaça (*e.g.*, Gilbert, 2001a, 2007b, 2009c; Gilbert & Tirch, 2009; Rosen & Schulkin, 1998).

O sistema de procura de recursos e incentivos

O sistema de procura de recursos e incentivos é um sistema de regulação do afecto positivo que está focado na mobilização do indivíduo para a antecipação, procura e obtenção de recompensas e sucessos bem como para a satisfação de projectos ou objectivos dado que é o sistema do “querer” (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter, Rockliff, 2008; Gilbert & Procter, 2006; Panksepp, 1998). Julga-se que este sistema seja dopaminérgico, e que a sua função seja, precisamente, a de facultar emoções positivas, associadas à mobilização, vitalidade, activação, excitação e energização, que motivam e guiam o comportamento do indivíduo para a procura e aquisição de recursos importantes para a sua sobrevivência e prosperação, tais como comida, oportunidades sexuais e formação de alianças (Depue & Collins, 2009; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gerhardt, 2004; Gilbert, 2010b; Panksepp, 1998). Segundo Gilbert (2009c, 2010b) apesar da activação deste sistema gerar afecto positivo, este afecto positivo está associado ao prazer, mas não à felicidade, isto porque, o

⁷⁹ Como exemplo, “muitos bebés mamíferos reagem à separação dos seus cuidadores com uma série de respostas de stress incluindo a activação HPA e mudanças emocionais/ comportamentais estereotipadas, como as fases de protesto, desespero-desmobilização e desvinculação” (Bowlby, 1969; Panksepp, 1998 tal como descrito em Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003, p. 110).

prazer e a satisfação que proporciona ao indivíduo estão dependentes da aquisição de recompensas, recursos e concretizações que são de curta duração e que têm que ser alcançados de forma continuada.

O sistema de contentamento/ felicidade, tranquilização e segurança

Quando os indivíduos não estão sob nenhuma forma de ameaça/ perigo (*i.e.*, não têm activado o sistema de ameaça-protecção), e dispõem de recursos suficientes porque já alcançaram o que pretendiam (*i.e.*, não têm activado o sistema de procura de recursos e incentivos), entram num estado de desactivação (das emoções e dos comportamentos defensivos/ focados na ameaça e de procura e obtenção de recompensas) e passam a vivenciar emoções positivas de contentamento/ tranquilidade, bem-estar e serenidade (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2005, 2009a, 2009b; Gilbert et al., 2008; Gilbert & Tirch, 2009). Estas emoções são diferentes das emoções positivas de activação e excitação associadas ao sistema de procura de recursos e incentivos (Gilbert, 2010b).

Nos mamíferos, e especialmente nos humanos, a necessidade evolucionária de se estabelecerem ligações sociais de proximidade e de serem prestados cuidados à descendência (por forma a proteger as crias e deste modo ser aumentada a sua probabilidade de sobrevivência e reprodução; Bowlby, 1969; Carter, 1998; Hamilton, 1964), conduziu a que este sistema de contentamento/ tranquilidade passasse a estar intrinsecamente associado (e evoluísse a par) dos comportamentos de vinculação, dando origem a um sistema de afiliação, tranquilização e segurança (*e.g.*, Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009b, 2010b; Gilbert & Tirch, 2009; Liotti & Gilbert, 2011; Wang, 2005) que está especificamente sintonizado para determinadas pistas (estímulos) sociais recebidos da parte dos outros (Gilbert, 1989, 1993, 2005a, 2006b). Dito de outro modo, é porque os humanos (à semelhança de outros mamíferos) têm um sistema de vinculação que eles se podem sentir seguros, acalmados e tranquilizados no seio das relações sociais que estabelecem (Bowlby, 1969, 1973; Gilbert, 1989, 1993; Gilbert et al., 2008; Liotti & Gilbert, 2011; Panksepp, 1998). Para isso, à nascença a criança possui um sistema interno especializado que é sensível e responsivo à detecção de sinais/ estímulos sociais de prestação de cuidados, afecto, suporte, tranquilização e protecção/ segurança por parte dos outros (Gilbert, 2005a, 2009b; Gilbert et al., 2008; Gilbert & Miles, 2000a; MacLean, 1985) que podem ser emitidos sob diversas formas (*e.g.*, tom de voz, expressões faciais, olhar, toque, conforto proporcionado pela proximidade física; Schore, 1994; Trevarthen & Aitken, 2001; Gilbert & Miles, 2000a). De facto, a activação deste sistema está dependente da qualidade das relações interpessoais que a criança estabelece e da obtenção de sinais sociais positivos (Trevarthen & Aitken, 2001) de bondade, carinho, cuidado, amor, suporte, afecto, aceitação que lhe proporcionam a vivência de emoções positivas de bem-estar, serenidade, aceitação, calor, acalmia, tranquilização e ligação social (Gerhardt, 2004; Schore, 1994), mas também de um sentido de segurança e bem-estar (*e.g.*, Gilbert, 1989, 2009a, 2009b, 2009c, 2009e; Gilbert & Tirch, 2009). A este respeito sabe-se, por exemplo, que a proximidade física e a presença de estímulos sociais positivos, expressos através do olhar, carícias, toque e contacto físico, tom de voz suave, expressões faciais ou outras manifestações genuínas de interesse/ atenção e de suporte social, ao activarem este sistema têm um efeito calmante e tranquilizador (Field, 1998, 2000; Gerhardt, 2004; Gilbert, 2009c; Gilbert & Miles, 2000a; Trevarthen & Aitken, 2001; Uvnas-Moberg, 1998; Wang, 2005).

Adicionalmente, em consequência do ambiente social ser avaliado como 'seguro' ocorre, por um lado, uma menor activação das estratégias defensivas (Irons & Gilbert, 2005) e, por outro lado, o desenvolvimento psicobiológico do potencial inato evolutivo para os comportamentos prossociais e para exploração social (Gilbert & Miles, 2000a), ou seja, para o desempenho de papéis de afiliação social e de cooperação (Irons & Gilbert, 2005). Neste sentido, Gilbert (2005a) explica que a maturação e o desenvolvimento deste sistema está associado a uma mentalidade social de prestação de cuidados, que evoluiu precisamente para facilitar a formação e a manutenção das relações de vinculação e afiliativas e que é focada na formação de alianças através do cuidado e da partilha.

A respeito do funcionamento deste sistema é amplamente consensual a ideia de que ele opera através da libertação da neuro-hormona oxitocina e dos opiáceos (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Panksepp, 1998; Uvnas-Moberg, 1998), com a oxitocina a providenciar uma base neuronal para os sentimentos de afiliação, ligação, confiança e segurança e para a experiência emocional de se ser, nesse contexto, aceito, cuidado, acarinhado, acalmado e tranquilizado (*e.g.*, Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Field, 2000; Gilbert, 1989, 1993, 2010b; Gilbert et al., 2008; Panksepp, 1998; Uvnas-Moberg, 1998; Wang, 2005). A oxitocina parece estar associada à activação deste sistema de afiliação-tranquilização (*e.g.*, Carter, 1998; Gilbert, 2005a) existindo a este respeito cada vez mais evidências de que esta neuro-hormona estará envolvida na formação de todas as relações de vinculação que não somente a vinculação entre a mãe-criança (Keverne & Curley, 2004), e que com a evolução, ela se tenha tornado, possivelmente, parte do seu substrato fisiológico, assumindo um papel crucial na regulação das respostas de stresse e no estabelecimento de relações sociais (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Uvnas-Moberg, 1997, 1998) tal como alguns estudos têm vindo a sugerir (*e.g.*, Pierrehumbert, Torrisi, Ansermet, Borghini, Halfon, 2012). Assim, para além do papel da oxitocina no parto, na amamentação e no comportamento materno dos mamíferos (Heinrichs, Meinlschmidt, Wippich, Ehlert, & Hellhammer, 2004; Keverne, Nevison, & Martel, 1997; Kendrick, 2000; LeDoux, 2002; Panksepp, 1998; Susman & Katz, 1988; Uvnas-Moberg, 1998), esta neuro-hormona exerce uma importante função na regulação do stresse, na medida em que, ao atenuar a actividade do sistema neuro-endócrino (*i.e.*, do HPA) responsável pelas respostas de stresse (*e.g.*, Uvnas-Moberg, 1998; Gerhardt, 2004; Neumann, 2002; Windle, Shanks, Lightman, & Ingram, 1997) ela consegue inibir os comportamentos defensivos/ focados na ameaça que estão associados à ansiedade, ao medo e ao stresse, bem como reduzir os níveis das hormonas de stresse tais como o cortisol (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Field, 1998, 2000; Uvnas-Moberg, 1998; Wang, 2005). Assim sendo, podemos concluir que a oxitocina é um dos mecanismos fisiológicos através do qual as interações sociais positivas conseguem suprimir o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal, o que explica o efeito protector das relações sociais positivas perante situações de stresse (DeVries, Glasper, & Detillion, 2003). Nos humanos, ainda que escassos, alguns estudos têm vindo a demonstrar que a administração intranasal de oxitocina reduz a sensibilidade, nos circuitos de medo da amígdala a estímulos sociais de ameaça (Kirsch, Esslinger, Chen, Mier, Lis, Siddhanti, Gruppe, Mattay, Gallhofer, & Meyer-Lindenberg, 2005) e de que facilita comportamentos de aproximação ao aumentar a confiança nos outros (Kosfeld, Heinrichs, Zak, Fischbacher, & Fehr, 2005) e a empatia (Bartz, Zaki, Bolger, Hollander, Ludwig, Kolevzon, & Ochsner, 2010; Hurlmann et al., 2010). Já em interacção com o suporte social, verificou-se que a oxitocina é capaz de inibir o efeito das hormonas de stresse (medidas pelo cortisol), especialmente em situações stressantes e avaliativas (Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum, & Ehlert, 2003). Contudo, é importante a este nível ressaltar que alguns estudos alertam para o facto do efeito da oxitocina não ser uniformemente pró-social ou de regulação/ redução dos níveis de stresse (*e.g.*, Bosch, Meddle, Beiderbeck, Douglas, & Neumann, 2005; De Dreu et al., 2010; Miller, 2010; uma revisão destes estudos e dos possíveis factores explicativos para os mesmos, tais como o género dos participantes, encontra-se em Kubzansky, Mendes, Appleton, Block, & Adler, 2012). Adicionalmente, alguns estudos têm vindo a apontar para a possível existência de diferenças individuais no que concerne aos efeitos da oxitocina. Num dos estudos conduzidos verificou-se que os indivíduos mais auto-críticos, com uma vinculação mais insegura, reduzida auto-tranquilização e baixa segurança nas relações sociais tendiam a experienciar de forma mais negativa a *imagery* compassiva, sob o efeito de oxitocina do que sob o efeito de um placebo (*e.g.*, Rockliff, McEwan, Gilbert, Karl, Matos, & Gilbert, 2011). Também num outro estudo, conduzido por Rockliff e colaboradores (2008) verificou-se (através da aplicação de uma medida que avaliava a variabilidade da frequência cardíaca) que os indivíduos que apresentavam um nível de auto-criticismo mais baixo respondiam à *imagery* compassiva como se esta fosse tranquilizadora e calmante, enquanto os que apresentavam um nível mais elevado de auto-criticismo respondiam com respostas tradutoras de ameaça.

O papel das relações de vinculação no desenvolvimento dos sistemas de regulação do afecto

Os sistemas de regulação do afecto resultam da interdependência entre a carga genética e o ambiente desenvolvimental no seio do qual o indivíduo se move. Em concreto, podemos dizer que sendo os genes que permitem a formação dos sistemas de regulação do afecto, as experiências (aprendizagens) têm igualmente um papel determinante no que concerne à sua maturação, regulação e coordenação dos padrões emergentes da sua interacção (Gilbert, 2005a; Gilbert & Tirch, 2009). A este respeito, Gilbert (2009c) sugere mesmo que o sobre ou sub-desenvolvimento dos sistemas de regulação do afecto está enraizado na ocorrência de experiências emocionais precoces _ de ameaça *versus* de calor e segurança _ vivenciadas durante os primeiros anos de vida. Se tivermos em atenção que durante a infância são as relações sociais que proporcionam os contextos “para a experiência de um sentido de segurança ou ameaça no domínio social” (Gilbert & Miles, 2000a, p. 250), e entre estas, as estabelecidas com as figuras de vinculação são cruciais por assumirem, desde os primeiros dias de vida, o papel de principais reguladores do afecto na criança (Bowlby, 1969, 1973), então percebe-se que as figuras parentais podem funcionar como agentes calmantes e tranquilizadores (Gerhardt, 2004; Schore, 1994) mas de igual modo como agentes de ameaça (Castilho et al., 2011; Gilbert & Irons, 2005; Perry et al., 1995). De facto, as relações estabelecidas com as figuras de parentais/ vinculação têm um papel central na organização precoce dos sistemas de protecção contra as ameaças e de segurança-tranquilização (Gilbert, 1989, 1993; Sloman et al., 2003).

Nos mamíferos, os comportamentos de vinculação desempenham uma importante função adaptativa, na medida em que ao fomentarem a proximidade física às figuras parentais (para obter protecção face às ameaças^{80,81} e um sentido de segurança/ alívio do stresse), aumentam a probabilidade de sobrevivência e reprodução das crias que, devido à sua imaturidade, à nascença não teriam as competências necessárias para se defenderem, deslocarem e alimentarem (*e.g.*, Bowlby, 1969, 1973, 1980). Por este motivo, com a evolução, as crianças passaram a estar, desde os primeiros dias de vida, altamente motivadas para procurar os cuidados e a protecção parentais (Bowlby, 1969; Gilbert, 2005b; MacLean, 1985). Assim, apesar de não existir qualquer dúvida de que à nascença a criança necessita dos cuidados de um adulto para sobreviver (Bell, 2001; Carter, 1998; Gilbert, 2006b), e de que o potencial biológico para estabelecer relações de vinculação está também nos humanos geneticamente determinado (*i.e.*, a vinculação é um sistema psicobiológico inato; Bowlby, 1969); é a natureza, a quantidade, o padrão e a intensidade das experiências precoces que vão determinar esse potencial genético (Perry, 2013). Neste sentido, quando a criança mantém a proximidade física, e existe consistência na prestação de cuidados parentais (as figuras parentais são confiáveis, prestáveis e responsivas aos seus sinais de perturbação), elas vão funcionar como uma ‘base segura’, a partir da qual a criança pode explorar o ambiente à sua volta e regressar a essa ‘base segura’, sempre que se sentir ameaçada, para obter conforto, tranquilização e protecção (*e.g.*, Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1988; Cassidy & Shaver, 1999; MacDonald, 1992; Mikulincer & Shaver, 2005). Este comportamento da criança é demonstrativo do estabelecimento de uma vinculação segura entre si e as figuras de vinculação (*e.g.*, Ainsworth et al., 1978; Cassidy, 1994).

Uma das mais importantes funções desempenhadas pelas figuras de vinculação é o seu papel na regulação das ameaças, dado que elas são capazes de proporcionar um alívio/redução nos níveis de perturbação experienciados pela criança (Bowlby, 1969, 1973; Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003).

⁸⁰ Enquanto a maioria dos répteis produz centenas ou mesmo milhares de descendentes mas a estes é-lhes oferecido um baixo cuidado, os mamíferos têm estratégias reprodutivas evolutivas que os fazem ter pouca descendência mas àquela que têm são providenciados cuidados, segurança e protecção (Gilbert, 2009b).

⁸¹ A respeito do sistema de vinculação Gilbert (2006b) explica que, com o propósito de manter a proximidade aos dos prestadores de cuidados e obter protecção, é activada uma sequência de comportamentos e estratégias (*e.g.*, apego) sempre que é percebida uma ameaça à sobrevivência (*e.g.*, presença de estranhos, afastamento dos progenitores).

Adicionalmente, quando a criança de forma consistente, percebe que é bem-sucedida na comunicação de pistas/ sinais sociais às figuras de vinculação (*i.e.*, quando estas se mostram disponíveis e responsivas), ela cria um sentido de segurança baseado na expectativa de que quando vier a precisar pode contar com a sua disponibilidade, suporte e tranquilização para a regulação dos seus estados emocionais (Bowlby, 1969, 1988; Mikulincer & Shaver, 2005; Sloman et al., 2003). Com o passar do tempo ocorre uma internalização das competências de regulação das emoções (Calkins, Smith, Gill, & Johnson, 1998; Malatesta & Haviland, 1982; Thompson, 1994) que resulta da maturação/ desenvolvimento neurofisiológico e que permite que a criança deixe de depender tanto dos outros para regular as suas emoções e se torne cada vez mais auto-regulada (Schore & Schore, 2008). Os outros (contudo) continuam a funcionar como importantes reguladores externos capazes de providenciar conforto e suporte em momentos de perturbação emocional (*e.g.*, Thompson, 1994) sendo igualmente imprescindíveis para que o indivíduo se sinta aceite, apreciado e apoiado, ou seja, para que sinta que pertence a um grupo social (Baumeister & Leary, 1995).

De igual modo, as experiências precoces, ocorridas na relação com as figuras de vinculação, têm uma outra implicação para o desenvolvimento da criança, que é o facto de com o passar do tempo serem internalizadas, dando lugar à formação de modelos da relação interna/ esquemas representacionais dos outros, da própria criança e de *si na relação com os outros* que lhe permitem prever interações futuras e activar estratégias em conformidade com a interacção esperada (Bowlby, 1982, 1988). Adicionalmente, estes modelos internos de relação contêm expectativas relativas à experiência de emoções negativas, assim como regras de como as experienciar, expressar e lidar com as mesmas (Bowlby, 1969).

Mais recentemente Baldwin (1992, 1994, 1997, 2005) e colaboradores (*e.g.*, uma revisão destes estudos encontra-se em Baldwin & Dandeneau, 2005) reuniram evidências de que os esquemas interpessoais/relacionais (*i.e.*, os esquemas do *eu em relação aos outros*), formados a partir das experiências precoces vivenciadas no seio das relações interpessoais, ao serem internalizados, se tornam a base para as auto-avaliações e para os sentimentos e experiências eu-eu subsequentes. Mas se é verdade que os outros podem influenciar o modo como o indivíduo pensa e se relaciona consigo próprio, é expectável que quando uma criança experiencia relações precoces negligentes e abusivas ela internalize esquemas mentais dos outros como sendo indisponíveis, não confiáveis e hostis e do próprio eu como sendo incompetente, incapaz, sem valor e indesejável; sendo que, no caso de ela experienciar, pelo contrário, relações precoces com figuras de vinculação que se mostram disponíveis, confiáveis, prestativas e responsivas, é expectável que internalize um modelo mental dos outros como sendo prestáveis, suportivos, seguros e tranquilizadores e do próprio eu como sendo capaz, com valor, merecedor de amor, aceitável e desejável (Baldwin & Dandeneau, 2005; Irons & Gilbert, 2005; Gilbert, 2009e; Mikulincer & Shaver, 2004, 2005; Schore, 1994). De facto, o grau em que as pessoas podem aceder a esquemas relacionais eu-outros e eu-eu e a imagens, pensamentos, sentimentos e memórias emocionais positivas (associadas a sentimentos de se ter sido cuidado, acalmado e protegido no seio das relações sociais) ou negativas (associadas a sentimentos de se ter sido criticado, negligenciado, rejeitado), influencia não só as respostas emocionais e sociais emitidas perante a ocorrência de eventos avaliativos negativos, como a sua capacidade de lidar com os mesmos (*i.e.*, as suas habilidades de auto-tranquilização/ auto-acalmia) e as suas auto-avaliações (Baldwin, 1992, 2005; Baldwin & Dandeneau, 2005; Brewin, 2006; Irons et al., 2006; Gilbert, 2006b, 2006c, 2007a, 2007d; Gilbert et al., 2006; Mikulincer & Shaver, 2005).

De acordo com Gilbert e colaboradores (2000b, 2000c, 2005b; Gilbert et al., 2004, 2006) é mesmo possível que as competências e os sistemas de processamento que evoluíram para a formação dos papéis sociais⁸² (e das mentalidades sociais) e para a regulação das relações externas (*i.e.*, para o relacionamento eu-outros e outros-eu; *e.g.*, dominante-subordinado) possam, em resultado das

⁸² Os papéis sociais consistem em padrões co-construídos eu-outros para as relações sociais estabelecidas (Gilbert, 2005b).

experiências vivenciadas com as figuras de vinculação, ser internalizados e se tornarem fonte para as auto-avaliações (*i.e.*, para o relacionamento eu-eu; *e.g.*, dominante-subordinado) passando deste modo a regular a relação que o indivíduo estabelece consigo próprio (sob a forma de auto-ataque ou de auto-tranquilização)⁸³.

O impacto das experiências precoces de ‘ameaça’ versus ‘segurança’ no desenvolvimento dos sistemas de regulação do afecto

Sendo as relações sociais cruciais, para a própria sobrevivência e reprodução da espécie humana, a habilidade para criar pensamentos e sentimentos positivos na mente dos outros a respeito do eu, ou seja, para desencadear aprovação e cuidado (Gilbert, 2009b; Gilbert & Miles, 2000a), e ser aceite, valorizado e desejado pelos outros (Gilbert, 1989, 1997, 2002b, 2003, 2009a; Gilbert et al., 2006) tornou-se, com a evolução, uma motivação humana central presente desde os primeiros dias de vida (Trevarthen & Aitken, 2001). De facto, quanto mais a criança for vista como um agente social atractivo e desejável (Gilbert, 1998a, 2003; Gilbert & McGuire, 1998), mais sinais sociais positivos vai receber tradutores do modo como os outros se relacionam consigo (*i.e.*, de como a vêem e o que sentem em relação a si) e, mais ela experiencia de que ‘existe na mente dos outros’ (Gilbert, 2009b) como uma pessoa atractiva, desejável, aceite, com valor e estatuto na relação (Gilbert, 1992a, 1993, 1997; Gilbert et al., 1996; Gilbert & Miles, 2000a; Schore, 1994), de que é alguém com quem ‘se sente prazer em estar’ (Gilbert et al., 1996). Nestas circunstâncias a criança sente-se socialmente segura dado que os outros não a vão atacar ou rejeitar (Gilbert, 2002b, 2005a, 2009a). De facto, o ser gostada, valorizada e desejada fá-la ser escolhida para o desempenho de papéis sociais afiliativos, de partilha e suporte (Gilbert, 2002b) e promove um sentido de aceitação, pertença, ligação e proximidade aos outros (Bausmeister & Leary, 1995; Gilbert et al., 2009).

É igualmente expectável, que quando os outros existem no mundo social da criança como credíveis, confiáveis, tranquilizadores e calorosos (Gilbert, 2009a) eles possam actuar como uma fonte de sentimentos de segurança, calor e tranquilização, ou seja, como um esquema interno ou um referente para a auto-avaliação e auto-tranquilização (Baldwin, 2005; Mikulincer & Shaver, 2004, 2005; Gilbert, 1989, 2005a; Gilbert & Procter, 2006). A este respeito Schore (1994, 1996, 1998b) explica que os prestadores de cuidados não só são capazes de minimizar os estados afectivos negativos como são capazes de maximizar os estados emocionais positivos. Dito de outro modo, quando as crianças recebem, de forma consistente, sinais de cuidado, calor e bondade elas vêem estimulado o seu sistema de acalmia e tranquilização (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009e; Uvans-Moberg, 1998), que passa a estar disponível e pronto a ser usado, com as suas várias memórias emocionais (Gilbert, 2003, 2009b) e procedimentos implícitos para gerar auto-tranquilização, em momentos de activação emocional negativa (Gilbert 2007b; Gilbert, al., 2006; Welford, 2010). Mais especificamente, as memórias emocionais de se ter sido cuidado, amado e valorizado pelos outros podem funcionar como uma fonte de auto-acalmia/auto-tranquilização (*e.g.*, figuras de vinculação; Bowlby, 1969, 1973; Gilbert et al., 2004; Kohut, 1977), porque com o tempo os sinais externos de calor e acalmia se vão transformar em sinais internos de auto-tranquilização e de auto-acalmia (Cassidy & Shaver, 1999, Gilbert, 2005a, Mikulincer & Shaver, 2004), ao mesmo tempo que ajudam a criança a compreender e a se sentir segura com as suas emoções (*e.g.*, Gilbert 1989, 1993, 2005a; Leahy, 2005a; Schore, 1994) e a desenvolver competências de auto-aceitação e auto-tranquilização (Cacioppo et al., 2000; Gilbert, 2009e; Schore, 1994). A este respeito Gilbert (2005b) refere que quando uma mãe está sintonizada de forma empática com a sua criança, ela está não só a ser compreensiva, tranquilizadora e

⁸³ Ainda segundo Gilbert (2005b) é possível que as auto-avaliações e as competências para a formação da auto-identidade tenham evoluído precisamente porque são vantajosas para o desempenho dos papéis sociais, ou seja, para ajudar o indivíduo a se adaptar ao nicho social em que está inserido.

a ajudá-la a regular o seu sofrimento, como este em si mesmo se torna progressivamente ‘não-ameaçador’.

Em síntese, é possível concluir que o estabelecimento de relações afiliativas e a vivência de experiências repetidas de calor, cuidado, acalmia, tranquilização e suporte activam/ fortalecem o sistema de segurança-oxitocina-opiáceos (Carter, 1998; Uvnas-Moberg, 1998; Wang, 2005) que é parte do sistema de segurança, contentamento e tranquilização (e.g., Gilbert, 1989, 1993, 2005a, 2009a), providenciando deste modo uma fonte de sentimentos de acalmia e segurança que têm o poder de desactivar o sistema de ameaça com as suas estratégias de auto-protecção (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinski, 2005; Gilbert, 1989, 2005a, 2007b; Mayhew & Gilbert, 2008; Wang, 2005; Porges, 2001, 2003, 2007) e, em parte, o sistema de procura de recursos e incentivos na medida em que “quando os indivíduos se sentem socialmente seguros, eles sentem menos necessidade de se defenderem ou de competirem por recursos” (Kelly, Zuroff, Leybman, & Gilbert, 2012, p. 2).

No sentido contrário, quando uma criança vivência experiências precoces adversas/ de ameaça (e.g., na forma de negligência, humilhação, criticismo, abuso; Gilbert, 1989, 1993, 2002a, 2005a), na relação com as figuras parentais, ela passa a acreditar que é uma decepção, indesejável, não atractiva, incapaz, indigna de ser amada, defeituosa e/ ou má (Bennett, Sullivan, & Lewis, 2005; Feiring, 2005, Gilbert, 2003; Tangney & Dearing, 2002), a avaliar-se e a julgar-se do mesmo modo que os outros o fazem (Gilbert, 2003; Tangney & Dearing, 2002), formando a seu respeito auto-crenças negativas (Gilbert, 2003). Neste sentido, não só os outros (e.g., figuras parentais) são vistos como fonte de ameaça e não de segurança (Gilbert, 2005a; Mikulincer & Shaver, 2004) _ como é possível que esta relação seja internalizada nas auto-avaliações surgindo sob a forma de auto-criticismo/ auto-ataque (Castilho et al., 2011; Gilbert, 2005b). De facto, de acordo com Gilbert e colaboradores (Gilbert, 2000b, 2000c, Gilbert et al. 2001, 2004) é provável que neste âmbito sejam recrutadas para a relação eu-eu as competências/ comportamentos associados quer à dominância-hostil (e.g., vigilância das violações dos subordinados) quer ao papel de subordinado-receoso (e.g., apaziguamento, submissão, escape), tornando os indivíduos que vivenciaram estas experiências ameaçadoras mais susceptíveis à internalização de um estilo cognitivo auto-crítico (Gilbert & Irons, 2005) e à experiência de vergonha (Gilbert, 1997, 1998a, 2000a, 2000c, 2002b, 2007d; Gilbert & McGuire, 1998). O auto-criticismo constitui um processo interno defensivo que, sob certas circunstâncias, de activar padrões cerebrais e comportamentos (de derrota, submissão e de vergonha) similares aos que seriam activados e emitidos se fosse outra pessoa que estivesse a endereçar o ataque e a crítica ao eu (Gilbert, 2000c; Gilbert et al., 2006).

Adicionalmente, os indivíduos, que vivenciaram experiências de abuso e/ ou negligência em idades precoces, quando emocionalmente perturbados terão poucas memórias emocionais de se terem sentido amados ou desejados a que possam aceder para se auto-tranquilizar (Gilbert, 2009b; Gilbert & Procter, 2006). Como resultado de não terem conseguido internalizar afecto, cuidado e tranquilização da parte das suas figuras significativas (Gilbert, 2005a), eles terão dificuldade em se sentirem tranquilos e seguros consigo próprios (no seu processamento eu-eu) e nas suas relações sociais (Gilbert, 2000c, 2007a, 2009c; Gilbert & Irons, 2005), bem como em utilizar o sistema de tranquilização enquanto regulador de ameaças/ afecto, pois para que isso fosse possível este teria que ter sido estimulado através de sinais sociais apropriados (Schore, 1994)⁸⁴.

A interdependência dos sistemas de regulação do afecto

Um dos pressupostos do modelo tripartido da regulação do afecto é que os sistemas que o compõem funcionam de forma interdependente, ou seja, em co-regulação (Gilbert, 2009a; Gilbert & Tirsch, 2009).

⁸⁴ De facto, na adultez a proximidade e a presença de sinais de bondade por parte de outros (ou a sua própria necessidade em obter conforto e ajuda) podem vir mesmo a activar memórias emocionais negativas capazes de desencadear uma resposta de ameaça (Cree, 2010).

Basicamente, isto significa que o sistema de contentamento, segurança e tranquilização, que está associado à presença de sinais sociais positivos e à vivência de experiências afiliativas (Richter et al., 2009) _ capazes de proporcionar sentimentos de ligação, calor, segurança e acalmia (Gilbert, McEwan et al., 2008) _ funciona como um regulador natural das ameaças (e.g., Carter, 1998; Field, 1998; Gerhardt, 2004; Gilbert, 2005a, 2005b, 2007a; Kirsch et al., 2005; Neumann, 2002; Uvnas-Moberg, 1998; Windle et al., 1997). De facto, alguns investigadores sugerem que a activação do sistema de tranquilização-afiliativo seja capaz de oferecer uma protecção única ao sofrimento psicossocial ao “atenuar o sistema de ameaça, e em certo grau do sistema de procura, de tal modo que quando os indivíduos se sentem socialmente seguros, eles experienciam uma menor necessidade de se defenderem ou de competirem por recursos” (Kelly et al., 2012, p. 816). E apesar de escassos alguns estudos têm vindo a fornecer suporte a existência do modelo tripartido de regulação do afecto e, ainda que mais raramente, à interdependência entre os seus sistemas.

Por exemplo, num estudo conduzido numa amostra constituída predominantemente por jovens mulheres estudantes (165 de um n=203) Gilbert e colaboradores (Gilbert et al., 2008) verificaram que o afecto positivo associado aos sentimentos de satisfação, calor/ aconchego, segurança e protecção, em comparação com o afecto positivo associado à procura de recursos/ incentivos, energização e activação e com o afecto positivo associado às emoções de calma, relaxamento e serenidade, apresentava correlações negativas mais elevadas com os sintomas de ansiedade e depressão, com diferentes estilos de vinculação insegura e com o auto-criticismo (bem como no sentido contrário, correlações positivas mais elevadas com a auto-tranquilização). No mesmo sentido, foi o afecto positivo de satisfação/ contentamento e segurança que emergiu como único preditor significativo da sintomatologia depressiva e ansiosa, e juntamente com o afecto positivo associado ao sentir-se relaxado, ambos a predizerem significativamente o stresse. No mesmo sentido, o afecto positivo de calor, segurança e contentamento revelou-se como o único preditor significativo de um menor auto-criticismo (nas suas formas de Eu inadequado e Eu detestado) e de uma mais elevada auto-tranquilização bem como dos diferentes estilos de vinculação. Assim, sendo no seu conjunto os resultados obtidos apontam não só para o facto de que o afecto positivo de tranquilização e segurança se distinguir do sistema de afecto positivo de activação e energização, como evidenciam a possibilidade do sistema de tranquilização-afiliação (e em particular, do afecto positivo de calor e acalmia e do sentimento de segurança nas relações sociais, enquanto outputs da sua activação) na regulação dos estados emocionais (Gilbert et al., 2008). Num outro estudo conduzido por Kelly e colaboradores (Kelly et al., 2012), numa amostra de estudantes, os autores verificaram através de regressões hierárquicas que mesmo quando se controlava tanto o afecto negativo como o afecto positivo, assim como quando se controlava o suporte social percebido, a capacidade para se sentir seguro no ambiente social evidenciava-se como um preditor significativo do traço de auto-criticismo, da auto-estima, dos estilos de vinculação seguro e inseguro-receoso, dos traços de personalidade evitante, paranóide e borderline e dos sintomas depressivos.

Adicionalmente, e ainda que sejam escassos, alguns estudos têm vindo a investigar as possíveis experiências precoces que poderão contribuir para a formação, desenvolvimento e activação diferencial dos diferentes sistemas especializados na regulação do afecto através de questionários de auto-resposta. A este respeito, Richter, Gilbert e McEwan (2009), numa amostra de estudantes universitários, verificaram que tanto a recordação dos pais como tendo sido calorosos (avaliada através do Egná Minnen Barndoms Uppfostran: ‘ones memories of upbringing’ - EMBU; Perris, Jacobsson, Lindström, Von Knorring, & Perris, 1980; versão reduzida de Arrindel et al., 1999) como a recordação de terem experienciado sentimentos de calor e segurança durante a infância (avaliada através de Early Memories of Warmth and Safeness Scale- EMWSS; Richter et al., 2009) tendiam a estar, no momento presente, positiva e significativamente associadas à capacidade de auto-tranquilização (quando as coisas não correm bem), a níveis mais baixos de auto-criticismo (avaliados pelo Forms of Self-Criticism and Self-Reassuring Scale – FSCRS; Gilbert et al., 2004) e a um maior grau de emoções positivas, sobretudo às que estão associadas aos sentimentos de segurança, calor, contentamento e acalmia (Types of Positive

Affect Scale - TPAS; Gilbert et al., 2008). Já no sentido oposto, os resultados mostraram que a recordação das figuras parentais como rejeitadoras (avaliado pelo EMBU) e a recordação de se terem sentido ameaçados, subordinados e desvalorizados durante a infância no seio da família (avaliados através do Early Life Experience Scale – ELES; Gilbert et al., 2003) estavam associadas a índices mais elevados de auto-criticismo e mais baixos de auto-tranquilização (avaliados pelo FSCRS) e a uma menor vivência de emoções positivas de segurança, calor e acalmia (avaliadas pelo TPAS). Por último e talvez o resultado mais interessante do estudo foi a constatação de que as memórias emocionais de submissão mediavam a relação entre a recordação dos comportamentos parentais de rejeição e o eu-inadequado do auto-criticismo e, que no sentido contrário, as memórias emocionais de segurança e calor mediavam a relação entre a recordação dos comportamentos parentais de calor e o eu-tranquilizador. Em síntese, os resultados sugerem que as memórias emocionais de submissão/ameaça e de calor/ segurança estão significativamente associadas à psicopatologia (depressão, ansiedade e stresse), ao auto-criticismo e auto-tranquilização e à disposição para experienciar diferentes tipos de afecto positivo (activo, relaxado e seguro) (Richter et al., 2009).

Dado que uma melhor compreensão acerca da formação, funcionamento e dos processos envolvidos em cada um dos sistemas de regulação do afecto que compõem o modelo tripartido poderá ter importantes implicações para os modelos teóricos compreensivos da psicopatologia emocional, e consequentemente, para os protocolos de intervenção terapêutica, os dois estudos que integram o presente capítulo procuraram testar empiricamente algumas das relações acima referidas. Mais especificamente, os estudos desenvolvidos procuraram averiguar qual o papel de determinadas experiências precoces na formação dos sistemas, a sua relação com possíveis processos tradutores da sua activação (funcionamento) e com a psicopatologia, e se efectivamente existem evidências quanto à possibilidade dos sistemas funcionarem em interdependência/ co-regulação.

O contributo das experiências precoces de vergonha e da percepção de submissão durante a infância e adolescência para a psicopatologia: o papel do sistema de defesa-ameaça

3.1. Objectivos

Existe um número substancial de estudos que encontraram evidências empíricas para a ideia de que a ocorrência de experiências adversas com as figuras parentais (*e.g.*, na forma de negligência, criticismo, rejeição, abuso, sobre-protecção e/ ou ausência de calor emocional e de sinais de aprovação), durante os primeiros anos de vida, contribui para uma maior vulnerabilidade em desenvolver sintomas psicopatológicos na idade adulta (*e.g.*, Bifulco & Moran, 1998; Brown & Anderson 1991; Bowlby, 1973, 1980, 1988; Chambers, Power, & Durham, 2004; Feldman & Gotlib, 1993; Gerlsma, Emmelkamp & Arrindell, 1990; Gilbert & Gerlsma, 1999; Maccoby, 1992; Mackinnon, Henderson, & Andrews, 1992; Parker, 1979, 1983, 1989; Parker, Roy, Wilhelm, Mitchell, & Austin, 1999; Perris, Jacobson, Lindstorm, Von Knorring, & Perris, 1980; Perris, 1994; Rutter et al., 1997; Schore, 1994), nomeadamente, depressão e ansiedade (*e.g.*, MacMillan et al., 1994; Mullen, Martin, Anderson, Romans, & Herbison, 1996; Parker, 1983; Perris, 1994; Stein et al., 1996; Wise, Zierier, Krieger, & Harlow, 2001). Contudo, os processos através dos quais estas experiências precoces exercem o seu impacto numa fase posterior da vida não se encontram totalmente identificados e/ ou clarificados.

Neste sentido, o presente estudo, partindo do pressuposto de que é possível conceptualizar e tratar a vulnerabilidade e a psicopatologia mental a partir de um modelo tripartido de regulação do afecto (e.g., Gilbert, 2005a, 2009a; Gilbert & Tirsch, 2009; Kelly, Zuroff, Leybman, & Gilbert, 2012), propôs-se a estudar alguns destes possíveis mecanismos mediadores.

Em particular, no estudo III, hipotetiza-se que o sistema de defesa e protecção contra as ameaças e, como tal, os *outputs* da sua activação, têm um papel crucial na compreensão da relação entre a ocorrência de experiências precoces adversas (ocorridas na relação com as figuras parentais) e a psicopatologia na idade adulta. De facto, a activação do sistema de defesa e protecção contra as ameaças, e os comportamentos e emoções defensivas que o caracterizam, estão presentes numa variedade de problemas mentais (Gilbert, 1993, 2001a, 2005a, 2009a), pelo que se pode supor que este sistema tenha um papel relevante na compreensão da psicopatologia emocional.

Dado que os indivíduos que reportam uma elevada vergonha tendem a apresentar um sobre-desenvolvimento/ sobre-activação do sistema de protecção contra as ameaças e um sub-desenvolvimento/ sub-estimulação do sistema de segurança-tranquilização (e.g., Gilbert, 2000c, 2007a, 2009c; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006) um dos possíveis mecanismos mediadores da relação entre as experiências precoces adversas e a psicopatologia, que o presente estudo pretende testar, é a **vergonha externa**. De facto, a vergonha externa pode ser conceptualizada como uma resposta à ameaça social (ou experiência actual) de se viver na mente do outro como um agente social não-atractivo, inaceitável e indesejável^{85,86} (Gilbert, 1997, 1998a, 2002a, 2002b, 2005a, 2005b; Gilbert et al., 2007). De acordo com o modelo tripartido de regulação do afecto, nos humanos, a principal ameaça a que estão sujeitos, capaz de prontamente activar o sistema de protecção contra as ameaças, é a perda de aceitação, desejabilidade e aprovação social na mente dos outros, e não tanto a agressão por parte de um dominante, como acontece em muitas outras espécies animais; Gilbert, 1992a, 1997, 2000a). É que a não atractividade ou até mesmo a indesejabilidade aos olhos dos outros acarreta sérias desvantagens do ponto de vista evolutivo (Gilbert, 1997), dado que o ser humano, para aumentar as suas hipóteses de sobrevivência e procriação precisa, e está motivado desde o nascimento, para o estabelecimento de relações sociais próximas e seguras, como é o caso das relações de vinculação (Bowlby, 1969, 1973, 1988) e da pertença a um grupo social (Baumeister, & Leary, 1995). Neste sentido, a vergonha externa pode ser conceptualizada como um sinal de alarme precoce indicativo de que o eu está em risco de ser rebaixado, criticado, evitado, passado para trás, não ser escolhido e incluído ou até mesmo de vir a ser activamente rejeitado, excluído, ostracizado e/ ou perseguido por parte do grupo social (Allan et al., 1994; Gilbert, 1998a, 2002a, 2003, 2006a, 2007a, 2007d; Gilbert & McGuire, 1998; Goss et al., 1994) por possuir traços, características e/ou comportamentos pouco atractivos ou indesejáveis, ou por lhe faltarem características positivas valorizadas aos olhos dos outros (Gilbert, 1997, 1998a, 2000a, 2002a, 2003, 2007a). Um indivíduo que experiencia este tipo de vergonha acredita que não é capaz de activar afecto positivo suficiente, ou de que ao invés, está mesmo a gerar pensamentos hostis e afecto negativo (e.g., raiva, ansiedade, desinteresse, nojo, desprezo) na mente dos outros a seu respeito (Gilbert, 2002a, 2003, 2006a). A sua percepção de incapacidade para gerar interesse e aprovação nos outros a seu respeito, e como tal, de ser valorizado, desejado, escolhido e aceite pelos outros para o desempenho de papéis sociais valorizados (Gilbert, 2000a); fá-lo comparar-se socialmente de forma desfavorável, a perceber-se numa posição inferior na hierarquia social (e.g., Gilbert et al., 1996; Goss et al., 1994), mais especificamente, numa posição de subordinação involuntária e indesejável (Gilbert, 1992a). Assim, perante esta ameaça social são recrutados comportamentos defensivos (e.g., submissão, agressão, escape, apaziguamento; Gilbert, 1989, 2003, 2006b; Gilbert et al., 1996; Gilbert &

⁸⁵No capítulo 1 foi já abordada a importância da emoção de vergonha nos modelos explicativos da psicopatologia emocional (em particular no âmbito do Modelo das Mentalidades Sociais) e descritos os dois tipos de vergonha (a vergonha externa e a vergonha interna) que agora são, apenas, sumariamente mencionadas.

⁸⁶Um dos mais potentes desencadeadores das respostas de stresse (i.e., da libertação do cortisol que reflecte a activação do eixo HPA) é efectivamente a experiência de vergonha (Dickerson & Kemeny, 2004).

McGuire, 1998), cujo objectivo é apaziguar o outro para reduzir e/ou evitar conflitos interpessoais que possam conduzir à sua rejeição ou desvalorização social (Gilbert, 2002a, Gilbert & McGuire, 1998) ou reparar, limitar ou evitar possíveis ataques/danos à reputação social (Gilbert, 1998a, 2007d).

Mas não é só o mundo externo que pode ser fonte de ameaça para o indivíduo (*e.g.*, não ser capaz de gerar uma apresentação positiva), capaz de activar este sistema de defesa. É que devido às habilidades metacognitivas, com que a evolução dotou o ser humano (e que lhe conferem uma inestimável vantagem adaptativa ao permitirem, por exemplo, que ele antecipe potenciais ameaças externas), o ser humano tornou-se, igualmente, capaz de vivenciar o seu mundo interno como ameaçador ao poder “planear (o que acontecerá se X acontecer) – puramente na base dos nossos pensamentos, atribuições, excepções e antecipações. Como resultado, os humanos podem muitas vezes gastar o seu tempo a responder a pensamentos internos, predições e memórias intrusivas como se estas fossem eventos reais” (Gilbert & Tirsch, 2009, p. 102). De facto, é precisamente porque os humanos possuem um conjunto de competências evolutivas, tais como a teoria da mente, a auto-consciência simbólica, a meta-cognição e a capacidade para construir uma auto-identidade, que eles podem sentir-se ameaçados não só por eventos externos mas pelo seu próprio eu (Gilbert, 2001a, 2005a). Neste caso, referimo-nos a uma ameaça interna gerada pelas cognições e afectos negativos auto-dirigidos que o indivíduo tem acerca dos seus próprios atributos pessoais, características de personalidade ou comportamentos (Cook, 1996; Kaufman, 1989; Gilbert, 2000a; Gilbert, 1998a, 2000a, 2002a) que se pode designar por vergonha interna (Gilbert 1997) e está associada a um eu que se auto-avalia como sendo inferior, inadequado, inútil, fraco, sem valor, defeituoso, indesejável, desprezível, inatractivo e/ ou globalmente mau (Fisher & Tangney, 1995; Gilbert, 1997, 1998a, 2002a, 2003; Goss & Allen, 2009; Gilbert & Procter, 1996; M. Lewis, 1992; Nathanson, 1996; Tangney & Dearing, 2002), ou de que pelo menos, existem aspectos particulares percebidos pelo próprio (*e.g.*, Gilbert, 2003, 2007a, Tangney & Dearing, 2002) como pouco atractivos, ou até mesmo indesejáveis e desprezíveis (Gilbert, 2006a). A este nível é importante mencionar que os indivíduos podem adoptar, para o seu mundo interior, para lidar com os seus próprios pensamentos e emoções, as mesmas emoções (*e.g.*, ansiedade, raiva, nojo) e estratégias defensivas (*e.g.*, detectar, proteger, evitar, subjugar, perseguir e erradicar) que usam para lidar com as ameaças externas (Gilbert, 2005a, Gilbert, Clarke, Kempel, Miles, & Irons, 2004; Gilbert & Irons, 2005). Neste seguimento, o segundo mediador testado no presente estudo são as **crenças de perigosidade acerca das emoções**, na medida em que elas traduzem auto-avaliações negativas que o indivíduo tem especificamente acerca das suas próprias emoções, ou seja, neste caso a ameaça é interna e refere-se à experiência das emoções como incontroláveis, inaceitáveis, avassaladoras e perigosas. Mais concretamente pretende-se averiguar se as crenças de perigosidade acerca das emoções poderão mediar a relação entre a vivência de experiências precoces adversas (de vergonha) e a psicopatologia.

A este respeito acresce ainda referir que se a predisposição para a vergonha tem vindo a ser associada a níveis mais elevados de psicopatologia depressiva (*e.g.*, Andrews, Qian, & Valentine, 2002; Cheung, Gilbert, & Irons, 2004; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992; Tangney, Burggraf, & Wagner, 1995) e ansiosa (*e.g.*, Irons & Gilbert, 2005; Tangney et al., 1992)⁸⁷, de igual modo as crenças de incontrolabilidade e perigosidade acerca das emoções (ou num sentido mais lato, os esquemas emocionais) parecem estar fortemente associadas a níveis mais elevados de psicopatologia, nomeadamente depressiva e ansiosa (*e.g.*, Leahy, 2002a; estudo I, capítulo 3, da presente dissertação).

Contudo, no presente estudo ao invés de se avaliar unicamente a possibilidade da recordação das experiências precoces adversas poderem contribuir para a presença de mais sintomas psicopatológicos e se esta relação seria mediada pela vergonha externa e pelas crenças de perigosidade acerca das emoções, pretendeu-se ir mais longe ao explorar-se a possibilidade da relação das experiências

⁸⁷ Uma revisão destes estudos foi apresentada no capítulo 1 da presente dissertação.

precoces de vergonha com a vergonha externa e com as crenças de perigosidade acerca das emoções poder ser mediada pela percepção de subordinação no seio da família e, paralelamente, se a relação entre a vergonha externa e as crenças de perigosidade acerca das emoções com a psicopatologia depressiva e ansiosa poder ser mediada pelo evitamento experiencial.

Dada a inexistência na literatura de instrumentos que avaliem retrospectivamente a frequência com que ocorreram, efectivamente, experiências emocionais de vergonha, isto é, que avaliem a emissão de sinais directos (cognições e emoções) de desvalorização, crítica, rejeição, rebaixamento que foram dirigidos por parte das figuras parentais à criança durante os seus primeiros anos de vida, no presente estudo foi utilizada a *Escala de Experiências de Vergonha na Infância* (Dinis, Matos, Pinto-Gouveia, & Magalhães, 2009) que foi desenvolvida precisamente para avaliar a frequência com que ocorreram episódios em que o respondente se “sentiu desacreditado, inferiorizado, envergonhado ou diminuído de alguma forma, não necessariamente por coisas que os seus pais lhe disseram mas pela forma como o disseram, ou pelo modo como estes agiram e se comportaram” (Dinis et al., 2009) durante a infância e adolescência. Adicionalmente, e porque alguns estudos recentes têm alertado para a importância de a par da avaliação da recordação de comportamentos/ atitudes das figuras parentais, se avaliar igualmente a recordação de como durante esse mesmo período da sua infância o respondente (na altura criança) se sentiu (e.g., Gilbert et al., 2003; Richter, Gilbert, & McEwan, 2009), usou-se igualmente a *Escala de Experiências Precoces de Vida* (The Early Life Experiences Scale - ELES, Gilbert, Cheung, Granfield, Campey, & Irons, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Lopes & Pinto Gouveia, 2005a). A hipótese que se coloca é que o impacto de uma maior frequência de comportamentos/ atitudes parentais de vergonha, rebaixamento e crítica durante a sua infância na predisposição para a vergonha externa e para as crenças de perigosidade acerca das emoções na adultez é possivelmente mediada pelas **memórias emocionais de subordinação no seio da família**⁸⁸. Dito de outro modo, coloca-se a hipótese de as experiências de vergonha se tornarem patológicas (e conduzirem a níveis mais elevados de vergonha externa e de crenças de incontrolabilidade acerca das emoções) quando a esta percepção de se estar exposto a um ambiente social ameaçador se junta uma vivência interna de subordinação, ou seja, a percepção de que o eu se encontra numa posição de subordinação indesejada no seio da família, e que mais nada lhe resta fazer do que se submeter face às ameaças de um dominante.

Por último, o modelo tripartido de regulação do afecto tem vindo a sugerir que diferentes formas de *coping*, entre as quais o **evitamento experiencial**, acentuam o sentido de ameaça e por isso estão associadas à activação do sistema de defesa (Gilbert, 2010b). Contudo, porque são praticamente inexistentes os estudos que investigaram esta hipótese (para uma excepção, ver Carvalho, Dinis, Pinto-Gouveia, & Estanqueiro, 2013), procurou-se com o presente estudo perceber qual a relação da vergonha externa e das crenças de perigosidade acerca das emoções com o evitamento experiencial e a possibilidade do evitamento experiencial mediar a relação entre estas variáveis e a psicopatologia depressiva e ansiosa.

De facto, o evitamento experiencial, caracteriza-se pela incapacidade do indivíduo em permanecer em contacto com as suas experiências privadas (e.g., sensações corporais, pensamentos, emoções, memórias, imagens, predisposições comportamentais) adoptando, por esse motivo, esforços deliberados para controlar ou alterar a forma, a frequência ou a intensidade dessas experiências ou dos contextos que as ocasionam (e.g., Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Hayes, 1994, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Ciarrochi, Bilich, & Godsell, 2010) tem vindo a ser apontado como um processo psicológico central na compreensão dos sintomas psicopatológicos (e.g., Hayes et al., 1996, 1999). E embora se acredite que este processo não seja inerentemente patológico, ele torna-se

⁸⁸ A escolha das memórias emocionais de subordinação (em detrimento das de ameaça ou de desvalorização avaliadas por outras dimensões do mesmo instrumento) fundamenta-se no facto de efectivamente ser esta a dimensão que se revela como o preditor principal da psicopatologia (Gilbert et al., 2003; Richter et al., 2009).

prejudicial quando é utilizado cronicamente pelo indivíduo (Hayes et al., 1996, 1999), de forma rígida e inflexível, envolvendo um enorme tempo, esforço e energia, com o propósito de regular, controlar e evitar os eventos internos indesejados e aversivos (Kashdan et al., 2006). Dito de outro modo, o evitamento experiencial torna-se prejudicial quando o indivíduo responde aos seus eventos privados através de tentativas de supressão, evitamento ou controlo da sua ocorrência (Levin & Hayes, 2011) persistindo em utilizar estas formas de evitamento ou de escape em contextos em que estas se revelam ineficazes, desnecessárias e/ ou causam consequências sociais, emocionais, cognitivas e comportamentais prejudiciais (e.g., Hayes et al., 1996), nomeadamente, porque conduzem a um afastamento do indivíduo dos seus valores de vida (e.g., Hayes et al., 1999).

Em síntese, partindo da revisão da literatura efectuada acerca do funcionamento dos sistemas de regulação do afecto, e dos possíveis mecanismos envolvidos na sua formação e funcionamento, o presente estudo propôs-se a testar três hipóteses: a) em que medida é que a vivência de subordinação no seio da família poderá mediar a relação entre a frequência com que ocorreram experiências de vergonha durante a infância e a vergonha externa e as crenças de perigosidade acerca das emoções na idade adulta; b) em que medida é que a vergonha externa e as crenças de perigosidade acerca das emoções poderão constituir-se como mecanismos através dos quais uma vivência de subordinação no seio da família poderá ter um impacto no evitamento experiencial; e por último, c) em que medida é que o evitamento experiencial poderá mediar a relação entre a vergonha externa e as crenças de incontrolabilidade e perigosidade acerca das emoções e os sintomas psicopatológicos correntes (**sintomas de depressão e ansiedade**).

3.2. Metodologia

Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 328 indivíduos da população geral. A amostra foi constituída por 162 (49.4%) indivíduos do sexo feminino, com uma idade média de 32.10 ($DP=9.08$) e 166 (50.6%) do sexo masculino, com uma idade média de 32.63 anos ($DP=10.41$). Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 12.07 ($DP=4.02$) anos de escolaridade para o género feminino e uma média de 11.78 ($DP=3.58$) anos de escolaridade para o género masculino. No que concerne ao estado civil, 52.7% ($n=173$) dos participantes era casado ou vivia em união de facto e 43.6% ($n=143$) era solteiro. Em relação à situação profissional, 54.6% ($n=179$) dos respondentes tinham profissões de classe baixa e 40.2% ($n=132$) tinham profissões de classe média. O cálculo de testes t para amostras independentes revelou que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e o género masculino no que concerne à idade e anos de escolaridade. Os testes de qui quadrado da independência (com simulação de Monte Carlo)⁸⁹ mostraram igualmente que os géneros não se diferenciam no que concerne ao estado civil e estatuto socioeconómico. No mesmo sentido, não foram encontradas associações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo e as habilitações literárias dos respondentes. A caracterização demográfica da amostra total e por géneros apresenta-se na tabela 21.

Tabela 21

Caracterização demográfica da amostra em estudo.

Total (n=328)	Género feminino (n=162)	Género masculino (n=166)
------------------	----------------------------	-----------------------------

⁸⁹ No caso do estudo das diferenças de género para o estado civil utilizaram-se os resultados do teste exacto, que são consonantes com a simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do qui quadrado não se verificaram (Marôco, 2010a), nomeadamente pelo facto de alguns células terem menos de cinco observações.

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>P</i>
Idade	32.37	9.76	32.10	9.08	32.63	10.41	-0.48	.629
Anos de escolaridade	11.92	3.80	12.07	4.02	11.78	3.58	0.69	.489
	Total		Género feminino		Género masculino		χ^2	<i>P</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Estado Civil								
Solteiro	143	43.6	61	37.7	82	49.4		
Casado/ União de facto	173	52.7	94	58.0	79	47.6	5.43	.121
Divorciado/ Separado	11	3.4	6	3.7	5	3.0		
Viúvo	1	0.3	1	0.6	0	0.0		
Situação Profissional								
Profissão de classe baixa	179	54.6	83	51.2	96	57.8		
Profissão de classe média	132	40.2	71	43.8	61	36.7	1.71	.425
Profissão de classe alta	17	5.2	8	4.9	9	5.4		

Instrumentos

Cada participante preencheu uma bateria de questionários de auto-retrato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), o *Questionário de Experiências de Vergonha na Infância* (EEVI: Dinis et al., 2009), a *Escala de Experiências Precoces de Vida* (ELES: The Early Life Experiences Scale; Gilbert et al., 2003; traduzido para a língua portuguesa por Lopes & Pinto Gouveia, 2005a), o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy* – versão modificada (LESS – Leahy Emotional Schema Questionnaire; Leahy, 2002a, 2003a; versão portuguesa modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2008), a *Escala da Vergonha provocada pelos Outros* (OAS - Other as Shamer Scale; Allan et al., 1994; Goss et al., 1994; traduzido para a língua portuguesa por Lopes et al., 2005; versão portuguesa de Matos et al., 2011), o *Questionário de Aceitação e Acção* (AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire – AAQ-II, Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012) e as *Escalas de Depressão Ansiedade e Stress -42* (DASS-42; Depression Anxiety Stress Scales-42, Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2.).

Procedimentos

A amostra é composta por indivíduos provenientes de várias instituições públicas e empresas privadas que aceitaram participar voluntariamente no estudo (trata-se de uma amostra de conveniência). A cada um dos participantes foi dada uma folha de consentimento informado (um exemplo deste documento é apresentado na Adenda B.3), esclarecidos os objectivos do estudo para os quais estava a ser solicitada a sua colaboração, garantido o anonimato e a confidencialidade no tratamento estatístico das suas respostas, e requerida a sua colaboração para o preenchimento do protocolo de questionários de auto-resposta acima descrito. Da amostra recolhida, foram considerados como critérios de exclusão: a) os protocolos nos quais se verificou um incorrecto preenchimento dos instrumentos de auto-resposta por clara incompreensão ou não aplicação das instruções fornecidas, b) o preenchimento manifestamente incompleto dos itens de resposta, c) uma idade inferior aos 18 anos ou superior aos 65 anos, d) uma escolaridade inferior à 4.ª ano de escolaridade.

Estratégia Analítica

A estatística descritiva e inferencial foi efectuada com recurso ao *software* SPSS (v.20; IBM SPSS Inc, Chicago, IL). Com o intuito de averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas por género, nas médias das variáveis, procedeu-se ao cálculo do teste *t* de Student para amostras independentes. Os pressupostos da independência das observações, da normalidade da distribuição e

da homogeneidade das variâncias foram validados (em relação às variáveis em que as variâncias se revelaram heterogêneas utilizou-se a correcção disponibilizada pelo *software*). Considerou-se o nível de significância $\alpha \leq .05$ ⁹⁰ como indicativo da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos. No sentido de explorar as associações entre as variáveis em estudo procedeu-se ao cálculo das correlações produto-momento de *Pearson*.

Num segundo momento, e tendo por base a revisão da literatura, foi proposto um modelo causal hipotético que pretende testar as hipóteses teóricas, previamente apresentadas, através da Análise de Trajectórias (*Path Analysis*) disponível no *software* AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008). Este procedimento estatístico revela-se especialmente adequado quando se pretende testar simultaneamente a existência de efeitos directos e indirectos que, tendo por base considerações teóricas, se supõe existirem entre as variáveis (Kline, 2005; Schumacker, & Lomax, 2004). A significância das trajectórias (dos coeficientes de regressão) e os índices de ajustamento do modelo foram estimados através do Método da Máxima Verosimilhança. O modelo hipotetizado foi constituído por uma variável exógena independente, as experiências de vergonha (EEVI - experiências de vergonha) vivenciadas no seio da família, quatro variáveis endógenas mediadoras, as experiências precoces de subordinação na família (ELES - percepção de subordinação), a vergonha externa (OAS - vergonha externa), as crenças de incontabilidade e perigosidade acerca das emoções (LESS - crenças de perigosidade) e o evitamento experiencial (AAQ-II - evitamento experiencial) e duas variáveis endógenas dependentes, a sintomatologia ansiosa (DASS - ansiedade) e a sintomatologia depressiva (DASS - depressão)⁹¹. Enquanto a variabilidade da variável exógena é determinada por variáveis não consideradas no modelo, a variabilidade das variáveis endógenas é explicada pela variável exógena e/ou por outras variáveis endógenas (mediadoras) do modelo. A cada uma das variáveis endógenas foi ainda adicionado um erro de medida que reflecte a proporção da variabilidade da variável que não é explicada pelas relações causais hipotéticas que constam no modelo. A intensidade/magnitude da relação entre variáveis é dada pelos coeficientes de trajectória, considerando-se estatisticamente significativos os coeficientes de regressão com um $p < .05$ (Marôco, 2010b).

A existência de *outliers* multivariados foi avaliada pela distância quadrada de *Mahalanobis* (p_1 ; $p_2 < .05$ como indicativo da existência de um *outlier*). Optou-se, contudo, por manter as observações extremas considerando-se que elas reflectem variações reais, e como tal, fonte de variabilidade de interesse para a compreensão do modelo em estudo. Nenhuma das variáveis apresentou desvios significativos à distribuição normal (assimetria $< |3|$ e curtose $< |10|$) (Kline, 1998, 2005). De modo a assegurar a inexistência de problemas de multicolinearidade procedeu-se ao cálculo do VIF (Factor de Inflexão da Variância) no SPSS *Statistics* (v.20, IBM SPSS, Inc), tendo-se verificado que nenhuma das variáveis apresentava valores de VIF (> 5.0) indicadores de possíveis problemas de multicolinearidade.

A adequação do modelo teórico inicial, no qual foram incluídos todos os efeitos directos e indirectos que se pretendia testar, foi avaliada através dos seguintes índices de ajustamento: *Chi-square* (χ^2), *Normed Chi-Square* (Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977), *Tucker Lewis Index* (TLI, Tucker & Lewis, 1973), *Comparative Fit Index* (CFI, Bentler, 1990) e o *Root-Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, Steiger, 1990) com um intervalo de confiança de 90%.

Em seguida, foram progressivamente removidos os coeficientes de trajectória não significativos ($p > .05$), e testado o ajustamento do modelo aninhado (simplificado) obtido. No sentido de avaliar-se a qualidade do ajustamento do modelo aninhado era significativamente diferente do que a encontrada no modelo inicial foi calculado um teste de diferenças do χ^2 . No caso dos dois modelos não diferirem

⁹⁰ De acordo com Stevens (1996 cit in Pallant, 2010) em amostra de grandes dimensões (com mais de 100 participantes) não é necessário proceder a reajustamentos no nível de significância para garantir o *poder* do procedimento estatístico implementado, ou seja, o grau de confiança nos resultados obtidos é elevado.

⁹¹ Dado que as variáveis dependentes estão fortemente associadas foi adicionada uma trajectória correlacional (sem relação de causa-efeito) entre os erros de medida das referidas variáveis.

significativamente pode concluir-se que existe suporte empírico para a retenção do modelo aninhado (mais parcimonioso).

Tabela 22

Valores médios, de desvio-padrão para o total da amostra e por géneros. A consistência interna para cada uma das variáveis em estudo.

	Total (n=328)		Género Feminino (n=162)		Género Masculino (n=166)		t	p	α
	M	DP	M	DP	M	DP			
ELES - percepção de submissão na família	2.03	0.74	2.04	0.80	2.02	0.68	0.23	.817	.82
EEVI - experiências de vergonha com os pais	1.80	0.58	1.74	0.59	1.86	0.57	-1.83	.068	.93
LESS - crenças de perigosidade acerca das emoções	2.99	0.95	3.03	0.96	2.96	0.93	0.63	.532	.87
OAS - vergonha externa	1.09	0.57	1.09	0.57	1.09	0.57	0.02	.982	.92
AAQ - evitamento experiencial	2.77	1.16	2.79	1.15	2.74	1.17	0.40	.686	.87
DASS - sintomatologia depressiva	0.45	0.47	0.50	0.50	0.40	0.44	1.82	.069	.93
DASS - sintomatologia ansiosa	0.38	0.39	0.42	0.43	0.34	0.35	1.81	.071	.88

A significância dos efeitos totais, directos e indirectos foi testada através do bootstrap disponível no AMOS, por este ser considerado o método mais adequado e poderoso para testar efeitos de mediação (MacKinnon et al., 2004; Hayes, 2009). O bootstrap consiste num método de reamostragem que gera uma representação empírica da distribuição dos efeitos numa amostra que é obtida a partir da amostra original através de um processo de reamostragem que se repete x vezes (Hayes, 2009). As reamostragens são efectuadas através de um processo de reposição aleatória e repetida de casos da amostra original, com o intuito de gerar várias amostras mimetizadas, ou seja, com o mesmo N da original (Kline, 2005). Neste estudo foram geradas 2000 amostras *bootstrap* (cada uma com um $n=328$) que foram posteriormente utilizadas gerar os intervalos de confiança (IC) associados a cada um dos efeitos estimados (Schumacker, & Lomax, 2004). Assim, para cada efeito estimado calculou-se um intervalo de confiança (IC) acelerado corrigido de 95%, dado ser este o tipo de IC recomendado para estudos de mediação (MacKinnon, 2008; Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006). De acordo com este método, pode concluir-se que um efeito é significativamente diferente de zero para um $p < .05$ (bicaudal) se o zero não estiver contido no intervalo de confiança. A ocorrência de um efeito indirecto estatisticamente significativo, mas não do efeito directo correspondente consiste na mais forte demonstração para a existência de um efeito de mediação (Kline, 2005).

3.3. Resultados

Estatísticas Descritivas e Análises Preliminares

Os valores de média, de desvio-padrão da amostra total e por género e os valores de alfa de *Cronbach* para as variáveis em estudo são apresentados na tabela 22. Todas as variáveis apresentam uma elevada consistência interna ($\alpha > .70$). O efeito do género nas variáveis em estudo foi avaliado através de testes t de Student para amostras independentes. Os resultados mostraram que os respondentes do género feminino e os do género masculino não diferem significativamente nos valores médios apresentados para as variáveis em estudo pelo que a variável género não foi incluída nas análises de trajectórias efectuadas (tabela 22).

Análises Correlacionais

Com o objectivo de explorar a relação entre a recordação de experiências de vergonha (vivenciadas durante a infância e adolescência com os pais), a percepção de subordinação na família, a vergonha externa, as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas, o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva e ansiosa foi calculada uma matriz de correlações produto-momento de *Pearson* (tabela 23). Tal como esperado, foram encontradas associações positivas (de magnitude moderada a alta) e significativas entre todas as variáveis em estudo.

Mais concretamente, os participantes que recordam terem vivenciado mais experiências de vergonha na relação com os seus pais (que se sentiram humilhados, embaraçados, inferiorizados ou diminuídos por estes) relatam igualmente terem-se sentido, durante esse período de tempo, subordinados por estes, vendo-os como dominadores, rejeitantes e hostis ($r=.67, p < .01$).

No mesmo sentido, foi encontrada uma associação positiva entre a recordação de experiências de vergonha e de subordinação com a vergonha externa (respectivamente $r=.41, p < .01$ e $r=.52, p < .01$), com as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas (respectivamente $r=.40, p < .01$ e $r=.48, p < .01$) e com o evitamento experiencial (respectivamente $r=.34, p < .01$ e $r=.47, p < .01$). No mesmo sentido, quanto mais os respondentes recordam a vivência de experiências adversas na infância (de vergonha e de subordinação) com as suas figuras de vinculação, mais reportam a experiência de sintomas ansiosos (respectivamente $r=.34, p < .01$ e $r=.37, p < .01$) e depressivos (respectivamente $r=.41, p < .01$ e $r=.46, p < .01$) no momento presente.

Os resultados mostram ainda que a vergonha externa e as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas encontram-se fortemente associadas entre si ($r=.47, p < .01$), e apresentam uma associação positiva com o evitamento experiencial (respectivamente $r=.50, p < .01$ e $r=.60, p < .01$) e com os sintomas ansiosos (respectivamente $r=.37, p < .01$ e $r=.50, p < .01$) e depressivos (respectivamente $r=.46, p < .01$ e $r=.55, p < .01$). Por fim, verificou-se que níveis elevados de evitamento experiencial estão associados a mais sintomas depressivos ($r=.56, p < .01$) e ansiosos ($r=.44, p < .01$).

Tabela 23
Correlações produto-momento de *Pearson* entre as variáveis em estudo ($n=328$).

Variáveis	ELES	EEVI	LESS	OAS	AAQ	DASS Dep.	DASS Ans.
ELES	1						
EEVI	.67**	1					
LESS	.48**	.41**	1				
OAS	.52**	.40**	.47**	1			
AAQ	.47**	.34**	.60**	.50**	1		
DASS – depressão	.46**	.41**	.55**	.46**	.56**	1	
DASS - ansiedade	.37**	.34**	.50**	.37**	.44**	.72**	1

** $p < .01$

ELES: percepção de submissão na família; EEVI: experiências de vergonha com os pais; LESS: crenças de perigosidade acerca das emoções; OAS: vergonha externa; AAQ: evitamento experiencial; DASS Dep.: sintomatologia depressiva; DASS Ans.: sintomatologia ansiosa

Análise de Trajectórias

O modelo inicial, no qual foram incluídas todas as trajectórias directas e indirectas revelou um bom ajustamento à matriz de dados: $\chi^2(5, N=328) = 13.379, p = .020$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$) = 2.676, Comparative Fix Index (CFI) = .992, Tucker Lewis Index (TLI) = .965, Root-mean-square error of approximation (RMSEA) = .072; IC 90% = [.026- .119]. A análise da matriz dos coeficientes não estandardizados mostrou que todos os coeficientes de regressão eram estatisticamente significativos ($p < .05$) à excepção da trajectória directa entre as variáveis 'experiências de vergonha na infância →

vergonha externa' ($b = .106$, $EP = .062$; $p = .089$; $\beta = .109$) e da trajetória directa entre as variáveis 'experiências de vergonha na infância \rightarrow crenças de perigosidade acerca das emoções' ($b = .163$, $EP = .101$; $p = .107$; $\beta = .101$).

Neste sentido, procedeu-se à respecificação do modelo, removendo progressivamente as duas trajetórias não significativas. O modelo reduzido ("aninhado") apresentou um ajustamento igualmente bom à matriz de dados observados $\chi^2(7, N=328) = 18.825$, $p = .009$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$) = 2.689, Comparative Fit Index (CFI) = .988, Tucker Lewis Index (TLI) = .965, Root-mean-square error of approximation (RMSEA) = .072; IC 90% = [.034- .112]. Em seguida, calculou-se o teste das diferenças do χ^2 para comparar a qualidade de ajustamento entre o modelo inicial e o modelo aninhado, no sentido de avaliar se ocorria uma diminuição estatisticamente significativa na qualidade do ajustamento global devido à remoção das trajetórias não significativas. Os resultados confirmaram a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre os dois modelos [$\chi^2_{\text{dif}} = 5.446 < \chi^2_{0.95; (2)} = 5.991$], pelo que se optou pela escolha do modelo aninhado, por ser o modelo mais parcimonioso.

Análise das Mediações

A análise da matriz de coeficientes não estandardizados do modelo final (aninhado) relevou que todos os coeficientes de trajetória individuais, estimados pelo método da Máxima Verosimilhança, são estatisticamente significativos (são superiores ao valor crítico de 1.96 para o teste bi-caudal de .05) e ocorrem na direcção esperada de acordo com o modelo teórico (na figura 5, são apresentados os coeficientes estandardizados). A significância dos efeitos directos, indirectos e totais foram calculados através do método Bootstrap (com 2000 reamostragens) de modo a criar intervalos de confiança de aceleração corrigida de 95% em torno de cada um dos efeitos estimados.

O presente estudo procurou explorar a relação entre a recordação de experiência precoces adversas e a psicopatologia (depressão e ansiedade) numa amostra não-clínica. Mais especificamente, o modelo pretendeu investigar através de que trajetórias é que um passado marcado pela ocorrência de experiências de vergonha e o ter-se sentido subordinado no seio da família conduz a um aumento da sintomatologia depressiva e ansiosa, propondo que é possível que quanto mais frequentes tiverem sido as experiências de vergonha (*i.e.*, de crítica, rebaixamento, gozo) vivenciadas na relação com os pais, e como tal, mais tiverem sido os sinais de hostilidade, ataque e crítica recebidos, mais se terá desenvolvido um sentimento de subordinação no seio da família, sendo expectável que, esta percepção de se ter sido colocado numa posição de subordinação, involuntária e indesejável, tenha contribuído, simultaneamente, para que no momento presente estes indivíduos apresentem igualmente níveis mais elevados de vergonha externa (uma percepção de que os outros vêem o eu como inferior, incompetente e incapaz) e endossem mais crenças negativas acerca das suas emoções negativas. Adicionalmente, hipotetiza-se que os indivíduos que apresentam níveis mais elevados de vergonha externa e que mais fazem julgamentos severos das suas emoções como sendo inaceitáveis, incontroláveis, indesejáveis e perigosas mais adoptem processos disfuncionais, como é o caso do evitamento experiencial, para lidar com as suas memórias emocionais de subordinação, com as suas emoções negativas sentidas como inaceitáveis, indesejáveis e aversivas e até mesmo com os pensamentos, emoções e sensações que estarão associados à experiência de vergonha externa, esperando-se que seja, pelo menos em parte, através do evitamento experiencial que estes *outputs* (tradutores da activação do sistema de defesa-ameaça) conduzam à presença de mais sintomas psicopatológicos. O modelo testado encontra-se representado na figura 6.

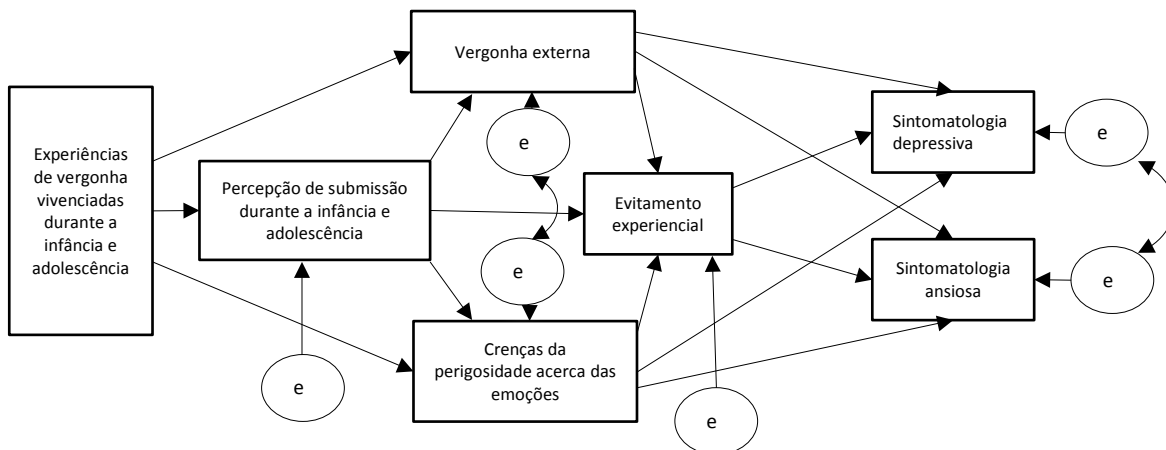


Figura 6. Modelo teórico explicativo da formação e funcionamento do sistema de protecção e defesa contra ameaças: a influência das experiências de vergonha e da percepção de submissão durante a infância e adolescência na vergonha externa, crenças de perigosidade acerca das emoções e evitamento experiencial. O papel mediador do evitamento experiencial na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e vergonha externa na sintomatologia depressiva e ansiosa.

O modelo final (aninhado) explica 40% da variabilidade da sintomatologia depressiva e 29% da variabilidade da sintomatologia ansiosa. As variáveis dependentes apresentam uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre si ($r=.58$; $p < .01$).

A análise dos resultados revelou que o efeito das *experiências de vergonha na infância* sobre a *vergonha externa* ocorre através da *percepção de subordinação na família*. Este efeito indirecto, cuja estimativa estandardizada corresponde ao produto dos coeficientes das trajetórias '*experiências de vergonha na infância*→*percepção de subordinação na família*' e '*percepção de subordinação na família*→*vergonha externa*', foi de $\beta=.349$. De acordo com o método bootstrap, como o zero não está incluído no IC 95% estimado [.283;.421] pode concluir-se que o efeito indirecto que ocorre através das *percepção de subordinação na família* é significativamente diferente de zero para um $p = .001$. No mesmo sentido, o efeito das *experiências de vergonha na infância* sobre as *crenças de perigosidade acerca das emoções* ocorre através da *percepção de subordinação na família*. O efeito indirecto, cuja estimativa estandardizada corresponde ao produto dos coeficientes das trajetórias '*experiências de vergonha na infância*→*percepção de subordinação na família*' e '*percepção de subordinação na família*→*crenças de perigosidade acerca das emoções*', foi de $\beta = .325$. Dado que o zero não está incluído no IC 95% estimado [.257; .393] pode concluir-se que o efeito indirecto é significativamente diferente de zero para um $p = .001$.

Os resultados mostraram, igualmente, que o efeito estandardizado da *percepção de subordinação durante a infância* sobre o *evitamento experiencial* apresenta um efeito total estandardizado de $\beta = .467$ (IC 95% = [.384; .548]; $p = .001$), sendo o efeito directo de $\beta = .144$ (IC 95% = [.047; .247]; $p = .006$), o efeito indirecto que ocorre através das *crenças de perigosidade acerca das emoções negativas* de $\beta = .203$ (.483x.420) e o efeito indirecto via a *vergonha externa* é de $\beta = .120$ (.518x.231). Dado que o zero não está incluído no IC de 95% estimado para o efeito indirecto total [.255; .390] podemos concluir que ambos os efeitos indirectos são significativamente diferentes de zero para um $p = .001$ e correspondem respectivamente a 43% (.203/ .467) e a 26% (.120/ .467) do efeito total das *experiências de subordinação vividas durante a infância* sobre o *evitamento experiencial*.

Adicionalmente, os resultados revelaram que o efeito das *crenças de perigosidade acerca das emoções negativas* sobre a *sintomatologia depressiva* é parcialmente mediado pelo *evitamento experiencial*, $\beta = .124$. A estimativa deste efeito indirecto foi enquadrada para um IC de 95% [.079; .183], sendo este efeito significativamente diferente de zero para um $p = .001$ (explica 30% do efeito total). Contudo,

mesmo quando se controla o efeito do *evitamento experiencial*, o efeito directo das *crenças de perigosidade acerca das emoções negativas* sobre a *sintomatologia depressiva* revela-se robusto ($\beta = .284$) e significativamente diferente de zero (IC 95% =] .167; .387[; $p = .001$). O efeito total, que corresponde à soma do efeito directo com o efeito indirecto foi de $\beta = .408$ (IC 95% =] .309; .500[para um $p = .001$).

No mesmo sentido, os resultados mostraram que o efeito das *crenças de perigosidade acerca das emoções negativas* sobre a *sintomatologia ansiosa* é parcialmente mediado pelo *evitamento experiencial*, $\beta = .074$. A estimativa deste efeito indirecto estandardizado foi enquadrada para um IC de 95%] .027; .135[, sendo este efeito significativamente diferente de zero para um $p = .006$ (explica 18% do efeito total). No entanto, uma vez mais, se verificou que mesmo controlando o efeito do *evitamento experiencial*, o efeito directo das *crenças de perigosidade acerca das emoções negativas* sobre a *sintomatologia ansiosa* se revela amplamente robusto $\beta = .335$ e significativamente diferente de zero (IC 95% =] .212; .441[; $p = .001$). O efeito total foi de $\beta = .408$ (IC 95% =] .306; .501[para um $p = .001$).

Também a *vergonha externa* exerce um efeito total estandardizado positivo e estatisticamente significativo sobre a *sintomatologia depressiva* de $\beta = .247$ (IC 95% =] .151; .343[; $p = .001$), sendo o efeito directo de $\beta = .178$ (IC 95% =] .073; .270[; para um $p = .001$), e o efeito indirecto, que ocorre através do *evitamento experiencial* de $\beta = .069$. Dado que o zero não está incluído no IC 95% estimado para o efeito indirecto] .038; .110[; para um $p = .001$, pode concluir-se que o efeito indirecto é significativamente diferente de zero e explica 28% (.069/ .247) do efeito total. De igual modo, o efeito total estandardizado da *vergonha externa* sobre a *sintomatologia ansiosa* é positivo e estatisticamente significativo $\beta = .161$ (IC 95% =] .045; .263[; $p = .009$), sendo o efeito directo de $\beta = .120$ (IC 95% =] .003; .228[; $p = .044$). Mais um vez, o *evitamento experiencial*, com um efeito indirecto estandardizado de $\beta = .041$, constitui-se como um mediador significativo da relação em análise (IC95%:] .013; .078[; para um $p = .007$), que neste caso explica 25% (.041/ .161) do efeito total.

Por fim, é necessário referir que a trajectória de covariância entre as variáveis *vergonha externa* e *crenças de perigosidade acerca das emoções* se revelou estatisticamente significativa ($r = .30$, $p < .001$). No sentido de avaliar se esta associação se revela importante para o modelo em análise foi removida esta trajectória correlacional, e avaliada a qualidade de ajustamento do novo modelo aninhado: $\chi^2(8, N=328) = 48.641$, $p < .001$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$) = 6.080, Comparative Fix Index (CFI) = .960, Tucker Lewis Index (TLI) = .895, Root-mean-square error of approximation (RMSEA) = .125; IC 90% =] .092; .159[. De facto, a remoção desta trajectória, torna significativamente pior a qualidade do ajustamento [$\chi^2_{Dif} = 29.816 > \chi^2_{0.95; (1)} = 3.841$], surgindo em consequência um Índice de Modificação superior a 11 (28.497; $p < .001$) sendo esperado que com a adição de uma trajectória ao modelo entre as referidas variáveis ocorreria uma diminuição no χ^2 de .119. Estes resultados, associados ao facto de se ter encontrado uma associação significativa entre a *vergonha externa* e as *crenças de perigosidade acerca das emoções*, demonstram que a covariância encontrada não traduz apenas um efeito espúrio, ou seja, que não se deve apenas ao facto de ambas as variáveis partilharem causas comuns (a recordação de experiências de vergonha durante a infância e a percepção de subordinação na família).

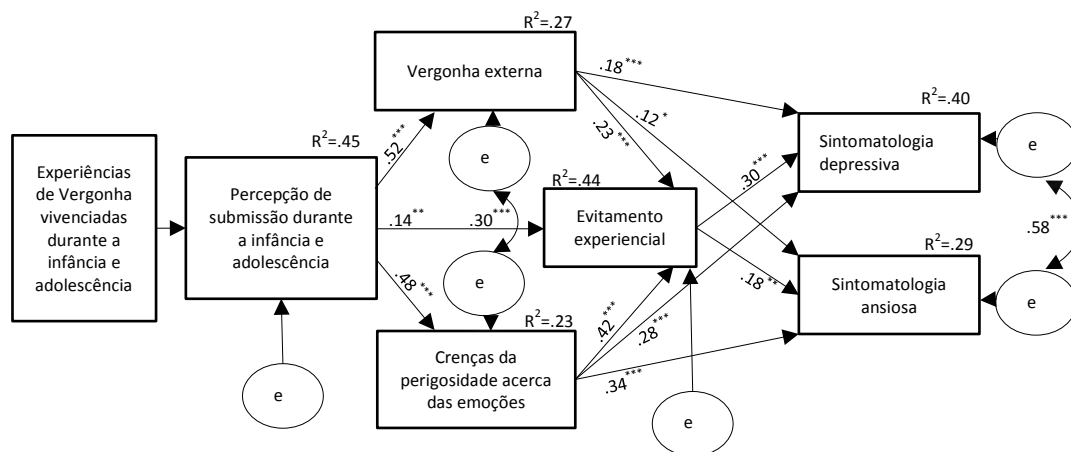


Figura 7. Modelo empírico da formação do sistema de protecção e defesa contra as ameaças: influência das experiências de vergonha e da percepção de submissão durante a infância e adolescência na vergonha externa, crenças de perigosidade acerca das emoções e evitamento experiencial. O papel mediador do evitamento experiencial na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e vergonha externa na sintomatologia depressiva e ansiosa. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

3.4. Discussão

Existem evidências clínicas e empíricas de que as experiências precoces, especialmente, as vividas na relação com as figuras parentais têm um impacto na maturação e funcionamento cerebrais (e.g., Balbernie, 2001; Glaser, 2000; Gilbert, 2006a; Nelson & Bosquet, 2000), nos processos neurofisiológicos e neuroquímicos envolvidos na regulação emocional (Cacioppo et al., 2000; Cozolino, 2007; Gerhardt, 2004; Hart et al., 1996; LeDoux, 20002; Schore, 1994, 1998, 2001b; Siegel, 2001), no desenvolvimento de esquemas eu-outros e eu-eu (Bowlby, 1969, 1973, 1988; Mikulincer & Shaver, 2005, 2007; Baldwin, 1992, 1997; Baldwin & Dandeneau, 2005; Gilbert, 1989, 1993) e nos estilos relacionais adoptados (Mikulincer & Shaver, 2005). Existe igualmente um número substancial de estudos que encontraram uma relação entre a vivência de experiências precoces adversas (e.g., negligência, criticismo, rejeição, abuso, sobre-protecção e/ ou ausência de calor emocional e de sinais de aprovação), vivenciadas na relação com as figuras parentais, e uma maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta (e.g., Bifulco & Moran, 1998; Brown & Anderson 1991; Chambers et al., 2004; Feldman & Gotlib, 1993; Gerlsma et al., 1990; Gilbert & Gerlsma, 1999; Maccoby, 1992; Mackinnon et al., 1992; Parker et al., 1999; Perris, 1994; Rutter et al., 1997; Schore, 1994), nomeadamente, depressiva e ansiosa (e.g., MacMillan et al., 1994; Mullen et., 1996; Parker, 1983; Perris, 1994; Stein et al., 1996; Wise et al., 2001).

Segundo o modelo tripartido dos sistemas de regulação do afecto, muitas das formas de psicopatologia, podem ser explicadas a partir do funcionamento de três sistemas de regulação do afecto _ o sistema de defesa e protecção contra as ameaças, o sistema de procura de recursos e incentivos e o sistema de contentamento, segurança e calor (Gilbert, 2005a, 2009a, Gilbert & Tirch, 2009; Kelly et al., 2012). Mais especificamente, Gilbert e Tirch (2009) postulam que diversas formas de psicopatologia estão associadas “a um processamento focado na ameaça e a esforços para regular a ameaça e ficar seguro” (p. 101), ou seja, à sobre-estimulação/ sobre-desenvolvimento do sistema de defesa e protecção contra as ameaças e à incapacidade/ dificuldade em aceder devido à sua sub-estimulação/ sub-desenvolvimento do sistema de contentamento, tranquilização e segurança (e.g., Gilbert, 2005a; Gilbert

& Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006), sendo este um dos factores transdiagnósticos mais importantes na vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert et al., 2009b).

Partindo deste modelo compreensivo, o presente estudo pretendeu estudar a adequação de um modelo teórico explicativo da formação e funcionamento do sistema de defesa e protecção contra as ameaças e do seu papel explicativo na psicopatologia. Mais especificamente pretendeu-se testar, numa amostra não-clínica, um modelo integrador explicativo da sintomatologia depressiva e ansiosa, que explorasse a relação entre possíveis variáveis distais (que se supõe estarem envolvidas na formação deste sistema, como é o caso das experiências precoces de vergonha e da percepção de subordinação no seio da família durante a infância) com variáveis mais proximais (como é o caso da vergonha externa, das crenças de perigosidade acerca das emoções e do evitamento experiencial).

Preliminarmente, as análises correlacionais conduzidas mostraram que todas as variáveis se encontravam significativamente associadas e no sentido esperado. Mais especificamente, os resultados obtidos apontaram desde logo para uma forte associação entre uma história passada de experiências de vergonha, crítica, desvalorização, rebaixamento e sarcasmo, ocorridas na relação com as figuras parentais (*e.g.*, “O meu pai/mãe fazia comparações negativas com o(s) meu(s) irmão(s) / irmã(s) ou com outras crianças da família”) e a recordação de se ter sido colocado numa posição de subordinação no seio da família (*e.g.*, “Em minha casa tinha que ceder frequentemente perante os outros”). Adicionalmente, verificou-se que quanto mais os indivíduos se sentiram subordinados e coagidos a se comportar de forma submissa no seio da família (durante a infância) mais estão predispostos a, no momento presente, reportar níveis elevados de vergonha externa (*i.e.*, mais manifestam preocupações relativas à sua apresentação social e mais acreditam que os outros os avaliam e julgam negativamente), mais relatam crenças de perigosidade acerca das suas emoções (julgando-as, severamente, como avassaladoras, incompreensíveis, inaceitáveis e perigosas) e mais esforços empregam no sentido de controlar, escapar ou evitar experiencialmente dos seus eventos internos indesejados e aversivos e/ ou dos contextos que os ocasionam. Por último, verificou-se que níveis mais elevados de vergonha externa, de crenças de perigosidade acerca das emoções e de evitamento experiencial estão associados à presença de mais sintomas psicopatológicos de ansiedade e depressão.

Em seguida, e perante os resultados obtidos, foi testado um modelo de tripla mediação.

Em relação ao primeiro efeito indirecto testado, os resultados das análises conduzidas sugerem que, de entre os indivíduos que se recordavam de terem sido expostos, de forma sistemática e repetida, a experiências de crítica, rebaixamento, desvalorização e comparação social desfavorável por parte das suas figuras parentais, foram os que a partir dessas experiências de vergonha se sentiram subordinados no seio da família e coagidos a actuar de forma submissa durante a sua infância, que no momento presente apresentam níveis mais elevados de vergonha externa e que apresentam mais crenças negativas acerca das suas emoções. Dito de outro modo, verificou-se que o efeito das experiências precoces de vergonha numa mais elevada vergonha externa e num julgamento mais negativo acerca das emoções ocorria, indirectamente, através da recordação de se ter ocupado uma posição de subordinação no seio da família. Um resultado interessante foi o de que estas memórias de subordinação, que estão enraizadas em experiências precoces de vergonha, parecem prever no momento actual de forma equitativa, quer uma percepção do mundo externo/social como ameaçador (*i.e.*, percepção esta que se traduz numa elevada vergonha externa, e como tal, na avaliação dos outros como críticos, rejeitadores e hostis), quer uma percepção do mundo interno/pessoal também ele como ameaçador (na medida em que as suas emoções ao serem avaliadas como incontroláveis, avassaladoras, inaceitáveis e perigosas constituem uma ameaça interna ao próprio eu). E apesar de não se poderem derivar conclusões relativas à direcção de causalidade ou ordem temporal das variáveis (dada a natureza transversal do estudo), é interessante verificar que as recordações associadas ao sentir-se subordinado no seio da família durante a infância, não estão ‘apenas’ associadas/ não têm ‘apenas’ um impacto na regulação das relações externas (*i.e.*, numa visão dos outros como dominantes, hostis e poderosos que

está presente nos indivíduos com uma elevada vergonha externa) mas que têm também um impacto no modo como o indivíduo avalia as suas próprias emoções (e possivelmente outras características/ aspectos da sua auto-identidade).

Mais especificamente, um dos resultados obtidos, sugere que uma história passada de experiências de desvalorização, crítica, comparação social desfavorável e rebaixamento (*i.e.*, de vergonha), na relação com as figuras parentais, prediz uma maior predisposição para experienciar vergonha externa na idade adulta, por via da emergência de um sentimento de subordinação e da adopção de comportamentos de submissão no seio da família durante a infância. De facto, encontramos na literatura um número substancial de estudos que sugerem que uma maior predisposição para a vergonha na idade adulta está enraizada numa história marcada pela ocorrência de experiências adversas, vivenciadas precocemente na relação com as figuras parentais, cuja natureza pode ir desde experiências repetidas de negligência emocional, indiferença, rejeição, abandono, isolamento social forçado, desprezo, rebaixamento, ser envergonhado, crítica, sobreprotecção/ sobre-controlo, ausência de cuidados/ afecto, parentificação, preferência (real ou percebida) por um irmão e/ ou exposição a mensagens/ avaliações parentais negativas que reflectem desapontamento, crítica e rejeição (e.g., Bifulco & Moran, 1998; Claesson & Sohlberg, 2002; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Lutwak & Ferrari, 1997; Tangney & Dearing, 2002; Webb, Heisler, Call, Chickering, & Colburn, 2007; para uma revisão ver também por Mills, 2005), até relatos de 'abuso emocional' por parte dos pais (Hoglund & Nicholas, 1995) ou de se ter sido vítima abuso físico e/ ou sexual durante a infância (Andrews, 1995, Andrews & Hubter, 1997; Kim, Talbot, & Cicchetti, 2009; Talbot, Talbot & Tu, 2004). Neste sentido, os resultados obtidos são concordantes com a ideia de que a vergonha está enraizada em representações negativas do eu que resultam da vivência de experiências precoces adversas (e.g., Kaufman, 1992; Nathanson, 1994), entre as quais, como sugerem os resultados do presente estudo, experiências de vergonha vividas na relação com as figuras parentais. Neste sentido, o que os resultados do presente estudo parecem acrescentar é que possivelmente as experiências precoces de crítica, desvalorização, rejeição e rebaixamento contribuem para uma maior predisposição para a vergonha externa porque traduzem situações em que o indivíduo (na altura criança) foi colocado involuntariamente numa posição de inferioridade perante uma figura parental dominante e mais poderosa. Ou seja, é possível de que de entre os indivíduos expostos a experiências de crítica, desvalorização e rebaixamento, somente aqueles que se sentiram coagidos a ocupar uma posição indesejada de subordinação e a se comportar de forma submissa no seio da família é que experienciam níveis mais elevados de vergonha externa na idade adulta.

Estes resultados são concordantes com os encontrados em estudos prévios que já haviam apontado quer para a existência de uma possível relação, entre a recordação de se ter sido subordinado⁹² durante a infância e a recordação de comportamentos parentais negativos, de rejeição, sobreprotecção e de ausência de calor emocional⁹³, quer para a existência de uma associação entre a recordação de se ter sido subordinado durante a infância e níveis mais elevados de vergonha externa na idade adulta (Gilbert et al., 2003). No entanto, o presente estudo vem ainda complementar estudos anteriores que já tinham demonstrado a possibilidade das memórias emocionais de subordinação e submissão mediar a relação entre a recordação dos comportamentos parentais de rejeição e o auto-criticismo (eu-inadequado⁹⁴; Richter et al., 2009) ao apontarem para que não seja tanto a frequência com que ocorreram as experiências de vergonha (*i.e.*, os episódios de desvalorização, crítica, humilhação, gozo e rebaixamento) mas, sobretudo, o facto de em resultado destas experiências o indivíduo se ter visto forçado a adoptar uma posição de subordinação involuntária ou indesejada no seio da sua família e a ter

⁹² Avaliadas através do *Early Life Experience Scale* (ELES: Gilbert et al., 2003; traduzido para a língua portuguesa por Lopes & Pinto Gouveia, 2005a).

⁹³ Estas três dimensões foram avaliadas através do *Egna Minnen Barndoms Uppfostran: 'ones memories of upbringing'* (EMBU: Perris, Jacobsson, Lindström, Von Knorring, & Perris, 1980; versão reduzida de Arrindel et al., 1999).

⁹⁴ Avaliado através do *Forms of Self Criticism and Self Reassuring Scale* (FSCSR: Gilbert et al., 2004).

que se comportar de forma submissa (possivelmente, porque nesse ambiente hostil seria o mais adaptativo e protector a fazer) que parece predizer níveis mais elevados de vergonha externa na adultez.

Interpretando-se este resultado à luz do modelo tripartido dos sistemas de regulação do afecto (e em particular a partir da teoria do posto social em que esta assenta), pode dizer-se que os resultados obtidos fornecem suporte empírico ao pressuposto de que nestes contextos (de ameaça) as relações pais-criança podem ser equacionadas como relações hierárquicas de poder (e.g., Gilbert et al., 2003), tradutoras da relação entre um dominante poderoso, hostil e ameaçador e um subordinado vulnerável perante os seus ataques e rejeições (Gilbert, 2001b, 2004b, 2005a, Gilbert & Irons, 2005). De facto, quando uma criança é criticada, rebaixada, rejeitada e desvalorizada pelos seus pais, ela está a receber mensagens (sinais sociais), de que aos seus olhos, ela é pouco atractiva e indesejável, de que possui traços, características e/ ou comportamentos negativos, ou de que lhe faltam características positivas valorizadas, que a façam ser capaz de gerar aceitação, aprovação, desejabilidade e afecto positivo na mente dos outros a seu respeito (e esta de facto é a essência da vergonha externa; e.g., Gilbert, 1998a, 2000a, 2002a, 2005a, 2006a, 2007a). Segundo Loader (1998) uma “criança abusada, independentemente do tipo de maus-tratos, é deixada a concluir que a dor que sente às mãos dos pais é sua culpa, merecida por causa do *modo como ela é*. Esta conclusão pode bem ser mantida, ou mesmo reforçada, pela afirmação parental explícita de que o seu tratamento para com a criança é *para seu próprio bem*. A necessidade primordial da criança em acreditar que os seus pais se preocupam consigo levam-na a concluir que há algo de fundamentalmente errado consigo _ e logo, a experienciar um sentido de vergonha generalizado e para toda a vida” (p. 52-53). Logo, neste sentido os resultados obtidos corroboram a ideia de que uma criança quando é repetidamente exposta a experiências de ameaça, vergonha, negligência, crítica, rejeição e abuso, ela tende a internalizar esquemas mentais dos outros como sendo indisponíveis, não confiáveis e hostis e do eu como sendo incompetente, incapaz, sem valor e indesejável (Baldwin & Dandeneau, 2005; Irons & Gilbert, 2005; Gilbert, 2009e; Mikulincer & Shaver, 2004, 2005; Schore, 1994), ou dito de outro modo, a desenvolver representações dos outros como hostis, poderosos e dominantes e do eu como sendo frágil, submisso e vulnerável (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 2000b). Neste âmbito, o que o presente estudo vem acrescentar é que possivelmente um dos mecanismos que conduz a que um ambiente precoce hostil (de marcada vergonha, desvalorização, crítica e punição) leve a criança a desenvolver essa visão negativa dos outros (capturada no presente estudo pelo constructo de vergonha externa) é a vivência que uma criança exposta a esse ambiente tem de que lhe foi imposta a adopção de uma posição indesejável e involuntária de subordinação. Mais especificamente, o que os resultados do presente estudo parecem sugerir é que a verdadeira natureza patogénica das experiências precoces de vergonha e o mecanismo que explica o impacto que estas experiências têm ao predizerem uma vergonha externa mais elevada, é a emergência de um sentimento de subordinação (de baixo estatuto social) perante uma figura parental que é claramente dominante e poderosa. Neste sentido, os resultados obtidos corroboram a ideia defendida por alguns investigadores de que certas experiências precoces adversas conduzem a que a criança se veja a si própria como estando numa posição de subordinada, de inferioridade, como sendo pouco atractiva aos olhos dos outros (Gilbert et al., 1996). Mas este resultado ganha ainda especial relevância se tivermos em mente que o perpetrador do ataque, da crítica e da desvalorização é precisamente ‘aquele’ que deveria estimular o desenvolvimento do seu sistema de afiliação-tranquilização, que deveria ter actuar como um importante agente de segurança e tranquilização e fonte para o desenvolvimento de uma visão dos outros como confiáveis, prestativos e calmantes e de si como tendo valor, como sendo desejável e atractivo aos olhos dos outros, como alguém com quem se quer estar e que desempenha um papel importante na relação. Pelo contrário, contudo, o que se verifica é que não só as suas figuras de vinculação se mostraram indisponíveis e não-responsivas, como elas próprias são as fontes causadoras da ameaça (Perry et al., 1995). Segundo Liotti (2000, tal como descrito em Cree, 2010) isto conduz a que criança viva num dilema entre cumprir a sua motivação inata para procurar um agente externo de tranquilização e o seu medo aprendido de que deve evitar fazê-lo.

Um segundo aspecto dos resultados obtidos é que eles reforçam a ideia de que uma criança quando exposta a um ambiente precoce adverso aprende a desempenhar os papéis sociais que nesse contexto hostil são os mais adaptativos e vantajosos para lidar com essa ameaça (Goss & Allan, 2010), nomeadamente, o assumir de uma posição de subordinado e actuar de forma submissa no seio da família, tal como sugerem os resultados do presente estudo. De facto, de acordo com a literatura, a função destes comportamentos de submissão será a de enviar sinais de reconhecimento, de que o eu se encontra numa posição social inferior (Keltner, 1995) em relação à do potencial atacante (percepcionado como dominante), e deste modo tentar apaziguá-lo (*i.e.*, evitar potenciais actos de retaliação, agressões e/ou conflitos) e inibir ou limitar o dano de possíveis ataques (Gilbert, 1989, 1992, 1997, 2000a, 2000b, 2000c, Gilbert et al., 1995, 1997; Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998). Como tal o que os resultados obtidos apoiam é a ideia de que de facto a exposição sistemática a experiências de vergonha conduz possivelmente ao desenvolvimento de uma orientação defensiva para com o mundo social que passa pela adopção de comportamentos de submissão defensiva (como sugerem os resultados do presente estudo), mas também por outras formas descritas na literatura entre as quais o evitamento, o apaziguamento e o controlo das relações sociais através da agressão (Gilbert & Turch, 2009; Gilbert, 1993, 2002a, 2005a, 2007a, 2009c; Irons & Gilbert, 2005). E se esta orientação defensiva se traduz, igualmente, numa excessiva confiança nos seus sistemas de processamento de ameaça, numa maior atenção e sensibilidade a possíveis ameaças, numa maior preocupação com questões relacionadas com as hierarquias de inferioridade-dominância/ comparação social e com a necessidade de competir e de ganhar controlo sobre recursos (Gilbert, 1992a, 1993, 2005a, 2007a, 2009c; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Irons & Gilbert, 2005; Sloman, Gilbert, & Hasey, 2003), os resultados do presente fornecem suporte empírico à ideia de que esta orientação defensiva compreende igualmente uma maior preocupação com a sua apresentação social (Gilbert, 2006b), com o *'modo como o eu existe na mente dos outros'* (Gilbert, 1997; 1998a), tendendo os indivíduos cuja orientação defensiva advém de recordações de subordinação a tenderem a acreditar que os outros os olham de cima para baixo, os vêem negativamente, de modo condenatório, hostil e desdenhoso, como sendo globalmente inferiores, inadequados, defeituosos, repugnantes, sem-valor, fracos e/ ou maus (Gilbert, 1992, 1997; 1998a, 2002a, 2006a; Gilbert, Pehl, & Allan, 1994; Gilbert & Procter, 2006), e como tal, de que têm que permanecer alerta, vigilantes ao poder de estes para os controlarem, magoarem, criticarem rejeitarem ou atacarem o eu.

Um segundo resultado interessante do presente estudo foi a constatação de que uma história marcada pela ocorrência de experiências de vergonha prediz igualmente a formação de crenças de perigosidade acerca das emoções na idade adulta, sendo esta relação mediada igualmente pela recordação de se ter sido colocado numa posição de inferioridade, de subordinação involuntária e indesejada, no seio da família durante a infância. E apesar de não existirem na literatura estudos que tenham investigado a associação entre estas variáveis, tendo como ponto de partida o modelo tripartido de regulação emocional, algumas explicações podem ser avançadas para os resultados encontrados.

A primeira é que de entre as experiências de vergonha ocorridas na relação com os pais, alguns dos episódios de desvalorização, crítica, rebaixamento e sarcasmo possivelmente tiveram como alvo as emoções⁹⁵ (*e.g.*, “O meu pai/mãe lembrava-me frequentemente de situações em que eu me tinha sentido embaraçado”, “Quando estava irritado/a o meu pai/mãe fazia comentários depreciativos em relação a mim”) e, neste sentido, essas experiências podem ter feito parte dos episódios evocados (*i.e.*, das memórias emocionais recordadas) aquando o preenchimento do questionário de experiências emocionais de vergonha. Adicionalmente, pode equacionar-se a possibilidade de que uma criança que cresce, num ambiente de elevada vergonha, crítica, desvalorização e rebaixamento, e que se tenha

⁹⁵ Este será precisamente o objectivo do estudo IV apresentado mais abaixo.

sentido sob constante escrutínio por parte das suas figuras parentais, que chegue à conclusão de que existem características, traços e/ ou comportamentos seus (como é o caso das emoções) que se tornaram alvo de crítica, sarcasmo ou ataque por parte das suas figuras parentais. De facto, sabe-se que à medida que a criança vai desenvolvendo um conjunto de competências (a teoria da mente, a auto-consciência simbólica, a meta-cognição e a capacidade para construir a sua auto-identidade), ela passa a não só ser capaz de pensar sobre o que outros pensam e sentem acerca de si como pode igualmente avaliar-se e julgar-se a si própria (Gilbert & Tirch, 2009). De facto, o que os resultados obtidos parecem sugerir é que a exposição precoce a um ambiente ameaçador não conduz somente a que a criança passe a estar atenta e vigilante a possíveis ameaças e ataques que lhe sejam endereçados pelas figuras parentais, mas também que, nesse contexto ela aprende, igualmente, a estar focada em si mesma, e em possíveis aspectos, características, traços e/ ou comportamento seus que são passíveis de desencadear ou manter potenciais ataques. De facto, de acordo com a literatura, em resultado da internalização das experiências precoces, os esquemas relacionais (que traduzem a relação eu-outros) vão tornar-se a base para as auto-avaliações e para os sentimentos e experiências eu-eu subsequentes, o que significa que a criança vai passar a auto-avaliar-se e relacionar-se consigo própria no mesmo sentido que os outros o fizeram (Baldwin, 1992, 1997; Baldwin & Dandeneau, 2005). Como tal, uma criança que foi exposta a um ambiente ameaçador é provável que ela internalize esquemas mentais dos outros como sendo indisponíveis, não confiáveis e hostis e do eu como sendo incompetente, incapaz, sem-valor e indesejável (Baldwin & Dandeneau, 2005; Irons & Gilbert, 2005; Gilbert, 2009e; Mikulincer & Shaver, 2004, 2005; Schore, 1994). Adicionalmente, se tivermos em consideração, que os indivíduos tendem a internalizar para a relação eu-eu, as mesmas competências e sistemas de processamento que usam para regulação das relações que estabelecem com os outros (Gilbert, 2000b, 2000c, 2005b; Gilbert et al., 2006), é expectável considerar que quando a criança estabelece uma relação de dominância-submissão com os pais, e estes se revelam severamente críticos para consigo, que em resultado da internalização desses esquemas relacionais, ela se torne severamente crítica em relação a si mesma. Dito de outro modo, é possível que à medida que ocorre a internalização das experiências de vergonha, e sobretudo de um sentimento de subordinação, a criança se passe a avaliar do mesmo modo que os outros o fizeram, e se os outros porventura criticaram, gozaram ou puniram a experiência emocional então é possível que ao internalizar as críticas que lhe foram dirigidas a criança passe a julgar as suas emoções do mesmo modo que os outros o fizeram. Neste contexto, é legítimo equacionar que a criança passe a adoptar comportamentos de submissão perante o potencial atacante (a figura parental) na tentativa de parar com os seus ataques, de o apaziguar, de lhe emitir sinais de que se encontra numa posição inferior e, até possivelmente, por ser mais protector, que procure corrigir em si 'aquilo' que são as falhas apontadas na crítica/ ataque que lhe são dirigidos. De facto, na literatura encontramos evidências de que a experiência de se viver na mente dos outros como uma pessoa pouco atractiva, rejeitável e indesejável está associada a um conjunto de comportamentos defensivos (Gilbert, 1998a), tais como o evitamento do contacto ocular, postura retraída, desejo de escapar, fugir, desaparecer, esconder ou encobrir deficiências/ evitar exposição e permanecer invisível aos olhos dos outros (*e.g.*, Gilbert, 1998a, 2002a, Lewis, 1971, M. Lewis, 1992; Loader, 1998; Tangney, 1990, 1995b; Tangney & Dearing, 2002; Tangney, Miller, Flicker, & Barlow, 1996) que têm como função enviar um sinal de reconhecimento de que o indivíduo se encontra numa posição social inferior (Keltner, 1995), esperando-se que isso o apazigúe, que reduza potenciais agressões e/ou conflitos, ou seja, a sua intenção hostil para com o eu, e limitando ou inibindo deste modo o dano de possíveis ataques (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1992a, 1997, 2000a, 2000b; Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998).

Mas existe ainda uma segunda explicação para as relações encontradas interligada à anteriormente descrita. É que ao mesmo tempo que a criança forma esquemas representacionais dos outros, de si e dos outros na relação consigo (em resultado das experiências que vivencia na relação com as figuras parentais), essas mesmas representações contêm igualmente expectativas relativas à experiência de emoções negativas, assim como regras de como as experienciar, expressar e regular (Bowlby, 1969). De

facto, uma segunda consequência de se ter crescido num ambiente ameaçador é a indisponibilidade e/ou não-responsividade das figuras parentais para proporcionar sentimentos de segurança e protecção em situações de perigo, ou para actuarem como fonte de alívio em momentos de perturbação emocional (aliás, são elas frequentemente a fonte dessa perturbação; Bowlby, 1973; Mikulincer et al., 2003). Ou seja, não houve uma 'base segura' para onde regressar nos momentos em que se sentiram ameaçados para obter conforto, tranquilização e protecção (e.g., Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1969, 1973, 1988; Cassidy & Shaver, 1999; MacDonald, 1992; Mikulincer & Shaver, 2005). Pelo contrário, o que possivelmente lhes aconteceu é que sempre que emitiram sinais de perturbação, desencadearam da parte das figuras parentais comportamentos de controlo, desvalorização ou ataque. Em consequência, foram aprendendo que os 'outros' não são fonte de tranquilização/ segurança mas sim de ameaça (Gilbert, 2005a; Mikulincer & Shaver, 2004) _ dado que da parte destes não irão receber sinais positivos de cuidado, suporte e bondade que os ajudariam a acalmar e a tranquilizar-se em momentos de perturbação (Bowlby, 1969). Se tivermos em consideração que as figuras parentais são, desde os primeiros dias de vida, a principal fonte de regulação emocional da criança (Gerhardt, 2004), então podemos depreender que a estas crianças não lhes foi proporcionada a vivência de experiências emocionais de tranquilização para que elas aprendessem a lidar com as suas emoções desconfortáveis e, como tal, para que desenvolvessem competências de auto-tranquilização/ auto-acalmia (Bowlby, 1973, 1988; Gilbert & Procter, 2006; Siegel, 1999; Soufre, 1996) e uma visão positiva das suas emoções (Leahy, 2005a). Neste sentido, os resultados obtidos parecem é, ao invés, sugerir que um passado marcado pela ocorrência de experiências de vergonha, dificulta ou impede, por intermédio da adopção de uma posição de subordinação, o desenvolvimento de competências de regulação emocional (de auto-acalmia e auto-tranquilização), o que possivelmente conduz a que estes indivíduos na idade adulta estejam mais predispostos a avaliar mais negativamente as suas emoções como inaceitáveis, incontroláveis e perigosas. De facto, alguns investigadores colocam a possibilidade de os indivíduos que vivenciaram episódios de abuso e negligência em idades precoces, quando emocionalmente perturbados na idade adulta, pelo facto de terem poucas memórias emocionais de se terem sentido amados ou desejados a que possam aceder (Gilbert, 2009b), em resultado da sub-estimulação do seu sistema de tranquilização e acalmia, em parte, devido à ausência de sinais sociais positivos de calor, acalmia e tranquilização recebidos por parte das suas figuras parentais (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006), estejam impossibilitados de aceder a este sistema e utilizá-lo enquanto regulador das ameaças/ afecto (Schore, 1994), o que poderá explicar a avaliação negativa das suas emoções e vivência que delas têm como estímulos internos de ameaça (o que perpetua o ciclo e reforça a activação do sistema de defesa-ameaça).

Em relação à segunda mediação testada, os resultados do presente estudo apontam, tal como previsto, que são os indivíduos que mais se recordam de terem sido forçados pelos seus pais a adoptar uma posição de subordinação involuntária durante a infância que mais tendem na idade adulta a apresentar níveis mais elevados de evitamento experiencial, sendo que, esta relação parecer ser, pelo menos em parte mediada, por uma maior tendência para se acreditar que se é avaliado e julgado negativamente pelos outros (*i.e.*, por uma maior vergonha externa) e, por outro lado, pela presença de crenças de perigosidade acerca das emoções. Dito de outro modo, são em parte os indivíduos que em resultado das experiências de subordinação ocorridas no seio da família que mais reportam vergonha externa e que crenças negativas acerca das suas emoções apresentam, que obtiveram pontuações mais elevadas de evitamento experiencial. E apesar de na literatura não serem conhecidos até ao momento estudos que tivessem avaliado a relação entre estas variáveis, o modelo tripartido de regulação do afecto, permite-nos colocar algumas hipóteses explicativas para os resultados encontrados.

De acordo com a literatura, um indivíduo que experiencia níveis elevados de vergonha externa, e como tal, que acredita que os outros o olham de cima para baixo, o vêem negativamente, de modo condenatório, hostil e desdenhoso, como sendo globalmente inferior, inadequado, defeituoso, repugnante, sem valor, fraco e/ ou mau (Gilbert, 1992, 1997; 1998a, 2002a, 2006a; Gilbert, Pehl, & Allan,

1994; Gilbert & Procter, 2006) está sob risco de vir a ser a ser rebaixado, criticado, evitado, passado para trás, não ser escolhido e incluído ou até mesmo de vir a ser activamente rejeitado, excluído, ostracizado e/ ou perseguido (Gilbert, 1998a, 2002a, 2006a, 2007a; Gilbert & McGuire, 1998). Por esse motivo, e de acordo com o modelo teórico do funcionamento do sistema de protecção das ameaças, esta ameaça social à reputação do indivíduo (à possível perda da sua aceitabilidade e atractividade por parte dos outros) e, conseqüentemente, à posição que ele ocupa na hierarquia social conduz à activação/ recrutamento de um conjunto de comportamentos/ estratégias defensivas que visam evitar ou limitação esses potenciais (Goss, Gilbert, & Allan, 1994; Gilbert, Allan & Goss, 1996; Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998) como anteriormente referido. Neste sentido, o que o presente estudo vem acrescentar é que esta emergência de vergonha externa que está enraizada em recordações de subordinação, parece estar igualmente associada a uma incapacidade para permanecer em contacto com os eventos privados conduzindo à activação de esforços deliberados para controlar ou alterar a forma, a frequência ou a intensidade das experiências privadas (*e.g.*, sensações corporais, pensamentos, emoções, memórias, imagens, predisposições comportamentais) ou dos contextos que as ocasionam (*e.g.*, Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996; Hayes, 1994, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Ciarrochi, Bilich, & Godsell, 2010). De facto, recentemente Gilbert (2010b) veio colocar a hipótese de um dos 'problemas' do sistema de ameaça é que a sua activação está associada ao uso de determinadas formas de coping (*e.g.*, evitamento experiencial, e estratégias de segurança inúteis) que em sua opinião acentuam o sentido de ameaça que perpetuam o ciclo vicioso. Se tivermos em consideração que o evitamento experiencial compreende um conjunto de estratégias de regulação emocional (*e.g.*, supressão, coping evitante, ruminação, dissociação) cuja função é o evitamento, o controlo e o escape dos eventos privados indesejados e aversivos (Boulanger et al., 2010; Kashdan et al., 2006; Kring & Sloan, 2010; Levin & Hayes, 2011) e de que este processo se torna patológico quando é implementado de forma rígida e inflexível (Kashdan et al., 2006), então o que os resultados do presente estudo parecem sugerir é que os indivíduos com mais vergonha externa recorrem não só a estratégias de submissão defensiva (amplamente referidas na literatura) como igualmente tendem a utilizar estratégias de regulação emocional disfuncionais cuja função é o evitamento experiencial dos seus eventos internos. De referir que estes eventos em relação aos quais o indivíduo emprega esforços para experiencialmente os evitar e que estão associados à vergonha externa podem ser, possivelmente, as emoções (ansiedade, nojo) e cognições (associadas ao modo como indivíduo acredita que os outros o avaliam) que estão associadas à activação dos seus sistemas de defesa, mas também, possivelmente, as suas próprias memórias emocionais (*e.g.*, de abuso, criticismo, abandono, rejeição) e de subordinação que ao funcionarem como estímulos internos condicionados de ameaça gravados na memória autobiográfica quando activados no momento presente são vivenciados como aversivos e indesejáveis e nesse sentido poderão desencadear níveis mais elevados de evitamento experiencial.

Mas os resultados do presente estudo sugerem igualmente que uma outra via pela qual as recordações de subordinação e a adopção de uma postura submissa parecem conduzir a um nível mais elevado de evitamento experiencial é pelo facto de estarem associadas a avaliações mais negativas das emoções experienciadas na idade adulta. Neste âmbito, o presente estudo veio complementar estudos prévios, de que as experiências precoces adversas podem estar na origem do evitamento experiencial na idade adulta (*e.g.*, Batten et al., 2001; Carvalho et al., 2013, Chawla & Ostafin, 2007; Gratz et al., 2007) e do seu possível papel mediador na relação entre as experiências precoces adversas e a psicopatologia na idade adulta (*e.g.*, Briggs & Price, 2009; Merwin et al., 2009; Orcutt et al., 2005; Marx & Sloan, 2002; Polusny et al., 2004; Rosenthal et al., 2005; Rosenthal et al., 2006), ao sugerir que uma história passada de experiências de vergonha e de se ter sido subordinado no seio da família poderá igualmente contribuir para a emergência de níveis elevados de evitamento experiencial em parte por conduzir à formação de mais crenças negativas acerca das emoções. Em concreto, o que os resultados do presente estudo são concordantes com o modelo dos esquemas emocionais de Leahy (2001, 2005a), que considera a possibilidade dos indivíduos poderem desenvolver um conjunto de reacções negativas de ameaça em

resposta aos seus próprios eventos internos (motivos, desejos, fantasias, emoções) sendo que isso acontece quando estes eventos internos estão associados a um conjunto de crenças negativas (a avaliações de que são avassaladores, motivo de vergonha pessoal, incontrolláveis, inaceitáveis, entre outras) que os vão tornar eles próprios estímulos internos de ameaça. Adicionalmente, o modelo dos esquemas emocionais propõe que estas interpretações negativas ao contribuir para uma visão das emoções como problemáticas, fomentam por sua vez o uso de estratégias de regulação emocional ineficazes e disfuncionais como é o caso da ingestão compulsiva, do abuso de álcool e drogas, da dissociação, do entorpecimento e da ingestão compulsiva (entre outras estratégias) que visam o evitamento, escape ou término da experiência emocional (Leahy, 2007b, 2011) sendo que muitas destas estratégias podem ser colocadas sob a categoria de evitamento experiencial (e.g., Chawla & Ostafin, 2007; Kashdan et al., 2006). Neste sentido, e ainda que escassos, os resultados do presente estudo são concordantes com os obtidos em estudos prévios que encontraram uma associação entre os esquemas emocionais (avaliados pelo *Leahy Emotional Schemas Scale*, 2002a) e o evitamento experiencial/inflexibilidade psicológica (e.g., Tirch et al., 2009; Silberstein, et al., 2012; Tirch et al., 2012). Por exemplo, num dos estudos conduzidos, numa amostra clínica, verificou-se que o evitamento experiencial/inflexibilidade psicológica (avaliados através do *Acceptance and Action Questionnaire – II* - 7 itens; Bond et al., 2011) se mostrava negativamente associado às dimensões que se referem aos esquemas emocionais mais positivos, adaptativos e flexíveis (validação, compreensibilidade, valores elevados, controlo, consenso, aceitação e expressão) e, pelo contrário, positivamente associados às dimensões que se referem aos esquemas emocionais mais negativos, desadaptativos e rígidos (culpa, visão simplista acerca das emoções, necessidade excessiva de ser racional, duração, ruminação, entorpecimento e culpabilizar os outros). Como tal, o que os resultados do presente estudo parecem acrescentar a estes estudos é que a origem das crenças negativas que os indivíduos apresentam acerca das suas emoções poderá estar enraizada em experiências de subordinação no seio da família (na medida em que estas envolvem a desvalorização, a crítica, a rejeição e a punição do indivíduo, na altura criança, por parte das suas figuras parentais) e, adicionalmente, que será por intermédio das crenças de perigosidade acerca das emoções que esta vivência de subordinação parece exercer o seu impacto no evitamento experiencial.

Existe contudo um dado a respeito dos resultados encontrados que merece menção, e que é o facto do impacto das recordações de subordinação continuar a predizer um nível mais elevado de evitamento experiencial, mesmo quando se controla estatisticamente o efeito da vergonha externa e das crenças de incontrollabilidade acerca das emoções. E apesar da magnitude do efeito encontrado não ser muito expressiva, este resultado poderá significar que existem outros possíveis mecanismos mediadores contemplados no modelo ou de que possivelmente a recordação de se ter sido subordinado no seio da família continua no momento presente a contribuir para a presença de níveis mais elevados de evitamento experiencial. De facto, é possível colocar a hipótese de que as memórias de se ter sido coagido a ocupar uma posição de subordinação durante a infância estejam possivelmente associadas a pensamentos, emoções e sensações físicas negativas emocionalmente dolorosas, até porque, como o demonstraram os resultados do presente estudo, esta percepção de subordinação resulta da ocorrência de experiências de vergonha em que o indivíduo, na altura criança, foi severamente criticado, rebaixado, comparado desfavoravelmente, rejeitado e punido e das quais não lhe foi possível escapar por terem ocorrido na relação com as suas figuras parentais, que claramente sobre ele exerciam uma posição dominante, poderosa e hostil. Como tal, é possível colocar a hipótese de que os indivíduos expostos a ambientes precoces hostis (que funcionam numa estrutura de ranking) vão aprender a utilizar estratégias que servem uma função de evitamento experiencial de modo a escaparem, controlarem ou evitarem os eventos privados negativos que estão associados às suas memórias emocionais de vergonha e subordinação.

E de facto, a este respeito, encontramos estudos na literatura que demonstraram que um aspecto relevante no funcionamento do sistema de protecção contra as ameaças é precisamente o de que as

próprias memórias emocionais (*e.g.*, quando associadas a uma história passada de abuso, criticismo, abandono, rejeição) poderem funcionar como estímulos internos ameaçadores capazes de activar (de forma automática devido aos processos de condicionamento característicos deste sistema) estratégias defensivas que visam a auto-protecção (Gilbert, 2005a, 2009a, 2010a). Alguns estudos que têm vindo a ser desenvolvidos no âmbito das memórias emocionais de vergonha têm vindo mesmo a reunir evidências de que as experiências de vergonha (vivenciadas durante a infância e adolescência) que funcionam como pontos de viragem na história de vida, como componentes centrais para a organização da identidade auto-biográfica e como pontos de referência relevantes para as inferências do dia-a-dia predizem não só níveis mais elevados de vergonha externa e interna na idade adulta, como também a centralidade das memórias de vergonha prediz a sintomatologia depressiva, ansiosa e associada ao stresse, mesmo quando se controla o nível de vergonha corrente (Pinto-Gouveia & Matos, 2011). Adicionalmente é ainda possível que as memórias de vergonha possam funcionar do mesmo modo que as memórias traumáticas (Gilbert, 2002a; Gilbert & Perris, 2000), com alguns estudos a demonstrar que os indivíduos que se recordam de terem vivenciado experiências de vergonha (durante a infância e adolescência), que estão associadas a uma fenomenologia traumática (*i.e.*, que se caracterizam pela presença de sintomas de intrusão, evitamento e hiper-activação), apresentam não só na idade adulta mais vergonha externa e interna, como também estas experiências com características traumáticas tendem a moderar o impacto da vergonha corrente na sintomatologia depressiva (Matos & Pinto-Gouveia, 2010).

Paralelamente alguns estudos no âmbito do evitamento experiencial têm vindo a apontar para o papel que este processo psicológico poderá desempenhar no desenvolvimento e na manutenção de diversos sintomas da perturbação de stresse pós-traumático (Orcutt et al., 2005; Plumb et al., 2004; Tull et al., 2004) e enquanto mediador da relação entre a exposição a um trauma interpessoal e os sintomas de perturbação de stresse pós-traumático (Orcutt, Pickett, & Pope, 2005), entre a vitimização sexual na adolescência e os sintomas depressivos e o sofrimento psicológico em geral (Polusny, Rosenthal, Aban, & Follette, 2004), entre a percepção de criticismo por parte da família de origem e o sofrimento psicológico na idade adulta (Rosenthal, Polusny, & Follette, 2006) e entre uma história de abuso e os sintomas de perturbação de stresse pós-traumático (Merwin, Rosenthal, & Coffey, 2009). Adicionalmente, alguns estudos sugerem que quando os indivíduos se mostram incapazes de estar em contacto e procuram mesmo evitar ou escapar dos eventos privados (pensamentos, emoções e sensações físicas negativas) que estão associados à recordação, e se seguem aos episódios de abuso, podem ficar 'presos' num ciclo vicioso no qual o evitamento das experiências privadas negativas paradoxalmente resulta num aumento dos sintomas negativos que apresentam (Reddy, Pickett, & Orcutt, 2006).

Por fim, o resultado da última mediação analisada aponta no sentido de que as experiências internas indesejadas e aversivas podem funcionar como um factor que exacerba a sintomatologia depressiva e ansiosa entre os indivíduos que mais vergonha externa e que mais crenças de perigosidade acerca das emoções reportam.

Mais especificamente, os resultados obtidos são consonantes aos encontrados em estudos prévios que já haviam encontrado uma associação significativa entre os esquemas emocionais (ainda que avaliados com o Leahy Emotional Schemas Scale; Leahy, 2002a) que se referem às "crenças", "filosofias emocionais" ou "teorias da mente" subjacentes, que o indivíduo mantém acerca da experiência e da expressão emocional (Leahy, 2007b; Leahy et al., 2011) e a psicopatologia depressiva e ansiosa (Leahy, 2002a; Leahy et al., 2011) e entre a vergonha (externa e interna) e uma variedade de problemas clínicos (Gilbert, 1998b, 2000c, 2002a; Gilbert & Irons, 2005; uma revisão desses estudos foi apresentada por Kim et al., 2011), nomeadamente, a depressão (*e.g.*, Allen et al., 1994; Andrews, 1995, 1998; Andrews & Hunter, 1997; Andrews et al., 2002; Cook, 1996; Cheung et al., 2004, Gilbert & Irons, 2004; Matos & Pinto-Gouveia, 2011; Pinto-Gouveia & Matos, 2010; Tangney, 1993; Tangney et al., 1995; Tangney et al.,

1992) e uma variedade de perturbações ansiosas (*e.g.*, Andrews et al., 2002; Cook, 1994; Gilbert, 1998a, 2000a; Gilbert & Miles, 2000a; Gilbert & Trower, 1990; Lutwak & Ferrari, 1997; Leskela, Dieperink, & Thuras, 2002), quer em amostras clínicas quer não-clínicas. São igualmente concordantes com a vasta literatura que tem vindo a fornecer suporte empírico à importância do evitamento experiencial na etiologia e manutenção da psicopatologia (*e.g.*, revisões teóricas desses estudos foram apresentadas por Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2006; Hayes et al., 2004; Boulanger et al., 2010; Chawla & Ostafin, 2007; Ruiz, 2010), nomeadamente depressiva e ansiosa (*e.g.*, Bond et al., 2011; Hayes, Luoma et al., 2006; Hayes, Strosahl et al., 2004; Kashdan et al., 2006; Pinto-Gouveia et al., 2012; Ruiz, 2010). De facto, o número substancial de estudos que encontraram uma forte associação entre o evitamento experiencial e os sintomas psicopatológicos conduz a que diversos investigadores defendam a ideia de que o evitamento experiencial se constitui como processo funcional transdiagnóstico da psicopatologia (*e.g.*, Baer, 2007; Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010; Hayes et al., 1996).

Adicionalmente os resultados sugerem que a adopção de estratégias de regulação emocional, que visam o evitamento experiencial das experiências internas indesejadas e aversivas, é um processo frequentemente adoptado por indivíduos que avaliam negativamente as suas emoções mas que os coloca em risco de apresentarem mais sintomas de depressão e ansiedade. De facto, alguns estudos encontraram uma associação significativa entre os esquemas emocionais (avaliados pelo LESS; Leahy, 2002a) com o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica (avaliado através do AAQ-II 10 itens; Bond et al., 2011 no caso do estudo conduzido por Tirch et al., 2009 e do AAQ de 16 itens; Bond et al., 2011 no caso do estudo conduzido por Tirch et al., 2012 e por Leahy et al., 2012) e destes com a sintomatologia ansiosa (Tirch, et al., 2012)⁹⁶ e depressiva (Leahy, et al., 2012). De um modo geral os resultados evidenciaram que o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica se associam negativamente aos esquemas emocionais mais adaptativos e flexíveis e positivamente aos esquemas emocionais mais desadaptativos e rígidos (*e.g.*, Tirch et al., 2009). Segundo os autores os resultados obtidos sugerem que os esquemas emocionais, que se mostraram preditores significativos da ansiedade (*i.e.*, que reflectem uma avaliação negativa das experiências emocionais como sendo incontrolláveis e com uma longa duração) funcionam, possivelmente, como um esquema de perigo ou de detecção de ameaças (sendo que neste caso a ameaça é a própria experiência emocional), e é por este motivo que o indivíduo recorre ao evitamento experiencial como estratégia para evitar as suas experiências emocionais (Tirch et al., 2012).

Neste sentido o que os resultados do presente estudo parecem vir acrescentar é a ideia de que em parte, o impacto das crenças de perigosidade acerca das emoções na sintomatologia depressiva e ansiosa ocorre via a adopção de estratégias que têm como função o evitamento experiencial dos eventos internos indesejáveis e aversivos, como é o caso das emoções experienciadas. Dito de outro modo, os resultados do presente estudo fornecem suporte empírico ao pressuposto teórico de que não obstante as estratégias de evitamento experiencial adoptadas poderem funcionar a curto-prazo, permitindo um alívio temporário da intensidade emocional, ou providenciando um sentido momentâneo de bem-estar, a longo-prazo elas tendem a tornar-se um problema que exacerba ainda mais a perturbação emocional e que impede um funcionamento produtivo de acordo com objectivos e propósitos valorizados pelo indivíduo (Leahy et al., 2011), o que em última análise reforça as crenças negativas de que as emoções experienciadas são intoleráveis, incontrolláveis e que duram infundavelmente (Leahy, 2002a, 2003a, 2005a, 2009, 2011; Leahy et al., 2011). Adicionalmente, os resultados vêm ainda reforçar a ideia de que é provável que não sejam as emoções em si mesmas problemáticas ou patológicas (Leahy et al., 2011), mas antes os esquemas emocionais que se evidenciam como problemáticos ao conduzirem à manutenção ou exacerbação da intensidade e duração dessa ou de outras emoções, ou seja, à perpetuação das experiências emocionais patogénicas (Leahy, 2002a, 2005a, 2007a, 2007b, 2007d, 2009, 2011). Assim, segundo os resultados obtidos, um dos

⁹⁶ Uma revisão destes estudos foi apresentada no capítulo 1 da presente dissertação.

mecanismos que pode precisamente explicar o porquê das interpretações e avaliações negativas que os indivíduos fazem acerca das suas emoções poderem conduzir a níveis mais elevados de sintomas de depressão e ansiedade é precisamente a adopção de estratégias de regulação emocional que visam (*i.e.*, têm como função) o evitamento experiencial desses eventos internos avaliados como inaceitáveis, avassaladores, aversivos e indesejáveis.

Acresce ainda destacar que um dos mecanismos, os resultados são igualmente elucidativos de que um dos mecanismos pelos quais a vergonha externa está habitualmente associada a níveis mais elevados de psicopatologia, é precisamente, porque em parte ela está fortemente associada à incapacidade para permanecer em contacto com eventos internos indesejados e aversivos e à adopção de estratégias que visam o controlo, escape ou evitamento desses eventos privados. Dito de outro modo, é possível que o processo de evitamento experiencial reúna sob sua alçada um conjunto de estratégias comportamentais (por exemplo, supressão, ruminação) cuja função comum é a de reduzir, controlar ou evitar os eventos privados (memórias, emoções e pensamentos) que estão associados à experiência de vergonha externa. De facto, a vergonha externa está associada a crenças negativas de que os outros olham o eu de cima para baixo, o vêem negativamente, de modo condenatório, hostil e desdenhoso, como sendo globalmente inferior, inadequado, defeituoso, repugnante, sem valor, fraco e/ ou mau (Gilbert, 1992, 1997; 1998a, 2002a, 2006a; Gilbert, Pehl, & Allan, 1994; Gilbert & Procter, 2006) e à percepção de que o eu está a ser criticado, desvalorizado, desaprovado, rejeitado, desprezado, ostracizado, ou de alguma forma rebaixado, por ter atributos pessoais, características de personalidade e/ ou comportamentos que os outros consideram pouco atractivos ou indesejáveis (*e.g.*, Cook, 1996; Kaufman, 1989; Gilbert, 1998a, 2000a, 2003; Gilbert & McGuire, 1998; M. Lewis, 1992; Nathanson, 1992; Tangney, 1996; Tangney & Dearing, 2002; Tangney & Fischer, 1995). Esta percepção de que o mundo social é ameaçador conduz a uma permanente activação do sistema de defesa e protecção contra as ameaças, nomeadamente dos comportamentos (*e.g.*, submissão) e emoções (*e.g.*, raiva, ansiedade e/ ou nojo) defensivas que o caracterizam (Gilbert, 1993, 1998a, 2001a, 2005a, 2009a), que reforçam a percepção de inferioridade e como tal são geradoras de um grande sofrimento emocional. Neste sentido é possível que o evitamento experiencial (e as estratégias empregues pelo indivíduo) tenha como função reduzir ou evitar as emoções e/ou os pensamentos associados a essa experiências de vergonha externa, que são, possivelmente causadores de um grande sofrimento emocional, e sentidos como indesejados e aversivos. Contudo, e apesar do evitamento experiencial poder providenciar uma redução a curto-prazo desses eventos privados, quando empregue de forma crónica, rígida e inflexível, com o intuito de controlar, escapar ou evitar esses eventos privados, ele tende a paradoxalmente a conduzir a uma maior frequência, intensidade e duração das experiências emocionais que em primeira instancia ele 'deveria' prevenir (*e.g.*, Hayes et al., 1996; Kashdan et al., 2006; Kring & Sloan, 2010). E de facto, é precisamente isso que sugerem os resultados obtidos no presente estudo, na medida em que eles demonstram que quanto mais os indivíduos procuram, cronicamente, controlar ou evitar os seus eventos internos indesejados e aversivos (nomeadamente as suas crenças de perigosidade acerca das emoções e as cognições e emoções acopladas à experiência de vergonha externa) através do evitamento experiencial, mais ele parece conduzir a níveis elevados de sintomas ansiosos e depressivos. Contudo e porque o efeito indirecto encontrado (via evitamento experiencial) é apenas parcial, certamente existem outros mediadores explicativos da associação encontrada entre as variáveis que não foram contemplados no presente estudo (*e.g.*, fusão cognitiva, supressão, dissociação).

O contributo diferencial das experiências desenvolvimentais (adversas versus protectoras) na formação dos diferentes sistemas de regulação do afecto e sua relação com a psicopatologia

4.1. Objectivos

Partindo do **modelo tripartido dos sistemas de regulação do afecto** o **estudo IV** foi desenvolvido com o intuito de contribuir para uma melhor compreensão do modo como funcionam o sistema de defesa e protecção contra as ameaças e o sistema de segurança-tranquilização.

Dada a escassez de estudos no âmbito dos sistemas de regulação do afecto que foram realizados em amostras clínicas, e devido às limitações metodológicas que estão inerentes à generalização de resultados que foram obtidos a partir de amostras não-clínicas, o objectivo central do presente estudo foi o de investigar o contributo diferencial das experiências desenvolvimentais adversas ('ameaça') e protectoras ('segurança') na formação de dois sistemas de regulação do afecto (sistema de defesa e protecção contra as ameaças e o sistema de contentamento, tranquilização e segurança) e, simultaneamente, averiguar a possível existência de diferenças entre uma amostra clínica e uma amostra não-clínica. A comparação entre as duas amostras foi efectuada em duas fases. Num primeiro momento comparou-se a amostra clínica com a amostra não-clínica em relação às seguintes variáveis: recordação de experiências de validação emocional, recordação de experiências de invalidação emocional, estilo parental de carinho, estilo parental de sobreprotecção, vergonha externa, afecto positivo de segurança, crenças de perigosidade acerca das emoções e crenças de validação emocional.

Em seguida examinou-se empiricamente um modelo teórico, no qual a recordação de experiências de validação emocional e de invalidação emocional, vivenciadas na relação com as figuras parentais, durante a infância e adolescência prediz a vergonha externa, as crenças de perigosidade acerca das emoções, o afecto positivo de segurança e as crenças de validação emocional, mesmo quando se controla o efeito das dimensões estilo parental de carinho/ cuidado e estilo parental de sobreprotecção/ controlo. Este modelo foi ainda testado no que diz respeito à sua possível invariância entre as duas amostras em estudo. Por último, foi testado, somente na amostra clínica, a hipótese das memórias precoces de validação emocional terem um papel protector no desenvolvimento posterior da psicopatologia através do seu papel no sistemas de regulação do afecto, e no sentido contrário, averiguar se as memórias precoces de invalidação emocional têm um papel vulnerabilizador no desenvolvimento posterior de psicopatologia devido mais uma vez ao seu impacto nos sistemas de regulação do afecto.

Mais especificamente procurou-se investigar a possibilidade das **experiências de invalidação emocional**, quando ocorridas, de forma consistente e repetida, na relação com as figuras parentais poderem funcionar como experiências de ‘ameaça’ _ à semelhança das experiências de negligência, indiferença, rejeição, abandono, isolamento, desprezo, rebaixamento, crítica, sobreprotecção, ausência de cuidados, parentificação, preferência por um irmão e/ ou abuso (*e.g.*, Andrews, 1995, Andrews & Hubter, 1997; Bifulco & Moran, 1998; Claesson & Sohlberg, 2002; Gilbert et al., 1996; Hoglund & Nicholas, 1995; Lutwak & Ferrari, 1997; Tangney & Dearing, 2002; Webb et al., 2007; Kim et al., 2009; Talbot et al., 2004) cuja associação a uma maior predisposição para a vergonha foi já demonstrada em estudos prévios. Ou seja, pretendia-se explorar a possibilidade de a exposição a um ambiente de invalidação emocional perpetrado pelos pais, durante a infância e adolescência, estar associado na adultez a uma maior activação do sistema de protecção contra as ameaças e dos seus *outputs*, em particular, à vergonha externa e às crenças de perigosidade acerca das emoções (e a uma menor activação do sistema de contentamento, segurança e tranquilização e dos seus *outputs*, o afecto positivo de segurança e as crenças de validação emocional). Uma das razões para se ter procurado investigar o papel das experiências de invalidação emocional, é a de que apesar de já ter sido investigada uma ampla gama de experiências precoces adversas na sua possível associação a uma maior predisposição para a vergonha na adultez, não são conhecidos estudos que tenham avaliado, especificamente, em que medida é as atitudes/ comportamentos parentais de invalidação emocional (*i.e.*, de crítica, rebaixamento, punição e rejeição) em relação às emoções dos respondentes (durante a infância e adolescência destes) pode contribuir para uma maior predisposição para a vergonha externa na adultez (sendo que, neste caso, a **vergonha externa** poderá estar precisamente centrada no modo como o indivíduo acredita que os outros avaliam e julgam negativamente as suas emoções *e.g.*, como por exemplo não sendo normais, legítimas, ou como sendo, excessivas e incompreensíveis). No mesmo sentido procurou-se investigar em que medida é que os indivíduos que apresentam uma história passada de invalidação emocional reportam, no momento presente, **avaliações e julgamentos mais severos em relação às suas próprias emoções**, avaliando-as como sendo incontroláveis, perigosas e incompreensíveis. Mais especificamente coloca-se a hipótese de os indivíduos, ao internalizarem as avaliações e julgamentos dos outros (*e.g.*, as figuras parentais) em relação às suas emoções, passem a avaliá-las e a julgá-las do mesmo modo que os outros o fizeram.

Já no sentido contrário, pretende-se averiguar em que medida é que os indivíduos que vivenciaram de forma consistente e repetida, experiências de **validação emocional** no seio da família tendem a reportar na adultez uma maior activação do sistema de segurança-tranquilização, ou seja, apresentam uma maior predisposição para experienciar afecto positivo associado a sentimentos de segurança e acalmia na adultez e mais crenças de validação emocional. Mais especificamente, espera-se que quanto mais os indivíduos se recordam de atitudes/ comportamentos das suas figuras parentais de aceitação, compreensão, respeito, valorização, legitimação e normalização em relação às suas emoções, e mais se

recordam dos seus pais como tendo sido suportivos e prestativos, como lhes tendo ensinado a prestar atenção, a identificar, a nomear, a discriminar e a regular as suas emoções, mais eles na adultez experienciam as suas emoções como sendo seguras e não-ameaçadoras, e por esse motivo espera-se que apresentem uma maior predisposição para experienciar **afecto positivo de segurança e acalmia**. No mesmo sentido coloca-se a hipótese de um ambiente familiar de validação emocional (*i.e.*, de responsividade, calor e previsibilidade dos pais em relação às emoções experienciadas) estar associado à formação **de crenças de validação emocional**. Mais especificamente, tendo em conta que o sistema de segurança-tranquilização é um sistema de vinculação-afiliação procurou-se averiguar a possibilidade dos indivíduos que mais recordam terem vivenciado experiências de validação emocional na relação com as figuras parentais mais tenderem a acreditar que podem confiar nos outros enquanto ‘agentes’ de suporte e tranquilização, capazes de compreender, validar, aceitar e ajudar na regulação das emoções em momentos de perturbação emocional.

Com o presente estudo pretendeu apurar-se se as associações entre a recordação das experiências de validação/ invalidação emocional com as variáveis de interesse (vergonha externa, afecto positivo de segurança, crenças de incontrolabilidade e perigosidade acerca das emoções e crenças de validação emocional) se mantinham mesmo quando se controlava o efeito de outras dimensões (*i.e.*, neste caso de calor/ cuidado e sobreprotecção/ controlo). Ou seja, testou-se os efeitos encontrados se deviam exclusivamente ao facto das experiências precoces de invalidação/ validação emocional pressuporem a adopção de um estilo geral parental de sobreprotecção/ controlo ou, pelo contrário, de carinho/cuidado, ou se de facto, estas experiências emocionais precoces de validação/ invalidação têm um contributo independente e específico, e como tal são variáveis importantes a ter em conta para uma melhor compreensão do modo como os sistemas de regulação do afecto se formam e actuam.

Por último, e de forma muito preliminar explorou-se ainda a hipótese dos sistemas poderem operar de forma interdependente, ou seja, em co-regulação (Gilbert & Turch, 2009). Para esse efeito, foi investigada a possibilidade da recordação de experiências precoces de validação emocional poder estar associada na adultez à menor presença de crenças de perigosidade acerca das emoções e a uma menor vergonha externa e, pelo contrário, se a recordação de experiências precoces de invalidação emocional está negativamente associada na adultez à predisposição para experienciar afecto positivo associado a sentimentos de segurança e acalmia e às crenças de que não se pode contar com os outros para obter suporte, compreensão, tranquilização e validação das emoções experienciadas. Se de facto estes sistemas actuam em co-regulação então é expectável que todas as ligações agora apontadas se revelem estatisticamente significativas.

Parece-nos pertinente para a compreensão do constructo de **validação emocional** apresentar de forma breve o que se entende por ambiente de invalidação emocional, à luz do modelo proposto por Linehan (1993a), e por Leahy (2005a). Mais especificamente, Linehan (1993a) descreve um ambiente familiar de invalidação emocional como sendo caracterizado por uma atitude parental de total rejeição, desprezo, crítica, punição e desvalorização das emoções da criança, pelo reforço errático quanto à comunicação das suas experiências privadas, e pelo simplificar, em demasia, quanto à facilidade com que a criança deveria resolver os seus problemas emocionais. Por sua vez Leahy (2005a) acredita que as crianças que estabelecem uma vinculação insegura com as suas figuras parentais e em que os pais adoptam um estilo imprevisível ou punitivo em resposta à expressão das suas emoções vão aprender a não esperar receber validação por parte dos outros ou a verem-na como uma capa para punições futuras, assim como, quando estes assumem um estilo crítico e indiferente em relação às suas emoções elas vão passar a acreditar que as suas necessidades emocionais são excessivas, envergonhadoras, um fardo ou aborrecimento para os outros, não importante ou sinal de falhas no seu carácter (p.198). Mais concretamente, a definição adoptada no presente estudo foi a de que a recordação de se terem

vivenciado experiências precoces de invalidação emocional, na relação com as figuras parentais, envolveu a adoção por parte dos prestadores de cuidados de um estilo parental marcadamente “punitivo”, “indiferente” e/ ou “minimizador” em relação às emoções vivenciadas pelo respondente, que se traduziu na emissão sistemática e contínua de sinais concretos de desvalorização, indiferença, crítica, rejeição e até mesmo ameaça e punição em relação à experiência ou expressão das suas emoções.

No que concerne a um **ambiente de validação emocional** partiu-se da conceptualização proposta por Leahy (2005a) e colaboradores (Leahy et al., 2011) que propõem que os pilares da validação emocional têm início com o processo de vinculação e de socialização das emoções a que a criança foi exposta durante a sua infância. De facto, como referido na introdução do presente estudo, as relações de vinculação não tem unicamente como função a promoção da proximidade física com vista ao cuidado e protecção, mas têm igualmente como função proporcionar um sentido de segurança que envolve a possibilidade da criança poder predizer que as suas figuras parentais estarão disponíveis e serão responsivas, calorosas e tranquilizadoras em momentos de perturbação emocional (Bowlby, 1979, 1988). Neste seguimento, Leahy (2005a) refere que quando a criança estabelece uma vinculação segura com as suas figuras parentais, e estas adoptam um estilo parental responsivo, caloroso e tranquilizador, elas funcionam como treinadores de emoções (p.198). Mais especificamente, este autor explica que quando uma figura parental, em momentos de perturbação emocional, se revela responsiva está reforçar a representação mental da criança de que os seus “sentimentos fazem sentido para os outros” no mesmo sentido que ao tranquilizá-la está a encorajá-la a acreditar que “a sua perturbação emocional pode ser tranquilizada”, permitindo deste modo à criança que ela à medida que vai tendo repetidas oportunidade de validação emocional internalize uma representação positiva das suas emoções (nomeadamente de que estas fazem sentido e de que podem ser acalmadas) e da própria validação emocional (de que quando partilha as suas emoções perturbadoras com os outros estes compreendem, são suporte e ajudam-na a regular esses estados emocionais) (Leahy, p.197). Por último Leahy (2005a) refere que quando as figuras parentais funcionam como treinadores de emoções elas ensinam à criança a associar as suas emoções aos eventos externos que as desencadeiam, a diferenciar entre diferentes emoções e a desenvolver competências de empatia, validação, compaixão, tranquilização e regulação emocional para com os outros e para consigo.

4.2. Metodologia

Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 580 participantes. Do total da amostra, 319 pertenciam à população geral e 261 pertenciam à população clínica. Dos indivíduos que compõem a amostra não-clínica, 163 (48.9%) são do sexo feminino, com uma idade média de 32.39 ($DP=8.96$) anos e 156 (51.1%) são do sexo masculino, com uma idade média de 33.06 ($DP=10.32$) anos. Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 12.75 ($DP=3.96$) anos de escolaridade para o género feminino e uma média de 11.93 ($DP=3.63$) anos de escolaridade para o género masculino. Não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativa no que concerne à idade [$t_{(317)}=-0.63, p=.531$] e aos anos de escolaridade [$t_{(2316,336)}=1.92, p=.055$] por género. Dos indivíduos que compõem a amostra clínica 204 (78.2%) são do sexo feminino, com uma idade média de 28.20 ($DP=8.37$) e 57 indivíduos (21.8%) são do sexo masculino, com uma idade média de 30.74 ($DP=8.79$) anos. Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 14.41 ($DP=3.23$) anos de escolaridade para o género feminino e uma média de 14.37 ($DP=2.87$) para o género masculino. Apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino no que diz respeito aos anos de escolaridade [$t_{(259)}=0.10, p=.927$], já em relação à idade verificou-se que os respondentes do género masculino

apresentavam em média uma idade ligeiramente superior à média de idades dos respondentes do género feminino [$t_{(259)}=-2.00, p=.047$].

Adicionalmente, verificou-se que a amostra não-clínica e a amostra clínica apresentam diferenças estatisticamente significativas no que concerne às variáveis demográficas, com os resultados dos testes t para amostras independentes a mostrarem que a amostra clínica é significativamente mais jovem do que a amostra não-clínica ($t_{(578)}=-5.19, p<.001, \eta^2=.05$) e que apresenta, em média, um número de anos de escolaridade ($t_{(577.956)}=7.10, p<.001, \eta^2=.08$) mais elevado. Tendo em conta as diferenças encontradas e os valores dos critérios de Cohen (1988, tal como descrito em Pallant, 2010) adoptados, pode dizer-se que a amostra clínica e a amostra não-clínica diferem significativamente e num grau moderado, no que concerne à idade e aos anos de escolaridade. Perante os resultados obtidos, procedeu-se ao cálculo das correlações de Pearson entre as variáveis demográficas contínuas (idade e anos de escolaridade) e as variáveis de interesse⁹⁷, tendo-se verificado, que apesar das amostras diferirem no que concerne à sua composição sociodemográfica a idade somente se correlaciona significativamente com a vergonha externa ($r=-.12; p<.01$) e os anos de escolaridade só se correlacionam significativamente com a recordação de experiências de validação emocional ($r=-.11; p<.01$) e o afecto positivo de segurança ($r=-.13; p<.01$), sendo que, todas as correlações significativas encontradas são de baixa magnitude. Estes resultados levam a considerar a hipótese de que a emergência destas diferenças entre os dois grupos se possa dever maioritariamente à grande dimensão da amostra (N=580) que torna possível que mesmo pequenas diferenças se tornem estatisticamente significativas apesar de na prática elas poderem ter uma reduzida relevância (Pallant, 2010).

Atribuição do diagnóstico clínico na amostra clínica

Dos 261 doentes que participaram no estudo, 21 (8.0%) preenchem critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo I, 46 (17.6%) preenchem critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo II e 194 (74.4%) preenchem simultaneamente critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo I e do Eixo II (tabela 24).

Tabela 24

Índices de comorbilidade da amostra clínica.

Comorbilidade	Eixo I (n=21)	Eixo II (n=46)	Comorbilidade eixo I e II (n=194)
Eixo I			
Perturbações de Ansiedade	8 (38.1%)	---	116 (59.8%)
Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico	0	---	0
Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia	4 (19.0%)	---	17 (8.8%)
Fobia Social Generalizada	3 (14.3%)	---	76 (39.2%)
Fobia Social Simples	0	---	8 (4.1%)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	0	---	15 (7.7%)
Perturbação de Stress Pós-Traumático	1 (4.8%)	---	0
Perturbações do Humor	8 (38.1%)	---	110 (56.7%)
Perturbação Depressiva Major	7 (33.3%)	---	106 (54.6%)
Distímia	1 (4.8%)	---	4 (2.1%)
Perturbações do Comportamento Alimentar	11 (52.4%)	---	47 (24.2%)
Anorexia Nervosa	6 (28.5%)	---	20 (10.4%)
Bulimia Nervosa	4 (19.1%)	---	20 (10.4%)

⁹⁷ Estas análises preliminares são importantes para assegurar que as diferenças que venham a ser encontradas entre as duas amostras em relação às variáveis de interesse (experiências precoces de invalidação/ validação emocional, vergonha externa, afecto positivo de segurança e tranquilização, crenças de perigosidade acerca das emoções e crenças de validação emocional) não possam ser imputadas à existência de diferenças prévias na constituição sociodemográfica das duas amostras.

Perturbação Alimentar sem Outra Especificação	2 (9.6%)	---	7 (3.6%)
Eixo II			
Evitante	---	13 (28.3%)	117 (60.3%)
Dependente	---	1 (2.2%)	15 (7.7%)
Obsessivo-Compulsivo	---	37 (82.6%)	138 (71.1%)
Passivo-Agressivo	---	6 (13.1%)	7 (3.6%)
Depressivo	---	8 (17.4%)	78 (40.1%)
Paranóide	---	4 (8.7%)	16 (8.2%)
Histriónico	---	1 (2.2%)	1 (0.5%)
Narcisista	---	1 (2.2%)	1 (0.5%)
<i>Borderline</i>	---	13 (28.2%)	43 (21.2%)

Instrumentos

Cada participante preencheu uma bateria de questionários de auto-relato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), o *Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional* (QEVE; Dinis & Pinto-Gouveia, 2011), o *Questionário de Ligação Parental* (PBI- *Parental Bonding Instrument*; Parker, et al., 1979; Parker, 1979a, 1990; versão portuguesa Baptista & Lory, 1997), a *Escala de Vergonha Externa OAS - Other as Shamer Scale*; Allan et al., 1994; Goss et al., 1994; traduzido para a língua portuguesa por Lopes et al., 2005; versão portuguesa de Matos et al., 2011), a *Escala de Tipos de Afecto Positivos* (TPAS - *Types of Positive Affect Scales*; Gilbert et al., 2008; traduzida para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia et al., 2008) e o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy* – versão modificada (LESS – *Leahy Emotional Schema Questionnaire*; Leahy, 2002a, 2003a; versão portuguesa modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2008). Os participantes da amostra clínica preencheram ainda adicionalmente as Escalas de Depressão Ansiedade e Stress -42 (DASS-42; *Depression Anxiety Stress Scales-42*, Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa Pais-Ribeiro et al., 2004). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2.).

Procedimento⁹⁸

A amostra não-clínica é composta por indivíduos provenientes de várias instituições públicas e empresas privadas que aceitaram participar voluntariamente no estudo (trata-se de uma amostra de conveniência). A cada um dos participantes foi dada uma folha de consentimento informado (um exemplo deste documento é apresentado na Adenda B.3), esclarecidos os objectivos do estudo para os quais estava a ser solicitada a sua colaboração, garantido o anonimato e a confidencialidade no tratamento estatístico das suas respostas, e requerida a sua colaboração para o preenchimento do protocolo de questionários de auto-resposta acima descrito. Da amostra recolhida, foram considerados como critérios de exclusão: a) os protocolos nos quais se verificou um incorrecto preenchimento dos instrumentos de auto-resposta por clara incompreensão ou não aplicação das instruções fornecidas, b) o preenchimento manifestamente incompleto dos itens de resposta, c) uma idade inferior aos 18 anos ou superior aos 65 anos, d) uma escolaridade inferior à 4.ª ano de escolaridade.

Já a amostra clínica utilizada foi recolhida em diversas Unidades de Saúde Mental, públicas e privadas, sediadas na zona norte e centro do país. Antes de se proceder à recolha da amostra foram obtidas as respectivas autorizações, das Comissões de Ética para Saúde de todas as instituições hospitalares públicas em que decorreu a recolha da amostra. Foram ainda contactados os serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra e o Gabinete de Psicologia dos Serviços de Acção Social do Instituto

⁹⁸ Uma descrição detalhada dos procedimentos adoptados no recrutamento das amostras não-clínicas e clínicas foi apresentada, respectivamente, na secção 1.3.1. e 1.3.2.

Politécnico de Coimbra, bem como Clínicas Privadas sendo que nestes locais foi recrutada, somente, uma pequena parte da amostra clínica. Aos psiquiatras e psicólogos das referidas Unidades de Saúde Mental foi pedido para que durante as suas consultas convidassem os seus doentes a participar na presente investigação, os informassem sobre os objectivos do estudo e em que consistiria a sua participação e lhes explicassem que a sua participação seria totalmente voluntária e não interferiria com o acompanhamento recebido. Os doentes que aceitaram participar foram posteriormente contactados, presencialmente ou por telefone, no sentido de confirmarem a sua disponibilidade para participar voluntariamente no estudo. Numa primeira fase, dividida por 2/3 sessões, a sua participação consistiu na passagem de duas entrevistas estruturadas de avaliação diagnóstica (a SCID-I e a SCID-II)⁹⁹, e numa segunda fase, no preenchimento de um protocolo de questionários (dos quais foram seleccionados para o presente estudo os mencionados no ponto anteriormente). A atribuição do diagnóstico aos participantes da amostra clínica (apresentado na tabela 24) foi efectuada com base nos resultados obtidos com a aplicação da SCID-I e da SCID-II. De referir ainda que, na primeira sessão de avaliação, todos os participantes foram informados, por escrito e verbalmente, sobre os objectivos do estudo, duração estimada da sua participação e novamente no que consistiria a sua participação (entrevistas e preenchimento de um protocolo de escalas). Clarificou-se ainda que este projecto de investigação ocorreria em paralelo, mas de modo independente ao acompanhamento usufruído na Instituição de Saúde e de que nesse sentido, a desistência por parte do participante, num qualquer momento do processo de recolha de dados, não lhe traria qualquer prejuízo relativamente ao acompanhamento psicoterapêutico que lhe era prestado. Foi ainda garantida a confidencialidade das respostas a todos os participantes e, neste sentido, explicado que seria atribuído um número de identificação às suas entrevistas e protocolo de questionários de modo a assegurar o anonimato das suas respostas. Para finalizar, todos os doentes que aceitaram participar assinaram um documento relativo ao consentimento informado (ver Adenda B.4). Foram considerados como critérios de exclusão: a) a presença de um diagnóstico de Esquizofrenia (ou outra Perturbação Psicótica), de Perturbação Bipolar I ou II, de Perturbação Anti-social de Personalidade ou diagnóstico corrente de Dependência e/ou Abuso de Substâncias (num grau severo); b) a presença de défice cognitivo/ baixa escolaridade ou em que se verificava um incorrecto preenchimento dos instrumentos de auto-resposta por clara incompreensão ou não aplicação das instruções fornecidas, c) o preenchimento incompleto dos instrumentos de medida, ou em alguns casos, a impossibilidade de completar o processo de recolha de dados (participantes aos quais foram aplicadas as entrevistas de diagnóstico mas que devido à impossibilidade em preencherem o protocolo de instrumentos de medida) foram excluídos da presente dissertação.

Estratégia Analítica

A estatística descritiva e inferencial foi efectuada com recurso ao *software* SPSS (v.20; IBM SPSS Inc, Chicago, IL, USA). A consistência interna de todas as medidas em estudo foi estimada através do coeficiente alfa de Cronbach.

Para cumprir um dos objectivos do estudo IV que era o de explorar a possibilidade das amostras, clínica e não-clínica, se diferenciarem entre si no que concerne às variáveis de interesse (*i.e.*, recordação dos estilos/ comportamentos parentais durante a infância e adolescência, vergonha externa, crenças de perigosidade acerca das emoções, afecto positivo de segurança e crenças de validação emocional) procedeu-se ao cálculo de ANOVAS (Análise da Variância a um factor) com recurso ao *software* SPSS (v.20, IBM SPSS Inc, Chicago IL). É importante ressaltar que a opção pela não condução de uma Análise da Variância Multivariada a um factor (MANOVA), que permitiria comparar os dois grupos relativamente

⁹⁹ Aos doentes que receberam o diagnóstico de fobia social foi ainda aplicada a ADIS-IV e aos doentes que receberam o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade foi aplicado o BPDSI – 4thEd.

a todas as várias variáveis dependentes em simultâneo (Marôco, 2010a, Pallant, 2010) e deste modo diminuir a probabilidade de se obter um resultado significativo quando na realidade não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (*i.e.*, controlar melhor o risco de erro de tipo I; Tabachnick & Fidell, 2007) prendeu-se com o não cumprimento de um dos pressupostos necessários para a aplicação deste procedimento estatístico. Mais especificamente (e à excepção dos restantes), o pressuposto da *homogeneidade das matrizes de variância-covariância*, que é analisado através do teste *M* de Box, não foi cumprido (dado que o nível de significância revelou-se inferior a .001; $M = 165.408$, $F_{(36, 1023872.45)} = 4.53$, $p = .000$). A não validação do pressuposto da homogeneidade das matrizes de variância-covariância a par do facto de que apesar de se estar a usar uma amostra de grandes dimensões, os dois grupos não terem o mesmo *N*, levou à opção de se proceder ao cálculo de ANOVAS. Neste sentido foram validados os pressupostos relativos à utilização deste procedimento estatístico: a) distribuição normal das variáveis através da análise dos valores de assimetria e de curtose, b) inexistência de *outliers* através da análise aos diagramas de extremos e quartis (à excepção de dois observações na variável recordação de experiências de invalidação emocional que se revelaram *outliers* extremos mas cuja remoção não alterava os resultados tendo sido por esse motivo mantidos na análise) e c) o pressuposto da homogeneidade das variâncias que foi analisado através do teste de Levene (mais especificamente procedeu-se à análise do *F* da ANOVA no caso das variâncias serem homogéneas e do *F* de Welch para as variâncias que se revelaram heterogéneas). Dado que as variáveis dependentes se encontravam conceptualmente e empiricamente relacionadas (como o demonstraram os valores de correlação), foi necessário se proceder ao cálculo das ANOVAS separadamente e utilizar-se um nível de significância mais rigoroso na análise dos resultados (para reduzir a possibilidade de ocorrência do erro de tipo I). Neste sentido, utilizou-se a correcção de *Bonferroni* que consiste em dividir o valor de alfa tipicamente utilizado neste procedimento estatístico (.05) pelo número de variáveis dependentes ($.05/8 = .006$), utilizando-se este novo valor como ponte de corte, e só se considerando as diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no caso do valor de probabilidade associado se revelar inferior a .006. Para medir a dimensão do efeito (*i.e.*, da magnitude das diferenças encontradas entre os grupos em comparação) calculou-se o η^2 (*Eta squared*) interpretado de acordo com as directrizes de Cohen (1988, pp.284-87, tal como descrito em Pallant, 2010, p.254).

Foram ainda calculadas três ANCOVAS (Análises de Covariância) com o intuito de averiguar se a idade e os anos de escolaridade, enquanto variáveis demográficas (contínuas) que diferenciavam a amostra clínica e a amostra não-clínica, poderiam influenciar as variáveis dependentes e deste modo justificar as diferenças encontradas entre as duas amostras no que concerne a estas variáveis. Os pressupostos associados a este procedimento estatísticos são basicamente os mesmos que foram aplicados em relação às ANOVAS conduzidas, com a adição de três novos: a) a importância de escolher covariáveis apropriadas (*i.e.*, têm que ser contínuas, confiáveis e correlacionarem-se significativamente com a variável dependente¹⁰⁰; neste caso verificou-se que a idade se correlaciona significativamente com a vergonha externa e os anos de escolaridade com a recordação de experiências de validação emocional e com o afecto positivo de segurança); b) a existência de uma relação linear entre cada uma das variáveis dependentes e cada uma das covariáveis (linearidade) e c) a homogeneidade das curvas da regressão (para garantir que a relação entre a covariável e a variável dependente é a mesma para cada um dos grupos). Com este procedimento procurou-se isolar de forma mais rigorosa as diferenças entre as duas amostras, no que concerne: 1) à variável vergonha externa quando se controla o efeito da idade (primeira ANCOVA); 2) à variável recordação de experiências de validação emocional quando se controla o efeito dos anos de escolaridade (segunda ANCOVA) e 3) à variável afecto positivo de segurança

¹⁰⁰ Tanto a idade como os anos de escolaridade são variáveis contínuas, cuja escala de medida é confiável por estar associada a uma baixa probabilidade de erro de medida, e ambas se correlacionarem significativamente (ainda que numa baixa magnitude) com um pequeno sub-conjunto de variáveis dependentes.

quando se controla o efeito dos anos de escolaridade (terceira ANCOVA)¹⁰¹. Contudo, porque no caso da primeira ANCOVA se verificou a existência de uma violação ao pressuposto da homogeneidade das curvas de regressão (ou seja, a existência de uma interacção entre a variável idade e a variável grupo) não foi possível a interpretação dos resultados da análise estatística, procedendo-se apenas com as restantes duas. No caso das restantes, não se verificou qualquer violação aos pressupostos de normalidade, linearidade, homogeneidade das variâncias, homogeneidade das curvas de regressão e a medição confiável da covariável. No que concerne às duas ANCOVAS conduzidas, verificou-se que após se ter controlado o efeito dos anos de escolaridade (covariável), continuava a ser estatisticamente significativa a diferença entre as duas amostras em estudo, quer no que concerne à recordação de experiências de validação emocional [$F_{(1, 577)}=33.23$, $p<.001$] quer em relação ao afecto positivo de segurança [$F_{(1, 577)}=237.47$, $p<.001$]. Ou seja, em ambos os casos, e tal como se esperava, verificou-se a inexistência de uma relação significativa entre a covariável (*i.e.*, anos de escolaridade) e ambas as variáveis dependentes quando se controla o efeito da variável independente (*i.e.*, grupo). Isto significa que as diferenças que se encontraram entre as duas amostras em relação a estas variáveis não podem ser imputadas ao facto das amostras se diferenciarem significativamente no que diz respeito aos anos de escolaridade. Já no caso da vergonha como se verificou a existência de uma interacção entre a idade e a pertença ao grupo, não foi possível prosseguir a análise, que permitiria avaliar a possibilidade de dois grupos continuarem a diferenciar-se no que diz respeito à vergonha externa quando se controla a variável idade. Contudo, dada a baixa magnitude de correlação encontrada entre a idade e a vergonha externa, atendendo a que a emergência dessa associação como significativa se pode, possivelmente, imputar ao elevado N da amostra, optou-se por manter a variável vergonha externa nas análises subsequentes.

Dado que, como referido anteriormente, um dos objectivos do presente estudo era o de avaliar a possibilidade de existirem diferenças estatisticamente significativas entre a amostra clínica e a amostra não-clínica no que concerne ao poder preditivo/ explicativo da recordação de experiências de invalidação/ validação emocional (quando se controla o efeito dos estilos parentais de carinho e de sobre-protecção) na vergonha externa, no afecto positivo de segurança, nas crenças de perigosidade acerca das emoções e nas crenças de validação emocional, procedeu-se a uma análise multigrupos (com recurso ao software AMOS, v. 20, IBM SPSS Inc, Chicago, IL). A análise multigrupos permite avaliar se a estrutura do modelo teórico hipotetizado se revela equivalente (invariante) para a amostra não-clínica e para a amostra clínica, e mais especificamente, se as trajectórias causais (*i.e.*, os coeficientes estruturais que indicam a magnitude dos efeitos directos) se mantêm ou não invariantes nos dois grupos que são mutualmente exclusivos. Este procedimento estatístico era necessário na medida em que as ANOVAS conduzidas revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras para todas as variáveis em estudo. A invariância do modelo de medida foi avaliada nos dois grupos por comparação do modelo livre (com trajectórias estruturais) com um modelo constrito onde foram fixadas as trajectórias estruturais dos dois grupos. A significância estatística das diferenças dos dois modelos foi calculada através do teste do qui-quadrado como descrito em Marôco (2010b). Dado se ter verificado que os dois modelos são invariantes, e que tal como esperado existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos no que diz respeito aos pesos estruturais dos efeitos investigados o passo seguinte foi proceder a análises separadas para as duas amostras.

As análises conduzidas, separadamente para a amostra clínica e para a amostra não-clínica, seguiram os seguintes passos. Num primeiro momento, foi averiguada a possibilidade de existirem diferenças de género no que concerne às variáveis de interesse para cada uma das amostras em separado. Para esse efeito foram utilizados testes t de Student para amostras independentes, e preliminarmente validados os pressupostos relativos à utilização deste procedimento estatístico, nomeadamente a independência

¹⁰¹ A necessidade de conduzir as ANCOVAS somente nestas variáveis dependentes prende-se com o facto de somente nestas ter sido encontrada uma correlação significativa.

das observações, a normalidade da distribuição e da homogeneidade das variâncias (este último avaliado através do teste de Levene). Neste procedimento considerou-se o nível de significância $\alpha \leq .05$ como indicativo da existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos dois grupos por gênero para cada uma das amostras. Num segundo momento explorou-se a associação, entre as variáveis de interesse, através do cálculo das correlações produto-momento de *Pearson*, para cada uma das amostras. Por último, procedeu-se ao cálculo de duas análises de regressão linear múltipla multivariada (RLMM) com recurso ao *software* AMOS (v. 20, IBM SPSS Inc, Chicago, IL), uma para cada uma das amostras em estudo. Optou-se por este procedimento estatístico porque se revela mais adequado (comparativamente à realização separada de oito modelos de regressão múltipla univariada, um para cada uma das quatro variáveis dependente, e para as duas amostras em separado) quando se encontra uma forte estrutura correlacional entre as variáveis dependentes¹⁰² (Marôco, 2010b). No modelo hipotético causal, que foi testado para as duas amostras em separado, as *experiências de invalidação e de validação emocional vivenciadas durante a infância e adolescência no seio da família* e os estilos *parentais de carinho e sobre-protecção* foram considerados variáveis exógenas (dado que a sua variabilidade é determinada por variáveis não consideradas no modelo) e as restantes variáveis (*afecto positivo de segurança, crenças de perigosidade acerca das emoções, crenças de validação emocional e vergonha externa*) foram consideradas variáveis endógenas, dado que a sua variabilidade é explicada pelas variáveis endógenas e/ou por outras variáveis não consideradas no modelo (motivo pelo qual foi adicionado um resíduo a cada uma destas variáveis, que representa a proporção de cada uma das variáveis endógenas que não é explicada pelas variáveis exógenas do modelo). Por fim, dado que as variáveis endógenas se encontram associadas foram adicionadas trajectórias correlacionais a associá-las. Consideraram-se como estatisticamente significativos os efeitos com $p < .05$. Relativamente aos pressupostos associados a este procedimento estatístico, os resultados mostraram que nenhuma das variáveis apresentava valores de assimetria e de curtose multivariada indicativos de violações severas à distribuição normal (assimetria $< |3|$; curtose $< |8-10|$, Kline, 1998; 2005), nas duas amostras em estudo. A análise dos valores da distância quadrada de *Mahalanobis* (DM^2) sugeriu a possível existência de algumas observações *outliers* ($p_1; p_2 < .05$), contudo optou-se por manter estas observações nas duas amostras uma vez que se constituem como fontes de variabilidade que tem interesse analisar. Os coeficientes de regressão, os respectivos erros-padrão e os coeficientes de determinação (R^2 , para cada uma das variáveis dependentes) foram estimados através do Método da Máxima Verosimilhança.

Por último, e somente na amostra clínica, foi ainda testado um modelo causal hipotético através da Análise de Trajectórias (*Path Analysis*), disponível no *software* AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008), semelhante ao anterior, mas que foram acrescentadas duas novas variáveis. Em particular, foi testada a hipótese do efeito das experiências de validação e de invalidação emocional (QEVE-validação e QEVE-invalidação) poderem ter um efeito na sintomatologia depressiva e ansiosa (DASS-depressão e DASS-ansiedade) indirectamente, através das crenças de perigosidade acerca das emoções (LESS-CN), das crenças de validação emocional (LESS-CV), da vergonha externa (OAS) e do afecto positivo de segurança (ETAP-seguro). A cada uma das variáveis endógenas foi adicionado um erro de medida que reflecte a proporção da variabilidade dessas variáveis que não é explicada pelas relações causais hipotéticas que constam no modelo. De referir que enquanto a variabilidade das variáveis exógenas é determinada por variáveis não consideradas no modelo, a variabilidade das variáveis endógenas é explicada pelas variáveis exógenas e/ou por outras variáveis endógenas (mediadoras) do modelo (Marôco, 2010a). A análise da distância quadrada de *Mahalanobis* ($p_1; p_2 < 0.05$ como indicativo da existência de um *outlier*) indicou a inexistência de *outliers* extremos em todos os modelos em análise. No mesmo sentido, nenhuma das variáveis apresentou desvios significativos à distribuição normal (assimetria $< |3|$ e curtose $< |10|$) (Kline, 1998) nos modelos testados. De modo a assegurar a

¹⁰² O cálculo das correlações produto-momento de *Pearson* revelou que as variáveis dependentes se correlacionam positiva e significativamente.

inexistência de problemas de multicolinearidade procedeu-se ao cálculo do VIF (Factor de Inflexão da Variância) no SPSS Statistics (v.20, IBM SPSS, Inc), tendo-se verificado que nenhuma das variáveis apresentava valores (>5) indicadores de possíveis problemas de multicolinearidade. O ajustamento global, de cada um dos modelos teóricos testados, foi avaliado através dos seguintes índices de ajustamento: *Chi-square* (χ^2), *Normed Chi-Square* (Wheaton et al., 1977), *Tucker Lewis Index* (TLI, Tucker & Lewis, 1973), *Comparative Fit Index* (CFI, Bentler, 1990) e o *Root-Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, Steiger, 1990) com um intervalo de confiança de 90%. A significância das trajectórias (dos coeficientes de regressão) e os índices de ajustamento dos modelos foram estimados através do Método da Máxima Verosimilhança. A intensidade da relação entre variáveis é dada pelos coeficientes de trajectória, considerando-se estatisticamente significativos os coeficientes de regressão com um $p < .05$. A significância dos efeitos totais, directos e indirectos do modelo final foi testada através do *bootstrap* disponível no AMOS, com 2000 reamostragens que foram posteriormente utilizadas para calcular as médias dos efeitos estimados e dos intervalos de confiança (IC) associados (Schumacker, & Lomax, 2004) em cada um dos modelos. À semelhança dos estudos anteriores optou-se pelo intervalo de confiança acelerado corrigido de 95% dado que o mesmo é o mais recomendado em estudo de mediação (MacKinnon, 2008; Mallinckrodt et al., 2006). Tendo por base considerações teóricas, e a análise das correlações de Pearson, foram adicionadas em todos os modelos trajectórias correlacionais, sem relação de causa-efeito, entre os erros de medida das variáveis mediadoras.

4.3. Resultados

Resultado das ANOVAS na comparação das duas amostras em estudo

Na tabela 25 apresenta-se uma síntese das médias e dos desvios-padrão obtidos para cada uma das variáveis, em cada uma das amostras clínica e não-clínica, e os resultados obtidos nas ANOVAS¹⁰³ conduzidas para avaliar a existência de diferenças nas médias entre as duas amostras e o *eta square*, enquanto estimativa da magnitude das diferenças encontradas. De um modo geral, os resultados mostraram que os dois grupos se diferenciam significativamente ($p \leq .05$) relativamente a todas as variáveis em análise. Especificamente, verificou-se que as diferenças eram notoriamente mais elevadas no que concerne ao afecto positivo de segurança [$F_{(1, 511.283)} = 242.558, p < .001, \eta^2 = .30$], às crenças de perigosidade acerca das emoções [$F_{(1, 578)} = 211.551, p < .001, \eta^2 = .27$], à vergonha externa [$F_{(1, 477.730)} = 104.474, p < .001, \eta^2 = .16$] e às crenças de validação emocional [$F_{(1, 471.457)} = 91.81, p < .001, \eta^2 = .14$], sendo estes resultados sugestivos de que, os participantes que compõem a amostra clínica apresentam níveis marcadamente mais elevados de vergonha externa e de crenças de perigosidade acerca das emoções, e pelo contrário, níveis acentuadamente mais baixos de afecto positivo de segurança e de crenças de validação emocional comparativamente à amostra não-clínica. Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas, num grau de moderado, no que concerne à recordação de experiências precoces de validação emocional [$F_{(1, 578)} = 39.42, p < .001, \eta^2 = .06$] e de invalidação emocional [$F_{(1, 486.188)} = 63.10, p = .001, \eta^2 = .10$] na relação com as figuras parentais e no que diz respeito ao estilo parental carinho [$F_{(1, 576)} = 44.69, p < .001, \eta^2 = .07$], o que sugere, que os participantes da amostra clínica reportam num grau mais elevado recordações de se terem sentido emocionalmente invalidados no seio da sua família, e por isso, de terem muito poucas recordações de em momentos de perturbação emocional se terem sentido emocionalmente validados ou de manifestações comportamentais de carinho, suporte e afecto por parte das suas figuras parentais. Por fim, verificou-se, que os participantes da amostra clínica em comparação com os da amostra não-clínica, tendem a recordar os seus pais como tendo sido mais sobre-protectores, controladores e frios, apesar

¹⁰³ De acordo com os resultados obtidos no teste de Levene procedeu-se à análise do F da ANOVA (no caso das variâncias serem homogéneas) ou do F de Welch (no caso das variâncias serem heterogéneas).

da diferença entre as duas amostras ser de baixa magnitude (ainda que estatisticamente significativa; $F_{(1, 576)}=10.02$, $p=.002$, $\eta^2=.02$). Os valores de consistência interna (α de *Cronbach*) de cada uma das variáveis em estudo são apresentados na tabela 25. Todas as variáveis apresentam uma elevada consistência interna ($\alpha >.70$), à excepção da variável crenças de validação emocional que na amostra não-clínica, apresentou um valor ligeiramente abaixo, ainda que aceitável.

Resultado das análises multigrupos

Em seguida procedeu-se à uma análise multigrupos para testar se o modelo de trajetórias que se pretendia testar (figura 8) era invariante para as duas amostras.

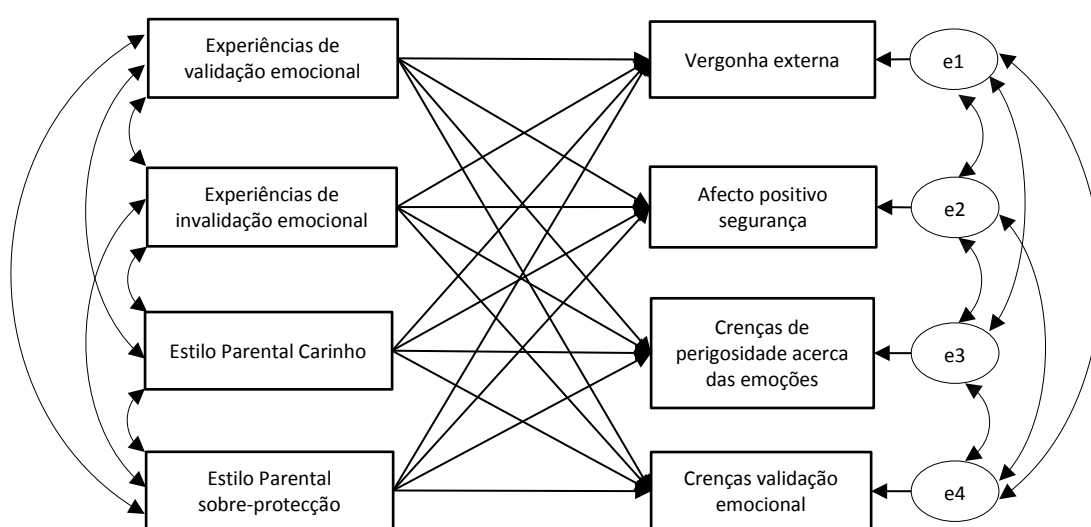


Figura 8. Modelo teórico explicativo da relação entre a recordação das experiências de invalidação e validação emocional com a vergonha externa, afecto positivo de seguranças, crenças de perigosidade e incontrolabilidade acerca das emoções e crenças de validação emocional, quando se controla o efeito do estilo parental de carinho e de sobreprotecção.

Tabela 25

Testes da Comparação (ANOVAS) entre a amostra clínica e a amostra não-clínica mista nas variáveis em estudo e valores de consistência interna para cada uma das variáveis em estudo.

	Amostra clínica (n=319)		Amostra não-clínica (n=261)		F	p	η^2	Amostra clínica	Amostra não-clínica
	M	DP	M	DP				α	α
QEVE – validação	2.54	0.89	3.01	0.90	39.42	<.001	.06	.93	.94
QEVE – invalidação	2.27	0.79	1.80	0.61	63.10	.001	.10	.94	.94
PBI – Carinho	1.70	0.63	2.03	0.56	44.69	<.001	.07	.91	.92
PBI – Sobre-protecção	1.30	0.52	1.17	0.47	10.02	.002	.02	.88	.88
ETAP – seguro	2.46	0.74	2.61	0.64	242.56	<.001	.30	.76	.76

OAS - vergonha externa	1.64	0.75	1.06	0.58	104.47	<.001	.16	.94	.92
LESS - crenças de perigosidade acerca das emoções	4.09	0.91	2.97	0.94	211.55	<.001	.27	.87	.88
LESS – crenças de validação emocional	3.49	1.10	4.27	0.82	91.81	<.001	.14	.84	.65

O teste da diferença do χ^2 que compara o ajustamento modelo livre com o ajustamento do modelo com os coeficientes de trajectória estruturais, as variâncias e covariâncias fixas, sugere que a estrutura dos coeficientes de trajectória difere significativamente entre a amostra clínica e a amostra não-clínica. Sendo $\chi^2_{dif} = 31.710 > \chi^2_{0.95;(16)} = 26.296$ e o p value associado ao χ^2_{dif} igual a .011 pôde depreender-se que os coeficientes das trajectórias causais diferem significativamente entre as duas amostras. Por este motivo, apresentam-se, em seguida, os cálculos das análises correlacionais e das análises de regressão linear múltipla multivariada, separadamente, para a amostra não-clínica e para a amostra clínica.

Estatística descritiva da amostra não-clínica e da amostra clínica por géneros

Os valores médios e de desvio-padrão de cada uma das variáveis em estudo para a amostra clínica total e para a amostra não-clínica total, bem como separadamente por géneros, é apresentada na tabela 26. Os resultados do teste t de student para amostras independentes mostraram que os respondentes do género feminino e os do género masculino não diferiam significativamente nos valores médios apresentados para as variáveis em estudo, quer na amostra clínica quer na amostra não-clínica pelo que a variável género não foi incluída nas análises de trajectórias testadas.

Tabela 26

Valores médios, de desvio-padrão para o total da amostra e por géneros.

	Amostra não-clínica							t	p	α
	Total (n=319)		Género Feminino (n=163)		Género Masculino (n=156)					
	M	DP	M	DP	M	DP				
QEVE – validação	3.01	0.90	3.06	0.96	2.96	0.83	1.07	.288	.94	
QEVE – invalidação	1.80	0.61	1.83	0.62	1.77	0.61	0.93	.352	.94	
PBI – Carinho	2.03	0.56	2.01	0.59	2.06	0.52	-0.79	.431	.92	
PBI – Sobre-protecção	1.17	0.47	1.22	0.51	1.12	0.42	1.87	.063	.88	
ETAP – seguro	2.53	0.70	2.46	0.74	2.61	0.64	1.84	.067	.76	
OAS - vergonha externa	1.06	0.58	1.05	0.59	1.08	0.56	-0.48	.635	.92	
LESS - crenças de perigosidade acerca das emoções	2.97	0.94	2.97	0.97	2.96	0.91	0.10	.923	.88	
LESS – crenças de validação emocional	4.27	0.82	4.35	0.87	4.19	0.76	1.79	.075	.65	

	Amostra clínica							t	p	α
	Total (n=261)		Género Feminino (n=204)		Género Masculino (n=57)					
	M	DP	M	DP	M	DP				
QEVE – validação	2.54	0.89	2.58	0.89	2.41	0.88	1.26	.210	.93	
QEVE – invalidação	2.27	0.79	2.28	0.79	2.27	0.79	0.05	.961	.94	
PBI – Carinho	1.70	0.63	1.70	0.64	1.71	0.56	-0.10	.922	.91	
PBI – Sobre-protecção	1.30	0.52	1.30	0.51	1.31	0.53	-0.10	.919	.88	
ETAP – seguro	1.54	0.82	1.51	0.83	1.61	0.80	-0.82	.415	.76	
OAS - vergonha externa	1.64	0.75	1.68	0.73	1.50	0.83	1.57	.118	.94	
LESS - crenças de perigosidade acerca das emoções	4.09	0.91	4.14	0.88	3.90	0.97	1.83	.068	.87	
LESS – crenças de validação emocional	3.49	1.10	3.53	1.13	3.36	0.98	1.04	.301	.84	
DASS - depressão	1.20	0.87	1.25	0.88	1.04	0.85	1.62	.107	.97	
DASS - ansiedade	0.86	0.66	0.90	0.67	0.71	0.62	1.89	.060	.91	

Análises Correlacionais

Com o objectivo de explorar a relação entre a recordação de experiências de invalidação e de validação emocional (vivenciadas durante a infância e adolescência com os pais), os estilos parentais de carinho e de sobre-protecção, o afecto positivo de segurança, a vergonha externa, as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas e as crenças de validação emocional foi calculada uma matriz de correlações produto-momento de *Pearson* (tabela 27)¹⁰⁴.

Os resultados obtidos para a amostra não-clínica mostraram, tal como esperado, que a recordação de experiências de invalidação emocional na relação com os seus pais (de crítica, punição e/ou minimização das suas emoções) e de um estilo parental de sobre-protecção estão positiva e significativamente associadas à vergonha externa (respectivamente, $r=.24$, $p < .01$ e $r=.31$, $p < .01$) e com as crenças de perigosidade acerca das emoções (respectivamente, $r=.28$, $p < .01$ e $r=.33$, $p < .01$) e negativamente associada ao afecto positivo de segurança (respectivamente, $r= -.20$, $p < .01$ e $r= -.39$, $p < .01$) e às crenças de validação emocional (respectivamente, $r= -.22$, $p < .01$ e $r= -.39$, $p < .01$). No sentido contrário, a recordação de experiências de validação emocional (em que os pais legitimaram, aceitaram, compreenderam e normalizaram as experiência emocional) e de um estilo parental de carinho estão negativamente associadas à vergonha externa (respectivamente, $r=-.29$, $p < .01$ e $r= -.33$, $p < .01$) e às crenças de perigosidade acerca das emoções (respectivamente, $r=-.20$, $p < .01$ e $r=-.27$, $p < .01$) e positivamente associadas ao afecto positivo de segurança (respectivamente, $r=.37$, $p < .01$ e $r=.40$, $p < .01$) e às crenças de validação emocional (respectivamente, $r=.46$, $p < .01$ e $r=.39$, $p < .01$). Ainda para a amostra não-clínica os resultados mostraram que as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas estão positiva e significativamente associadas à vergonha externa ($r=.47$, $p < .01$) e negativamente associadas às crenças de validação emocional ($r=-.27$, $p < .01$) e ao sistema de afecto positivo de segurança ($r= -.33$, $p < .01$). Pelo contrário, as crenças de validação emocional apresentam uma correlação negativa com a vergonha externa ($r= -.37$, $p < .01$), e positiva com o sistema de afecto positivo de segurança ($r=.42$, $p < .01$). Por fim, verificou-se que a vergonha externa apresenta uma correlação negativa de moderada magnitude com o sistema positivo de segurança ($r=-.45$, $p < .01$). Um resultado interessante é o de que enquanto a recordação de experiências de validação emocional se encontra mais fortemente associada à recordação de um estilo parental de carinho ($r=.63$, $p < .01$) do que negativamente associada à recordação de um estilo parental de sobre-protecção ($r=-.36$, $p < .01$), a recordação de experiências de invalidação emocional apresenta uma associação positiva com o estilo parental de sobre-protecção ($r=.45$, $p < .01$) de magnitude similar à associação negativa que encontrada com o estilo parental de carinho ($r= -.47$, $p < .01$). No mesmo sentido, o estilo parental de sobre-protecção apresenta uma associação negativa mais forte com o estilo parental de carinho ($r=-.61$, $p < .01$), do que a magnitude de correlação encontrada entre as experiências de validação emocional e a recordação de experiências de invalidação emocional ($r= -.22$, $p < .01$).

Tabela 27

Correlações produto-momento de *Pearson* entre as variáveis na amostra não-clínica ($n=319$) e na amostra clínica ($n=261$)

Variáveis	Amostra não-clínica							
	QEVE Val.	QEVE Inv.	PBI Car.	PBI Sob.	TPAS Seg.	OAS	LESS CN	LESS CV
QEVE Val.	1							
QEVE Inv.	-.22**	1						
PBI Car.	.63**	-.47**	1					

¹⁰⁴ A magnitude das correlações foi classificada como baixa (para valores entre $r=.10$ e $r=.29$), moderada (para valores entre $r=.30$ e $r=.49$) ou alta (para valores entre $r=.50$ e $r=1.00$) de acordo com as orientações de Cohen (1988, pp.79-81 tal como descrito em Pallant, 2010).

PBI Sob.	-.36**	.45**	-.61**	1						
TPAS Seg.	.37**	-.20**	.40**	-.39**	1					
OAS	-.29**	.24**	-.33**	.31**	-.45**	1				
LESS CN	-.20**	.28**	-.27**	.33**	-.33**	.47**	1			
LESS CV	.46**	-.22**	.39**	-.39**	.42**	-.37**	-.27**	1		

Amostra clínica										
Variáveis	QEVE Val.	QEVE Inv.	PBI Car.	PBI Sob.	TPAS Seg.	OAS	LESS CN	LESS CV	DASS Dep.	DASS Ans.
QEVE Val.	1									
QEVE Inv.	-.36**	1								
PBI Car.	.71**	-.58**	1							
PBI Sob.	-.20**	.49**	-.37**	1						
ETAP Seg.	.41**	-.20**	.32**	-.16**	1					
OAS	-.09	.31**	-.17**	.23**	-.39**	1				
LESS CN	-.11	.28**	-.23**	.23**	-.42**	.51**	1			
LESS CV	.40**	-.21**	.37**	-.19**	.42**	-.31**	-.34**	1		
DASS Dep.	-.09	.16*			-.44**	.54**	.55**	-.35**	1	
DASS Ans.	.07	.13**			-.27**	.40**	.47**	-.17**	.69**	1

** $p < .01$

QEVE Val. = QEVE Validação; QEVE Inv. = QEVE Invalidação; PBI Car.= PBI Carinho; PBI Sob.= PBI Sobre-protecção; TPAS Seg.= TPAS Seguro; OAS= Vergonha externa; LESS CN= LESS Crenças de incontrolabilidade e perigosidade acerca das emoções; LESS CV = Crenças de Validação Emocional; DASS Dep.= DASS Depressão; DASS Ans.= DASS Ansiedade

Os resultados obtidos na amostra clínica mostraram que a recordação de experiências de invalidação e a recordação de experiências de validação emocional com os pais estão negativamente correlacionadas entre si. Mais concretamente verificou-se que a recordação de ter tido experiências de invalidação emocional com os pais (*e.g.*, de desvalorização, ridicularização, crítica ou punição da experiência e expressão das emoções) está positiva e significativamente associada à vergonha externa (à percepção de que os outros irão desvalorizar, criticar, rejeitar ou atacar o eu porque o avaliam como indesejável e indesejado; $r=.31$, $p<.01$) e às crenças negativas acerca das emoções (como inaceitáveis, incontroláveis e perigosas; $r=.28$, $p<.01$). No sentido oposto, a recordação de ter tido experiências de validação emocional com os pais (*e.g.*, de que os pais ensinaram a nomear, discriminar, regular e a expressar de modo socialmente aceitável as emoções, através da adopção de uma atitude empática, calorosa e de proximidade) está positiva e significativamente associada ao afecto positivo de segurança ($r=.41$, $p<.01$) e com as crenças de validação emocional (de que os outros compreendem, aceitam, normalizam e validam a vivência de emoções negativas; $r=.40$, $p<.01$).

No mesmo sentido, a recordação de um estilo parental de sobre-protecção e a recordação de um estilo parental de carinho estão negativamente correlacionadas entre si ($r=-.37$, $p<.01$). Mais concretamente verificou-se que a recordação de um estilo parental de sobre-protecção (*e.g.*, de controlo, infantilização) está positiva e significativamente associada à vergonha externa ($r=.23$, $p<.01$) e às crenças negativas acerca das emoções ($r=.23$, $p<.01$) e negativamente associada com o sistema de afecto positivo de segurança ($r=-.16$, $p<.01$) e com as crenças de validação emocional ($r=-.19$, $p<.01$). Como esperado, no sentido oposto, a recordação de um estilo parental de carinho está positiva e significativamente associada ao afecto positivo de segurança ($r=.32$, $p<.01$) e às crenças de validação emocional ($r=.37$, $p<.01$) e negativamente associado à vergonha externa ($r=-.17$, $p<.01$) e às crenças de perigosidade acerca das emoções ($r=-.23$, $p<.01$).

Como esperado a vergonha externa apresenta uma correlação positiva e significativa com as crenças de perigosidade acerca das emoções ($r=.51$, $p<.01$) e, no sentido contrário, uma correlação negativa e significativa ao afecto positivo de segurança ($r=-.39$, $p<.01$) e às crenças de validação emocional ($r=-.31$, $p<.01$). No sentido oposto o afecto positivo de segurança correlaciona-se negativamente às crenças de perigosidade acerca das emoções ($r=-.42$, $p<.01$) e positivamente às crenças de validação emocional ($r=.42$, $p<.01$). Tal como esperado, verificou-se que enquanto a vergonha externa e as crenças de perigosidade acerca das emoções apresentam uma associação positiva e significativa tanto com a

sintomatologia depressiva (respectivamente, $r=.54$ e $r=.55$; $p<.01$) como com a sintomatologia ansiosa (respectivamente, $r=.40$ e $r=.47$; $p<.01$), o afecto positivo de segurança e as crenças de validação emocional apresentam uma associação negativa e significativa tanto com a sintomatologia depressiva (respectivamente, $r=-.44$ e $r=-.35$; $p<.01$) como com a sintomatologia ansiosa (respectivamente, $r=-.27$ e $r=-.17$; $p<.01$).

Resultados da regressão linear múltipla multivariada na amostra não-clínica

A análise da significância das trajectórias (figura 9) mostrou que a recordação de *experiências de invalidação e de validação emocional*, em conjunto com a *recordação dos estilos parentais de carinho e de sobre-protecção*, explicam em conjunto 27% da variância das crenças de validação emocional, 22% da variabilidade do afecto positivo de segurança, 15% da variabilidade da vergonha externa e 14% das crenças de perigosidade acerca das emoções.

Mais concretamente, os resultados mostraram que uma história de validação emocional tem um contributo independente e significativo na predição da vergonha externa ($b=-.100$; $EP=.043$; $p=.019$; $\beta=-.157$), das crenças de validação emocional ($b=.336$; $EP=.056$; $p<.001$; $\beta=.369$) e do afecto positivo de segurança ($b=.151$; $EP=.050$; $p=.002$; $\beta=.195$) mesmo quando se controla estatisticamente o efeito da recordação de experiências de invalidação emocional e do estilo parental de carinho e de sobreprotecção. Já a recordação de experiências de invalidação emocional prediz de forma preponderante a presença de crenças negativas acerca das emoções ($b=.230$; $EP=.094$; $p=.014$; $\beta=.150$), quando se controla estatisticamente o efeito da recordação de experiências de validação emocional e do estilo parental de carinho e de sobreprotecção.

Verificou-se ainda que a recordação de um estilo parental de sobre-protecção prediz significativamente as crenças de validação emocional ($b=-.422$; $EP=.109$; $p<.001$; $\beta=-.242$), a vergonha externa ($b=.200$; $EP=.082$; $p=.015$; $\beta=.164$), as crenças negativas acerca das emoções ($b=.456$; $EP=.135$; $p<.001$; $\beta=.228$) e o afecto positivo de segurança ($b=-.353$; $EP=.095$; $p<.001$; $\beta=-.239$), mesmo quando se remove estatisticamente o efeito estatístico do estilo parental de carinho e a recordação das experiências de validação e de invalidação emocional ocorridas na relação com as figuras parentais.

Os resultados demonstram ainda que quando se coloca a recordação de um estilo parental de carinho a competir com os restantes preditores (nomeadamente com a recordação de experiências de validação emocional com o qual se encontra fortemente associado), ele não prediz significativamente nenhuma das variáveis dependentes em análise.

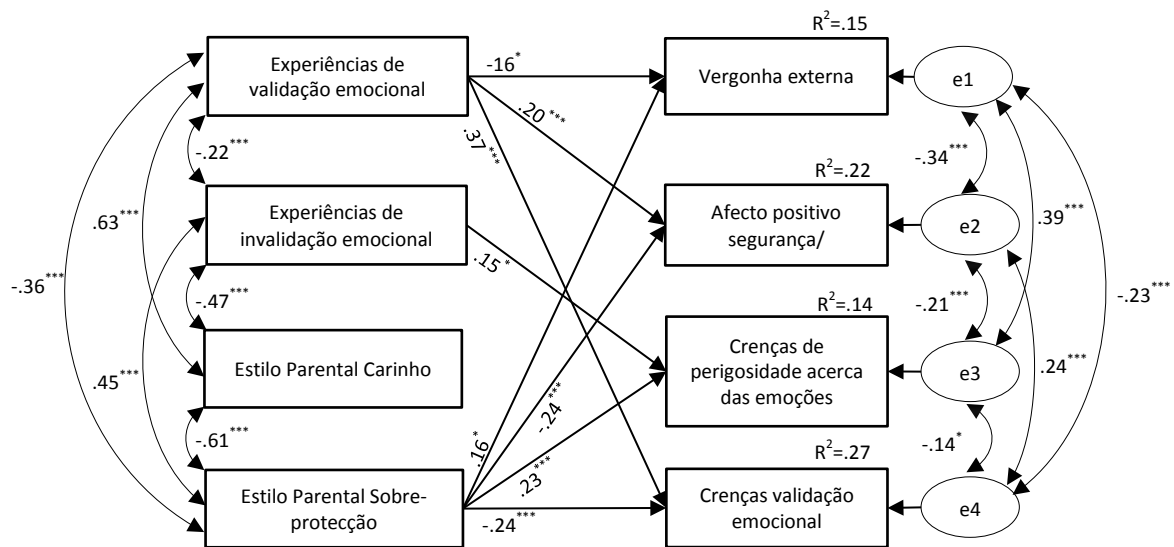


Figura 9. Influência das experiências de validação e de invalidação emocional e dos estilos parentais de carinho e de sobreprotecção na explicação das crenças de perigosidade acerca das emoções, das crenças de validação emocional, na vergonha externa e no sistema de afecto positivo de segurança numa amostra não clínica ($n=319$). Por uma questão de simplificação da figura não se apresentam as trajectórias que se revelaram não significativas. $^{***}p < .001$, $^{**}p < .01$, $^*p < .05$.

Resultados da regressão linear múltipla multivariada na amostra clínica

A análise da significância das trajectórias (figura 10) mostrou que o modelo teórico testado explica no seu conjunto 18% da variância das crenças de validação emocional, 18% da variabilidade do afecto positivo de segurança, 11% da variabilidade da vergonha externa e 10% das crenças de perigosidade acerca das emoções.

Mais concretamente, os resultados mostram que a recordação de se ter vivenciado experiências de invalidação emocional durante a infância e adolescência tem um contributo significativo único na predição da vergonha externa ($b=.258$; $EP=.075$; $p < .001$; $\beta=.268$) e na predição das crenças negativas acerca das emoções ($b=.191$; $EP=.090$; $p = .035$; $\beta=.165$), mesmo quando se controla estatisticamente o efeito da recordação das experiências de validação emocional e os estilos parentais de carinho e de sobreprotecção.

Os resultados sugerem ainda que a recordação de experiências de validação emocional se constitui como um preditor significativo das crenças de validação emocional ($b=.365$; $EP=.100$; $p < .001$; $\beta=.295$) e do afecto positivo de segurança ($b=.347$; $EP=.075$; $p < .001$; $\beta=.375$) mesmo quando se controla estatisticamente o efeito da recordação das experiências de invalidação emocional e os estilos parentais de carinho e de sobreprotecção.

Os resultados demonstram ainda que quando se coloca a recordação de um estilo parental de carinho e de sobreprotecção a competir com os restantes preditores (*i.e.*, com a recordação de experiências de invalidação e de validação emocional), os estilos parentais não predizem significativamente nenhuma das variáveis dependentes.

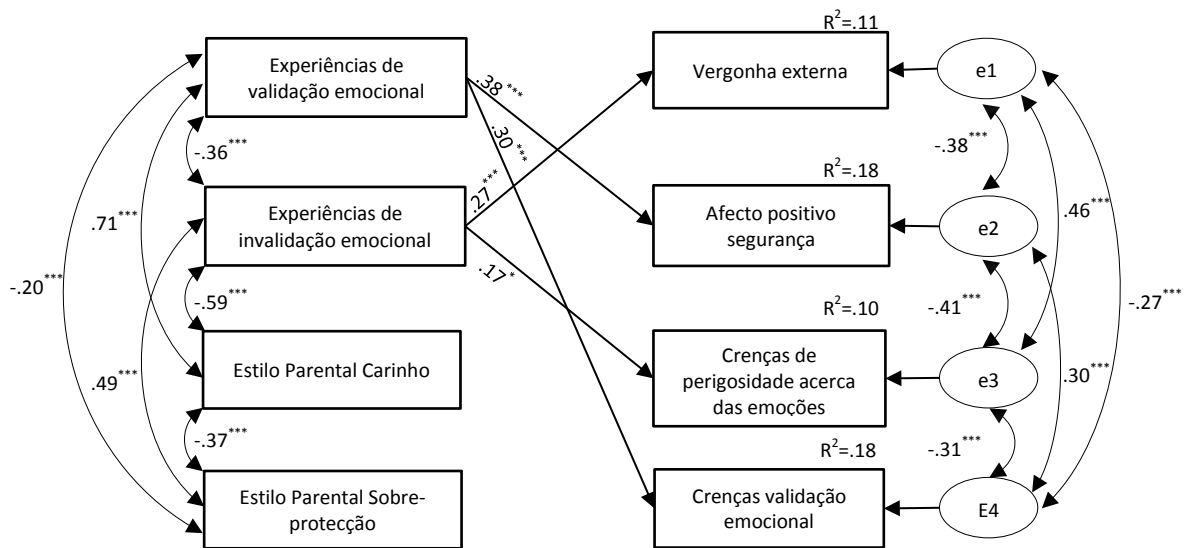


Figura 10. Influência das experiências de validação e de invalidação emocional e dos estilos parentais de carinho e de sobre-protecção na explicação das crenças de perigosidade acerca das emoções, das crenças de validação emocional, na vergonha externa e no sistema de afecto positivo de segurança numa amostra clínica ($n=261$). Por uma questão de simplificação da figura não se apresentam as trajectórias que se revelaram não significativas *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Análise de Trajectórias na amostra clínica

Por último, foi ainda testado um modelo causal hipotético, somente na amostra clínica. Com este modelo (figura 11) foi testada a hipótese do efeito das experiências de validação e de invalidação emocional (QEVE-validação e QEVE-invalidação) poderem ter um efeito na sintomatologia depressiva e ansiosa (DASS-depressão e DASS-ansiedade) indirectamente, através das crenças de perigosidade acerca das emoções (LESS-CN), das crenças de validação emocional (LESS-CV), da vergonha externa (OAS) e do afecto positivo de segurança (ETAP-seguro).

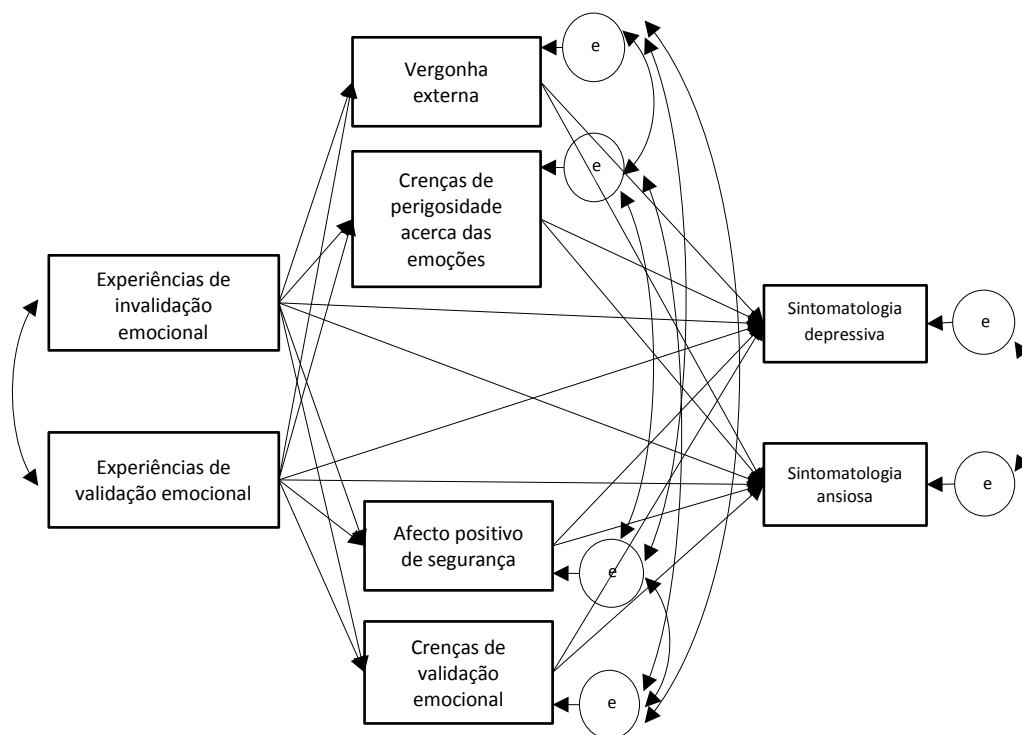


Figura 11. Modelo teórico do contributo diferencial das experiências de validação e de invalidação emocional vivenciadas durante a infância e adolescência na psicopatologia: o papel dos *outputs* dos sistemas de regulação do afecto.

Dado que o modelo teórico inicial continha todas as trajectórias directas e indirectas, e que por esse motivo apresentava um ajustamento perfeito à matriz de dados, não são apresentados os índices de ajustamento global do modelo inicial.

A análise da matriz dos coeficientes não estandardizados mostrou que onze coeficientes de regressão não eram estatisticamente significativos ($p > .05$), pelo que foram progressivamente removidos. Neste sentido, foram eliminadas progressivamente, as trajectórias directas entre as 'experiências de validação emocional \rightarrow crenças negativas de perigosidade acerca das emoções' ($b = -.009$, $EP = .065$; $p = .889$; $\beta = -.009$), as 'crenças de validação \rightarrow sintomatologia ansiosa' ($b = -.008$, $EP = .037$; $p = .836$; $\beta = -.013$), as 'experiências de invalidação emocional \rightarrow sintomatologia ansiosa' ($b = .019$, $EP = .050$; $p = .702$; $\beta = .023$), 'experiências de validação emocional \rightarrow vergonha externa' ($b = .024$, $EP = .048$; $p = .621$; $\beta = .028$), 'experiências de invalidação emocional \rightarrow afecto positivo de segurança' ($b = -.060$, $EP = .062$; $p = .338$; $\beta = -.057$), 'experiências de invalidação emocional \rightarrow crenças de validação' ($b = -.072$, $EP = .081$; $p = .371$; $\beta = -.052$), 'experiências de invalidação emocional \rightarrow sintomatologia depressiva' ($b = -.066$, $EP = .049$; $p = .176$; $\beta = -.059$), 'afecto positivo de segurança \rightarrow sintomatologia ansiosa' ($b = -.099$, $EP = .052$; $p = .058$; $\beta = -.123$), 'experiências de validação emocional \rightarrow sintomatologia depressiva' ($b = .078$, $EP = .051$; $p = .129$; $\beta = .080$) e, por último, 'experiências de validação emocional \rightarrow sintomatologia ansiosa' ($b = .064$, $EP = .034$; $p = .057$; $\beta = .087$).

Após a eliminação das trajectórias não significativas, o modelo aninhado apresentou ajustamento muito bom à matriz de dados observados $\chi^2(10, N=261)=13.329$, $p = .206$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$)= 1.333, Comparative Fix Index (CFI)=0.995, Tucker Lewis Index (TLI)=0.986, Root-mean-square error of

approximation (RMSEA)= .036, com um IC a 90% =].000; .081[. Em seguida, calculou-se o teste das diferenças do χ^2 para comparar a qualidade de ajustamento entre o modelo inicial (que apresenta um ajustamento perfeito) e o modelo aninhado, no sentido de avaliar se ocorria uma diminuição estatisticamente significativa na qualidade do ajustamento global devido à remoção das trajectórias não significativas. Tal como esperado, os resultados confirmaram a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre os dois modelos [$\chi^2_{Dif} = 13.329 < \chi^2_{0.95; (10)} = 18.307; p > .05$], pelo que se optou pela escolha do modelo aninhado, por ser mais simples.

Análise das Mediações

A análise da matriz de coeficientes não estandardizados estimados pelo método da Máxima Verosimilhança mostrou que todos os coeficientes de trajectória individuais estatisticamente significativos ($p < 0.05$) ocorrem na direcção esperada de acordo com o modelo teórico (na figura 12, são apresentados os coeficientes estandardizados).

O modelo final (aninhado) explica 41% ($R^2 = .413$) da variabilidade da sintomatologia depressiva e 25% ($R^2 = .252$) da sintomatologia ansiosa.

A significância dos efeitos directos, indirectos e totais do modelo aninhado foram calculados através do método *bootstrap* (com 2000 reamostragens) tendo sido considerados os intervalos de confiança de aceleração corrigida de 95% em torno de cada um dos efeitos estimados.

Os resultados mostraram que o efeito das *experiências de invalidação emocional* na *sintomatologia depressiva* ocorre indirectamente através da *vergonha externa* ($\beta = .083$) e das *crenças de perigosidade acerca das emoções* ($\beta = .073$), com ambos os efeitos indirectos a estar enquadrado para um IC 95% =].098; .218[com um $p = .001$ associado e a corresponderem, respectivamente, a 53% (.083/.156) e 47% (.073/.156) do efeito indirecto total encontrado. No mesmo sentido verificou-se que o efeito das *experiências de invalidação emocional* na *sintomatologia ansiosa* ocorre indirectamente através da *vergonha externa* ($\beta = .062$) e das *crenças de perigosidade acerca das emoções* ($\beta = .087$), com ambos os efeitos indirectos a estarem enquadrados para um IC 95% =].091; .209[com um $p = .001$ associado e a corresponderem, respectivamente, a 42% (.062/.149) e 58% (.087/.149) do efeito indirecto total encontrado. Por último, verificou-se que o efeito das *experiências de validação emocional* na *sintomatologia depressiva* ocorre indirectamente através do afecto positivo de segurança ($\beta = -.056$) e das *crenças de validação emocional* ($\beta = -.043$), com ambos os efeitos indirectos a estarem enquadrado para um IC 95% =]-.144; -.059[com um $p = .001$ associado e a corresponderem, respectivamente, a 56% (-.056/-.100) e 43% (-.043/-.100) do efeito indirecto total encontrado.

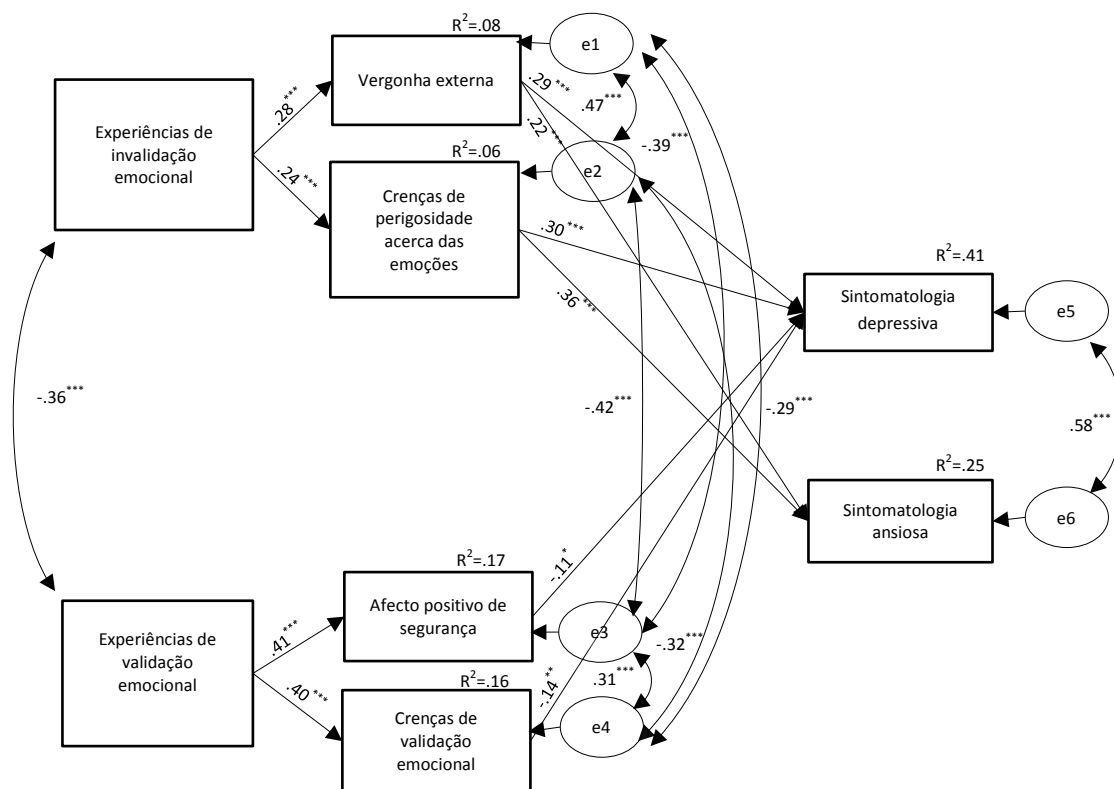


Figura 12. O efeito das experiências de validação e de invalidação emocional na sintomatologia depressiva e ansiosa: o papel dos outputs dos sistemas de regulação do afecto. ***p < .001, **p < .01, *p < .05

4.4. Discussão

O objectivo central do presente estudo era o de examinar em que medida é que a recordação de um passado marcado pela ocorrência de experiências de validação/ invalidação emocional, na relação com as figuras parentais, predizia a predisposição para experienciar vergonha externa, as crenças de perigosidade e incontrolabilidade acerca das emoções, o afecto positivo de segurança e as crenças de validação emocional, ao mesmo tempo que se controla estatisticamente o efeito de duas dimensões amplamente investigadas na literatura (o estilo parental de cuidado e o estilo parental de sobreprotecção). Ou seja, pretendia-se avaliar o efeito de uma história marcada de invalidação/ validação emocional quando controlado o efeito de duas dimensões que são frequentemente utilizadas em investigação quando se pretende avaliar retrospectivamente a 'qualidade' da relação percebida pelos respondentes com as suas figuras parentais (e.g., Gilbert et al., 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999). Por fim, pretendia-se ainda averiguar se as associações investigadas se revelavam ou não invariantes entre a amostra clínica e a amostra não-clínica.

Dado que as duas amostras em estudo se diferenciavam significativamente no que diz respeito às variáveis sociodemográficas (i.e., a amostra clínica é significativamente mais jovem e mais instruída do que a amostra não-clínica), num primeiro momento examinou-se em que medida é que estas diferenças poderiam ou não influenciar as análises estatísticas subsequentes. As análises correlacionais revelaram desde logo que apesar das diferenças encontradas a idade apenas se correlacionava com a vergonha externa e os anos de escolaridade apenas se correlacionavam com a recordação de experiências de validação emocional e com o afecto positivo de segurança. Adicionalmente todas as correlações eram

de baixa magnitude, pouco expressivas e possivelmente devidas à elevada dimensão da amostra total. Estes resultados foram ainda corroborados pelas análises de covariância a um factor que mostraram que mesmo quando se controlava a variável anos de escolaridade, os valores médios das variáveis, recordação de experiências de validação emocional e o afecto positivo de segurança, continuavam a ser significativamente diferentes nas duas amostras. E apesar de não ter sido possível aplicar um procedimento similar no que concerne à vergonha externa a baixa magnitude de correlação encontrada com a variável idade e a elevada dimensão da amostra não tornava impeditivo a condução das análises estatísticas subsequentes.

Os testes da variância a um factor (ANOVAS) mostraram, tal como hipotetizado, que a amostra clínica e a amostra não-clínica se diferenciavam significativamente nos valores médios de todas as variáveis em estudo. Mais especificamente, os resultados mostravam que os participantes da amostra clínica reportavam terem vivenciado significativamente mais *experiências de invalidação emocional* (e, pelo contrário, menos experiências de validação emocional), na sua relação com as figuras parentais, durante a sua infância e adolescência, quando comparados com os participantes da amostra não-clínica. Ou seja, os indivíduos da amostra clínica apresentavam memórias emocionais (da sua relação com as figuras parentais) significativamente mais negativas, descrevendo-as como indiferentes, críticas, rejeitantes, ameaçadoras e punitivas em relação às suas emoções. Pelo contrário, a amostra não-clínica, quando comparada com a amostra clínica, reportou a ocorrência significativamente mais elevada, de *experiências de validação emocional* na relação com as figuras parentais. Em concreto, os respondentes da amostra não-clínica apresentavam mais memórias emocionais positivas associadas ao suporte, disponibilidade e ajuda providenciado pelas suas figuras parentais, nomeadamente, de que estas os ajudavam a compreender e a regular as suas emoções, e de que actuavam como fontes de conforto, compreensão, normalização, tranquilização e segurança em momentos de perturbação emocional. As duas amostras diferenciavam-se ainda de forma significativa no que concerne aos estilos parentais de cuidado e sobre-protecção. Mais especificamente, a amostra clínica descreve, de forma significativamente mais marcada do que amostra não-clínica, e no que se refere ao *estilo parental de sobreprotecção*, as suas figuras parentais como tendo sido controladoras, sobre-protectoras, intrusivas, invasoras da sua privacidade e impeditivas da sua independência e autonomia enquanto a amostra não-clínica os avaliou como tendo sido promotores da sua autonomia e independência. No sentido contrário, e no que diz respeito ao *estilo parental de carinho*, a amostra não-clínica avaliou a sua relação com as figuras parentais como tendo sido marcada pela afeição, calor emocional, empatia, proximidade e suporte emocional, enquanto a amostra clínica os avaliou como tendo sido emocionalmente mais frios, indiferentes, insensíveis, negligentes e rejeitadores.

Os resultados mostraram igualmente que as duas amostras diferem significativamente nas restantes variáveis, com a amostra clínica a apresentar níveis significativamente mais elevados de vergonha externa e de crenças de perigosidade acerca das emoções e valores significativamente mais baixos de afecto positivo de segurança e de crenças de validação emocional. Isto significa que, numa larga extensão, os participantes da amostra clínica tendem a apresentar mais crenças negativas acerca das suas emoções, ou seja, a julgar mais severamente os seus estados emocionais como sendo incontroláveis, incompreensíveis, inaceitáveis e perigosos, em comparação com os participantes da amostra não-clínica. Adicionalmente, os participantes da amostra clínica, em comparação com os da amostra não-clínica, tendem a apresentar níveis mais elevados de vergonha externa, e como tal, a acreditar marcadamente que o outros os julgam negativamente, como sendo globalmente inferiores, inadequados, defeituosos, repugnantes, sem valor, fracos e/ ou maus e de que por eles nutrem sentimentos de raiva, repugnância, e nojo. Estando a vergonha externa associada à activação do sistema de protecção contra as ameaças, os resultados são sugestivos de que os indivíduos da amostra clínica tendem a apresentar uma maior activação das suas estratégias defensivas em comparação com os participantes da amostra não-clínica, e como tal, a perceberem-se como estando sob a ameaça

constante de serem rejeitados, atacados, criticados e rejeitados pelos outros por não serem capazes de gerar afecto positivo na mente destes (ou que até possivelmente desencadeiam afecto negativo) a seu respeito. Neste sentido, estes resultados são consonantes aos obtidos para as restantes variáveis dado que os participantes da amostra clínica reportaram níveis significativamente mais baixos de afecto positivo de segurança (afecto este que está associado à activação do sistema de regulação do afecto positivo de segurança, contentamento e calor e que é vivenciado no seio de relações de vinculação-afiliativas), e reportam significativamente menos crenças de validação emocional, o que significa que tendem a acreditar que não podem confiar nos outros para obter suporte, compreensão e validação em momentos de perturbação emocional (*i.e.*, os outros são avaliados mais como fonte de ameaça do que como fonte de tranquilização, acalmia e segurança).

Um resultado interessante das análises da variância a um factor conduzidas é o grau de magnitude das diferenças encontradas para as diferentes variáveis entre as duas amostras. Mais especificamente verificou-se que as diferenças são mais notórias e de grande magnitude no que concerne à vergonha externa, às crenças de perigosidade acerca das emoções, ao afecto positivo de segurança e às crenças de validação emocional, de magnitude moderada a elevada no que diz respeito às experiências de invalidação e de validação emocional e ao estilo parental de carinho e, de baixa magnitude, no que concerne ao estilo parental de sobreprotecção. De facto, este resultado é sugestivo de que os respondentes da amostra clínica não são 'apenas' de uma forma geral mais negativos do que os da amostra não-clínica dado que em relação às médias do estilo parental de sobre-protecção são apenas marginalmente diferentes (ainda que de forma significativa) entre as duas amostras. Ao invés, os resultados parecem sugerir é que se em relação a algumas variáveis as duas amostras diferem marcadamente em relação a outras não são tão expressivas as diferenças encontradas.

Dadas as diferenças encontradas nas médias amostrais entre a amostra clínica e não-clínica, o passo seguinte foi a condução de uma análise multigrupos que serviu precisamente o propósito de testar a possibilidade, que se veio a confirmar, de existirem diferenças estatisticamente significativas entre as duas amostras no que concerne às relações hipotetizadas. Dito de outro modo, os resultados da análise multigrupos mostraram que o modelo teórico hipotetizado, de que a recordação das experiências de validação e de invalidação emocional na predição da vergonha externa, das crenças de perigosidade acerca das emoções, do afecto positivo de segurança e das crenças de validação emocional (quando se controla estatisticamente o efeito do estilo parental de carinho e do estilo parental de sobreprotecção) diferiu significativamente entre as duas amostras em estudo. Por esse motivo, foram calculadas, separadamente, para as duas amostras em estudo, análises de correlações produto-momento de Pearson e regressões lineares múltiplas multivariadas.

Os valores das correlações de Pearson revelaram-se no sentido previsto de acordo com as hipóteses colocadas, e sugestivos de que quanto mais os indivíduos descrevem uma história passada de experiências de invalidação emocional, vividas na relação com as figuras parentais, mais elevados os níveis de vergonha externa e as de crenças de perigosidade acerca das emoções relatadas e mais baixos os níveis de afecto positivo de segurança e de crenças de validação emocional assinalados no momento presente. No sentido contrário quanto mais os indivíduos se recordam de terem vivenciado experiências de validação emocional na relação com as figuras parentais, mais afecto positivo de segurança e mais crenças de validação emocional apresentam no momento presente. E este padrão de resultados verificou-se semelhante nas duas amostras. Contudo, há a ressaltar que se verificou a existência de um padrão diferencial entre as duas amostras no que diz respeito às associações entre a recordação de experiências de validação emocional com as variáveis de interesse, na medida em que enquanto na amostra clínica a recordação de experiências de validação emocional apenas se associa significativamente (e num sentido positivo) às crenças de validação emocional e ao afecto positivo de

segurança, mas não se encontra significativamente associada à vergonha externa e às crenças de perigosidade acerca das emoções, na amostra não-clínica, emergiu um padrão de correlações significativas entre as variáveis mencionadas.

Adicionalmente, no que concerne às associações entre a vergonha externa, as crenças de perigosidade acerca das emoções, o afecto positivo de segurança e as crenças de validação emocional, verificou-se a existência de um padrão de associações mais uma vez similar, para as duas amostras. Dito de outro modo, em ambos os grupos se verificou que quanto mais os indivíduos acreditam que os outros os vêem e julgam negativamente, e que mais sob ameaça estão de serem rejeitados, criticados, atacados e punidos (*i.e.*, mais vergonha externa reportam), mais tendem a acreditar que os outros não normalizam, legitimam e validam as suas emoções, mais julgam eles próprios negativamente as suas emoções e menos tendem a experienciar afecto positivo associado a sentimentos de segurança, acalmia e tranquilização.

Adicionalmente, destacamos ainda dois resultados interessantes no que diz respeito às correlações entre as variáveis que merecem menção. O primeiro é que a correlação entre a recordação das experiências de validação emocional e de invalidação emocional (apesar de negativa como seria de esperar) é de baixa a moderada magnitude em ambas as amostras (amostra clínica: $r = -.36$, $p < .01$; amostra não-clínica: $r = -.22$, $p < .01$). Este resultado é interessante na medida em que é claramente sugestivo de que a recordação de experiências de validação e de invalidação emocional não são dimensões opostas de um mesmo contínuo (porque neste caso, apresentariam uma correlação negativa mas de elevada magnitude), mas de que possivelmente se referem a experiências de natureza diferente (e não simplesmente contrárias), associadas a diferentes vivências (texturas) emocionais, a diferentes significações e, como tal, com distintas implicações cognitivas, emocionais e comportamentais. Outro resultado interessante é que em ambas as amostras uma história passada de validação emocional está fortemente associada à percepção de um estilo parental de carinho (amostra clínica: $r = .71$, $p < .01$; amostra não-clínica: $r = .63$, $p < .01$), ou seja, de que quanto mais a relação com os pais é avaliada como tendo envolvido um elevado afecto, calor emocional, empatia e proximidade emocional mais as figuras parentais são percebidas como fonte de conforto, suporte, tranquilização e segurança emocional, como tendo sido importantes para legitimar, normalizar e validar a experiência emocional e na regulação dos estados emocionais. Pelo contrário, não é tão sobreposta a associação entre a recordação de experiências de invalidação emocional e a atribuição de um estilo parental de sobreprotecção às figuras parentais (amostra clínica: $r = .49$, $p < .01$; amostra não-clínica: $r = .45$, $p < .01$), o que sugere que apesar de tendencialmente os participantes que reportam os seus pais como tendo sido críticos, ameaçadores, punitivos e rejeitadores em relação aos seus estados emocionais também os avaliam como tendo sido intrusivos, negligentes, controladores, nem sempre estas duas dimensões da experiência parental estiveram simultaneamente presentes. Este resultado é ainda sugestivo de que os participantes não responderam no mesmo sentido em ambos os questionários somente porque fazem uma avaliação geral muito negativa ou muito positiva das suas figuras parentais mas que, possivelmente, responderam diferencialmente às dimensões avaliadas de acordo com as suas memórias retrospectivas sobre os comportamentos/ atitudes parentais, sendo possível, que o modo como avaliaram as reacções, comportamentos e atitudes dos seus pais em relação à sua experiência emocional em particular, nem sempre é integralmente sobreposta e concordante com o estilo parental que lhes atribuem.

No que diz respeito aos resultados das regressões lineares múltiplas multivariadas, conduzidas separadamente para a amostra não-clínica e para a amostra clínica, alguns resultados merecem ser discutidos em relação aos objectivos previamente delineados para o presente estudo.

Um dos objectivos do presente estudo era o de investigar em que medida é que uma história pessoal de marcada invalidação emocional durante a infância e a adolescência poderia prever uma maior predisposição para experienciar vergonha externa na idade adulta. A este respeito os resultados obtidos, para a amostra clínica sugerem que efectivamente os indivíduos que mais se recordam da adopção, por parte das figuras parentais, de comportamentos/ atitudes de crítica, rebaixamento, desvalorização, rejeição e punição para com a expressão das suas emoções mais apresentam, efectivamente, na idade adulta a apresentar vergonha externa (mesmo quando se controla estatisticamente o efeito da recordação de experiências de validação emocional, o estilo parental de carinho e o estilo parental de sobreprotecção). Ou seja, quanto mais os indivíduos reportam terem vivenciado experiências de invalidação emocional com as figuras parentais mais preocupações manifestaram com a sua posição social no grupo de referência (Gilbert, 2006a), com o modo como são visto pelos outros (Barrett, 2000) e mais crêem que os outros os vêem negativamente, de modo condenatório, hostil e desvalorizador, como sendo globalmente inferiores, inadequados, defeituosos, repugnantes, sem valor, fracos e/ ou maus (Gilbert, 1992, 1997; 1998a, 2002a, 2006a; Gilbert, Pehl, & Allan, 1994; Gilbert & Procter, 2006). Neste sentido, os resultados obtidos são desde logo consonantes aos obtidos por outros estudos e, à semelhança de estes, sugerem que também a ocorrência de experiências de invalidação na relação com as figuras parentais, quando ocorridas, de forma consistente e repetida, podem funcionar como experiências de ‘ameaça’ _ de modo análogo às experiências de negligência, indiferença, rejeição, abandono, isolamento, desprezo, rebaixamento, crítica, sobreprotecção, ausência de cuidados, parentificação, preferência por um irmão e/ ou abuso (*e.g.*, Andrews, 1995, Andrews & Hubter, 1997; Bifulco & Moran, 1998; Claesson & Sohlberg, 2002; Gilbert et al., 1996; Hoglund & Nicholas, 1995; Lutwak & Ferrari, 1997; Tangney & Dearing, 2002; Webb et al., 2007; Kim et al., 2009; Talbot et al., 2004) cuja associação a uma maior predisposição para a vergonha já foi amplamente demonstrada por diversos estudos.

Adicionalmente, os resultados fornecem suporte empírico à suposição de que os indivíduos que crescem com pais que utilizam como estilo predominante de resposta à expressão das suas emoções a imprevisibilidade ou a punição tendem a aprender a não confiar ou a não esperar receber validação por parte dos outros ou a interpretar qualquer sinal de validação como uma capa para punições futuras, ou quando os pais são especialmente críticos e indiferentes aprendem a avaliar as suas necessidades emocionais como excessivas, envergonhadoras, um fardo ou aborrecimento para os outros ou sinal de falhas no seu carácter (Leahy, 2005a). Neste sentido, e tendo em conta a teoria da vinculação (Bowlby, 1969, 1973, 1988) e o modelo de formação dos esquemas emocionais de Leahy (2005a), o que os resultados parecem sugerir é que os indivíduos expostos a um ambiente de marcada invalidação emocional vão aprender que não podem contar com as figuras parentais para obter suporte, segurança e tranquilização, de que não podem confiar ou esperar dos outros ajuda para compreender, discriminar e regular os seus estados emocionais. E se de acordo com a literatura as experiências precoces, vividas nas relações com as figuras de vinculação influenciam o desenvolvimento dos modelos de trabalho interno do eu, dos outros e do eu-na-relação-com-os-outros (Bowlby, 1969, 1973, 1980; Mikulincer & Shaver, 2005, 2007), de tal modo que, quando as crianças vivem experiências precoces de abuso e negligência internalizam esquemas mentais dos outros como indisponíveis, não confiáveis e hostis e do eu como sendo incompetente, incapaz, sem valor e indesejável (Baldwin & Dandeneau, 2005; Irons & Gilbert, 2005; Gilbert, 2009e, Mikulincer & Shaver, 2004, 2005; Schore, 1994), o que os resultados do presente estudo parecem sugerir é que as crianças expostas a um ambiente de marcada invalidação vão desenvolver uma representação dos outros como sendo indisponíveis, não responsivos, críticos e hostis e de si próprios como sendo frágeis, vulneráveis e incapazes de lidar com as suas emoções.

Adicionalmente a análise ao conteúdo dos itens do questionário de experiências de invalidação emocional e à conceptualização que lhe está subjacente permite colocar a hipótese de que um indivíduo que durante a sua infância foi continuamente exposto a um estilo parental de marcada “punição”, “indiferença” e “desvalorização” emocional, ou seja, em que as suas figuras parentais invalidaram as

suas emoções (através da crítica, da desvalorização, do rebaixamento, da rejeição e/ ou punição; *e.g.*, “O meu pai/ mãe fazia-me crer que se passava algo de errado comigo por ter essa emoção”, “Quando estava triste o meu pai/ mãe criticava-me e humilhava-me verbalmente”, “Quando eu pedia ao meu pai/ mãe para que tivesse em consideração os meus motivos ou se colocasse no meu lugar, ele (a) voltava-se contra mim”), provavelmente a mensagem que estavam a passar à criança é a de que ‘existia algo de profundamente errado acerca do modo como se sentia, ou seja, a seu respeito’, de que existiam características suas (neste caso, as suas emoções, ou pelo menos, a forma como as expressava) que eram profundamente indesejáveis ou pouco atractivas e por isso merecedoras de crítica, desvalorização, rejeição, ataque e até punição. É provável que uma criança exposta de forma sistemática e repetida a experiências de invalidação emocional acredite não só que não pode/ deve expressar as suas emoções às figuras parentais, mas muito provavelmente que não as deve partilhar com mais ninguém, na medida em que sempre que o fez com quem esperaria obter suporte, compreensão e ajuda na regulação das suas emoções, tendem a desencadear reacções negativas de desvalorização, crítica, ataque e punição. Talvez por isso nestas crianças, em parte a experiência de vergonha passe a funcionar como um sinal de alerta de que existem características suas que não pode tornar públicas, sob o prejuízo de vir a ser criticado, desvalorizado, rejeitado ou atacado (Allan, Gilbert, & Goss, 1994; Gilbert, 2000a; Goss, Gilbert, Allan, 1994).

Em relação à amostra não-clínica verificou-se que a recordação de experiências de invalidação emocional não prediz significativamente uma maior vergonha externa na idade adulta. E apesar da natureza do estudo correlacional e transversal não permitir derivar inferências sobre os resultados obtidos, existem duas explicações (que necessitando de ser investigadas e validadas em estudos futuros) poderão possivelmente estar na origem dos resultados encontrados. O primeiro é que, de facto, os indivíduos que compõem a amostra não-clínica, como se verificou nas ANOVAS conduzidas, foram expostos a um passado significativamente menos invalidante do que os indivíduos que compõem a amostra clínica. Como tal, é possível que os resultados obtidos se devam ao facto da exposição a uma baixa frequência de episódios de invalidação poder não ter impacto negativo em processos que estão associados a uma maior vulnerabilidade em desenvolver psicopatologia como é o caso da vergonha externa. Ou seja, é possível que os episódios de invalidação emocional quando ocorrem de forma infrequente não serem suficientemente patogénicos para contribuir para uma maior predisposição para a vergonha externa (até porque se verificou que a vergonha externa é significativamente mais elevada na amostra clínica). Esta possibilidade fundamenta-se ainda no facto de que dos 261 indivíduos que compõem a amostra clínica, 56 cumprem critérios para perturbação borderline de personalidade, sendo este o quadro clínico que mais vezes surge na literatura como tendo como dos seus factores de vulnerabilidade mais notórios um passado marcado por uma história de invalidação emocional no seio da família (*e.g.*, Linehan, 1993a; Brown, Linehan, Comtois, Murray, & Chapman, 2009; Crowell, Beauchaine, Linehan, 2009). Uma segunda possibilidade é a de existirem outras variáveis, não contempladas no modelo, que possam explicar os resultados encontrados. De facto o modelo explicativo dos sistemas de regulação do afecto é um modelo de extrema complexidade (como se pôde ver na introdução do presente estudo), composto por uma diversidade de variáveis, que estabelecem inter-relações entre si, e que são difíceis de testar empiricamente através de procedimentos estatísticos. Como tal, apesar do modelo testado no presente estudo poder apontar linhas futuras que terão interesse em ser investigadas é claramente um modelo simplista e certamente incompleto na explicação do funcionamento dos sistemas de regulação do afecto, e em particular da origem desenvolvimental da vergonha externa (até pela elevada variância não explicada das variáveis dependentes encontrada quer na amostra clínica quer na amostra não-clínica). Neste sentido, tendo em conta as origens desenvolvimentais da vergonha (*cf.* capítulo 1 da presente dissertação, introdução do presente estudo), é expectável que os indivíduos da amostra clínica que apresentam claramente elevados níveis de vergonha externa (em comparação com os participantes da amostra não-clínica) tenham sido expostos não só a um ambiente de marcada invalidação emocional como possivelmente a outras experiências

adversas que podem igualmente contribuir (até possivelmente em inter-relação com as experiências de invalidação emocional) para uma elevada vergonha externa.

Ainda a este respeito é importante ressaltar que os resultados obtidos mostraram que um estilo parental de sobre-protecção se evidencia (igualmente) como um preditor significativo da vergonha externa (mas somente para a amostra não-clínica). Este resultado é consonante com obtido em estudos anteriores que já haviam encontrado uma associação entre a recordação de um estilo parental de sobre-protecção e uma maior predisposição para a vergonha externa e auto-criticismo em amostras não-clínicas (Castilho et al., 2011; Gilbert et al., 1996). Isto significa que enquanto na amostra clínica os indivíduos que apresentam mais vergonha externa recordam terem vivenciado experiências de invalidação emocional na amostra não-clínica, a vergonha externa parece estar sobretudo associada à recordação de um estilo parental de sobre-protecção pautado pelo controlo, sobre-protecção e intrusividade. Estes resultados parecem ir de encontro às explicações anteriormente propostas, na medida em que, apesar de igualmente adversas, envolvem um grau de ameaça diferente para o indivíduo que as experiencia. Dito de outro modo, se atendermos a que um estilo parental de sobre-protecção está associado a uma descrição das figuras parentais como controladoras, sobre-protectoras, intrusivas, que infantilizavam a criança e que lhe davam poucas oportunidades de autonomização (e.g., Parker, 1979a, Parker et al., 1979) e que a recordação de experiências de invalidação emocional parecem estar sobretudo associadas a um estilo parental 'punitivo', 'indiferente' e 'minimizador' (no estudo II do capítulo 3 encontra-se uma descrição detalhada da natureza das experiências de invalidação emocional), caracterizado sobretudo por atitudes de humilhação, ataque, rebaixamento, gozo, crítica e marcada punição das emoções experienciadas, é possível que o estilo parental de sobre-protecção não consiga 'abarcar' todo o espectro de experiências adversas a que possivelmente tiveram expostos os indivíduos que compõe a amostra clínica mas que consiga (porque ocorram possivelmente num grau menor) cobrir o espectro de experiências vivenciadas pela amostra não-clínica. De facto, seria interessante que estudos futuros pudessem explorar qual o impacto de diferentes experiências adversas no nível apresentado de vergonha externa, de modo a investigar a possibilidade das experiências adversas poderem ter um impacto patogénico diferencial para o desenvolvimento dos sistemas de defesa.

Outro resultado interessante do presente estudo foi a constatação de que a recordação de uma história passada de invalidação prediz, no momento presente, a presença de julgamentos severos acerca da experiência emocional, tanto na amostra clínica como na amostra não-clínica. Isto significa que os indivíduos cujas figuras parentais eles percebem como tendo sido críticas, punitivas e/ ou indiferentes à sua experiência ou expressão de perturbação emocional tendem no momento a avaliar as suas emoções como inaceitáveis, avassaladoras, incontroláveis e perigosas. Dito de outro modo, os resultados obtidos sugerem que os indivíduos que mais reportam um passado marcado por episódios de invalidação emocional são os que mais sentem o seu mundo interno como ameaçador, que percebem as suas emoções como uma fonte de ameaça interna. De facto, se tivermos em consideração que os esquemas relacionais quando internalizados se tornam a base para as auto-avaliações e para os sentimentos e experiências eu-eu subsequentes (Baldwin, 1992, 1997; Baldwin & Dandeneau, 2005; Gilbert, 1989, 1993), é possível colocar a hipótese, tendo em conta os resultados obtidos, de que uma exposição prolongada, durante a infância e adolescência, a mensagens verbais e/ ou a comportamentos parentais de crítica, rebaixamento, ataque e punição para com as emoções experienciadas e expressas contribuam, para que, com o tempo e com a replicação deste tipo de experiências de textura emocional esses julgamentos sejam recrutados e endossados no sistema de auto-avaliação e identidade. Ou seja, a criança aprende a julgar e a reagir às suas emoções no mesmo sentido que as suas figuras parentais as julgavam. Neste sentido, os resultados fornecem suporte

empírico ao pressuposto de Leahy (2001, 2005a) de que os indivíduos desenvolvem um conjunto de reacções negativas de ameaça em resposta aos seus próprios eventos internos (motivos, desejos, fantasias, emoções) quando estes eventos internos por estarem associados a um conjunto de crenças negativas (a avaliações de que são avassaladores, motivo de vergonha pessoal, incontroláveis, inaceitáveis, entre outras) se tornaram estímulos internos de ameaça. Adicionalmente, os resultados do presente estudo são concordantes com a posição de Linehan (1993) que defende que a exposição a um ambiente familiar invalidante, entre outros aspectos (tais como uma maior dificuldade em identificar e discriminar estados emocionais, a incapacidade para tolerar emoções desagradáveis e o desenvolvimento de estratégias de regulação emocional disfuncionais, sobretudo de evitamento) tem um impacto no desenvolvimento de crenças negativas acerca das emoções, como sendo inapropriadas, anormais, incompreensíveis, envergonhadoras e patogénicas.

Outra diferença encontrada entre ambas as amostras na explicação da vergonha externa é que enquanto na amostra não-clínica se verificou que as crenças de validação predizem negativamente a vergonha externa na amostra não clínica elas não têm um impacto significativo na explicação da vergonha externa. Os resultados obtidos para a amostra não-clínica vão de encontro à literatura que refere que a vergonha está associada ao sistema de afecto positivo na medida em que ela está associada à perda de atractividade, aceitabilidade e desejabilidade social enquanto agente social (Gilbert, 1997, 1998a, 2002a, 2005a, 2005b; Gilbert et al., 2007) e à percepção de que o eu não é capaz de activar afecto positivo suficiente, ou de que ao invés, está mesmo a gerar afecto negativo na mente dos outros (e.g., raiva, ansiedade, desinteresse, nojo, desprezo) a seu respeito (Gilbert, 2002a, 2003, 2006a). É que de facto o nosso lugar na hierarquia social e a nossa percepção de estatuto social depende frequentemente do modo como os outros nos valorizam e, como tal, do envio de sinais de aprovação, de que somos aceites, atractivos e desejáveis aos olhos dos outros (Gilbert, 1992a, Gilbert et al., 1996). Num estudo conduzido numa amostra de estudantes universitários do género feminino Gilbert e colaboradores (Gilbert et al., 1996) verificaram que a vergonha externa estava negativamente associada a um estilo parental de carinho, o que levou os autores a concluir que não é claro se é a ausência de sinais de valorização ou a presença mais directa de sinais vergonha e de humilhação que se evidenciam como sendo os factores mais patogénicos e se estes até terão porventura efeitos a longo-prazo (p.31). E apesar de em nenhuma das amostras o estilo parental de carinho ter emergido como um preditor significativo das variáveis de interesse, é possível que isso se tenha devido ao facto do seu efeito poder de algum modo já estar 'contido' na recordação de experiências de validação emocional no seio da família. É que de facto não só empiricamente estas duas dimensões se revelaram fortemente correlacionadas (tanto na amostra clínica como não-clínica), o estilo parental de carinho que se refere a uma percepção dos pais como calorosos, cuidadores e empáticos já estará porventura na conceptualização dos pais como validadores/ 'treinadores' de emoções que como refere Leahy (2005a), engloba a percepção de que os pais são responsivos, calorosos e tranquilizadores, de que compreendem, dão suporte e ensinam a criança a associar as suas emoções aos eventos externos que as desencadeiam, a diferenciar entre diferentes emoções e a desenvolver competências de empatia, validação, compaixão, tranquilização e de regulação emocional.

De facto a opção por incluir as duas dimensões (estilo parental de carinho e estilo parental de sobreprotecção) do *Parental Bonding Instrument* (Parker, 1979a) no presente estudo foi precisamente a de se procurar averiguar qual o papel das memórias de validação/ invalidação emocional nas variáveis em estudo quando se controla estatisticamente o efeito das duas dimensões do PBI (até porque estas duas dimensões resultam da construção de um novo instrumento de medida para a presente dissertação, o *Questionários de Experiências de (In)validação Emocional na Família-QEVE*). A opção por se utilizar o PBI

deveu-se ao facto de ele ser um instrumento de medida robusto e amplamente utilizado na literatura permitindo deste modo perceber em que medida é que o QEVE se poderá destacar como um instrumento útil e confiável quando se pretende investigar a formação dos sistemas de regulação do afecto. Adicionalmente o PBI tem vindo a ser utilizado em estudos nesta área com a dimensão cuidado/calor a ser utilizada como uma medida que permite avaliar em medida os respondentes se recordam de terem recebido sinais de valorização por parte das figuras parentais e a dimensão sobre-protecção a ser utilizada como uma medida que permite avaliar em que medida é que os respondentes se recordam de terem recebido sinais de que as figuras parentais são dominantes/têm poder e que a criança se encontrava numa posição de subordinação e de dependência em relação às figuras parentais (Gilbert et al., 1996), o que tornava especialmente relevante comparar o seu poder preditivo em comparação com o QEVE. Dado que tanto o QEVE como o PBI apresentam um comportamento diferencial entre as amostras clínicas e não-clínicas seria importante em estudos futuros serem exploradas estas diferenças, sendo possível, tendo por base os resultados obtidos no presente estudo, que o PBI se venha a revelar um instrumento mais útil para ser implementado sobretudo em amostras não-clínicas (no presente estudo a dimensão sobre-protecção emergiu como um preditor significativo de todas as variáveis em análise) e o QEVE se revele um instrumento especialmente vantajoso de ser implementado em amostras clínicas. Contudo e porque eles remetem para experiências de natureza diferente (particularmente a dimensão sobre-protecção do PBI e a dimensão ambiente de invalidação emocional do LESS), os resultados do presente estudo demonstram que ambos são pertinentes e poderão ser utilizados na investigação e na análise sobre a formação dos sistemas de regulação do afecto.

Por último, verificou-se, quer na amostra clínica quer na amostra não-clínica que a recordação de um passado marcado por experiências de validação emocional prediz significativamente as crenças de validação emocional e o afecto positivo de segurança (mesmo quando se controla estatisticamente o efeito das restantes variáveis predictoras). Sendo a recordação das experiências de validação emocional um preditor significativo das crenças de validação emocional, este resultado parece evidenciar a importância de se ter recordações das figuras parentais como calorosas, prestativas e suportivas (*i.e.*, de se ter recebido sinais sociais positivos de compreensão, aceitação, validação, acalmia e tranquilização) durante a infância e adolescência para que na adultez os outros possam funcionar como fonte de segurança, acalmia e tranquilização, para que se possa acreditar de que os outros são confiáveis e prestativos quanto à regulação das emoções perturbadoras. Neste sentido os resultados obtidos são concordantes com o pressuposto de Leahy (2005a) que os rudimentos das crenças de validação se situam nas relações de vinculação e no modo como os pais estabelecem o processo de socialização das emoções na criança, sendo que, quando estes adoptam um estilo parental responsivo, caloroso e tranquilizador, eles funcionam como treinadores de emoções (na medida em que ensinam à criança a associar as suas emoções aos eventos externos que as desencadeiam, a diferenciar entre diferentes emoções e a desenvolver competências de empatia, validação, compaixão, tranquilização e regulação emocional para com os outros e para consigo) e transmitem a mensagem à criança de que os outros são suportivos, prestativos e agentes de regulação emocional em momentos de perturbação emocional. No mesmo sentido os resultados obtidos vão de encontro à ideia de que quando a criança recebe de forma consistente sinais de calor e acalmia, com o tempo, estes vão transformar-se em sinais internos de auto-tranquilização e de auto-acalmia (Cassidy & Shaver, 1999, Gilbert, 2005a, Mikulincer & Shaver, 2004) o que vai permitir à criança compreender as suas emoções e se sentir segura quando as experiencia (*e.g.*, Gilbert 1989, 1993, 2005a; Leahy, 2005a; Schore, 1994). No mesmo sentido os resultados obtidos são sugestivos de que a recordação de experiências de validação emocional predizem um maior afecto positivo associado a emoções de segurança e calor. Este resultado é sugestivo de que de facto as experiências de validação emocional têm na sua base relações de vinculação-afiliativas, e que possivelmente sempre que a criança vê legitimadas, normalizadas e validadas as suas emoções ela não só estar a ter oportunidades que ajudam a internalizar uma representação positiva das suas emoções (nomeadamente de que estas fazem sentido e de que podem ser acalmadas), como está igualmente a

receber sinais sociais positivos de calor, afecto, cuidado e bondade que possivelmente vão dá lugar (ao estimularem o afecto positivo de contentamento e segurança) a emoções positivas de segurança, acalmia e calor. Neste sentido os resultados do presente estudo são consonantes com a afirmação de Gilbert (2005b) que refere que quando uma mãe está sintonizada de forma empática com a sua criança, ela está não só a ser compreensiva, tranquilizadora e a ajudá-la a regular a sua perturbação, como a perturbação em si mesma se torna progressivamente ‘não-ameaçadora’. De facto quanto mais os indivíduos tiveram experiências de validação emocional mais eles tiveram oportunidades para aprender que as suas emoções são compreensíveis, aceitáveis e semelhantes às experienciadas por outras pessoas (Leahy, 2005a) e mais memórias de segurança criaram que os podem ajudar a sentirem-se seguros com as suas emoções (Leahy, 2005a; Schore, 1994). Ou seja, os resultados obtidos são concordantes com a ideia de que quanto mais a criança experienciou acalmia e tranquilização em momentos de perturbação mais estará predisposta a codificar as suas emoções como seguras e reguláveis, enquanto uma criança que foi tratada de forma hostil ou privada de afecto em momentos de perturbação emocional terá mais probabilidade de codificar as suas emoções como ameaçadoras (e.g., Gilbert, 1992, Gilbert, 2007a). De facto é possível afirmar que os resultados do presente estudo são concordante aos obtidos por Richter, Gilbert e McEwan (2009), numa amostra de estudantes universitários, que verificaram que tanto a recordação dos pais como tendo sido calorosos como a recordação de terem experienciado sentimentos de calor e segurança durante a infância no seio da família tendiam a estar, no momento presente, associadas a uma maior disposição para experienciar emoções positivas, sobretudo, as que estão associadas a sentimentos de segurança, calor, contentamento e acalmia, e à menor presença de psicopatologia (e.g., sintomas de depressão). Adicionalmente, quanto mais os indivíduos reportavam a recordação de memórias emocionais positivas maior a sua capacidade de auto-tranquilização (e ao invés menor a adopção de uma atitude de severa auto-crítica) perante a ocorrência de eventos adversos ou em situações de fracasso.

No que concerne ao estudo de mediação conduzido na amostra clínica os resultados são claramente sugestivos que de entre os indivíduos que se recordam de uma história passada de invalidação emocional, são os que apresentam, no momento actual, mais vergonha externa e mais crenças de perigosidade acerca das emoções aqueles que mais reportaram sintomatologia depressiva e ansiosa. Já no sentido contrário, de entre os indivíduos que mais experiências de validação emocional se recordam de terem vivenciado na sua relação com as suas figuras parentais são os que mais crenças de validação emocional e mais afecto positivo de segurança apresentam no momento presente que apresentam menos sintomatologia depressiva. Dito de outro modo, o que os resultados do presente estudo parecem sugerir é que uma história passada de invalidação emocional parece estar associada a uma maior predisposição para vergonha externa e para as crenças de perigosidade acerca das emoções na adultez, e de que tanto a vergonha externa como as crenças de perigosidade parecem actuar como mecanismos através dos quais essa história passada de invalidação emocional contribui para uma maior vulnerabilidade em desenvolver psicopatologia. Neste sentido, os resultados obtidos são concordantes com a ideia de que um ambiente de invalidação emocional poderá, à semelhança de outras experiências precoces adversas (já investigadas na literatura), contribuir para uma maior predisposição para a vergonha externa na adultez (associação esta já anteriormente explicada) e, como tal, para a sobre-estimulação dos sistemas cerebrais de ameaça. A exposição severa e prolongada a um ambiente ameaçador durante os primeiros anos de vida (e.g., marcado pela vergonha, criticismo, não responsividade, frieza parental, abuso, negligência) conduz à repetida activação do eixo HPA e a níveis elevados de hormonas de stresse, tornando a criança mais reactiva aos stressores, mais predisposta a experienciar respostas de stresse, a ter mais dificuldade em regular os seus estados afectivos, e, consequentemente, a uma sobre-estimulação dos padrões cerebrais que medeiam os sistemas de defesa e de ameaça (Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Miles, 2000a; Gilbert et al., 2006), o que faz com que não só o afecto negativo passe no seu caso a ser mais facilmente activado como possivelmente o seu efeito seja de longa duração (Perry et al., 1995).

Adicionalmente, um resultado interessante do presente estudo foi o de que mesmo quando se controla o efeito das experiências de invalidação ocorridas no seio da família nas variáveis em análise as experiências de validação emocional têm um impacto independente na sintomatologia depressiva (mas não ansiosa) e que esta associação ocorre por intermédio das crenças de validação emocional e do afecto positivo de segurança. Neste sentido os resultados do presente estudo fornecem evidências sugestivas, que vão de encontro à posição defendida por alguns teóricos e investigadores de que o sistema de afiliação-segurança-tranquilização é um sistema especializado de regulação do afecto positivo que está especificamente sintonizado para determinadas pistas (estímulos) sociais recebidos da parte dos outros (Gilbert, 1989, 1993, 2005a, 2006b) e que sendo distinto dos demais não pode ser reduzido a um estado emocional caracterizado pela ausência de ameaças ou à procura de recursos (e.g., Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert 2005a, 2009a). De facto, os resultados do presente estudo parecem sugerir de que a presença de *outputs* da sua activação (de crenças de regulação emocional e do afecto positivo de segurança) estão claramente associadas à presença de uma história de experiências de validação emocional, significando isto de que a criança precisa de facto de receber sinais/ estímulos sociais de prestação de cuidados, afecto, suporte, tranquilização e protecção/ segurança (Gilbert, 2005a, 2009b; Gilbert et al., 2008; Gilbert & Miles, 2000a; MacLean, 1985) que podem ser emitidos sob diversas formas (e.g., tom de voz, expressões faciais, olhar, toque, conforto proporcionado pela proximidade física; Schore, 1994; Trevarthen & Aitken, 2001; Gilbert & Miles, 2000a), para que este sistema seja estimulado/ activado (Trevarthen & Aitken, 2001). Neste sentido, o que os resultados do presente estudo vêm corroborar é a posição defendida por alguns investigadores de que a criança precisa que os outros lhe expressem emoções positivas acerca de si, para que ela própria consiga experienciar emoções positivas (Gilbert, 2006a) e para que forme crenças positivas a seu respeito (Gerhardt, 2004; Gilbert, 2007b). É que de facto, de entre os doentes, os que têm memórias de experiências de validação (ainda que num grau reduzido, e bastante mais escassas do que as presentes em indivíduos sem psicopatologia, como o demonstraram os resultados das ANOVAS conduzidas e apresentados no início deste estudo), são os que no momento presente são capazes de experienciar ainda que possivelmente de forma limitada afecto positivo de segurança e os que ainda acreditam que os outros aceitam e validam as suas emoções, sendo precisamente por esta via, que se encontram mais protegidos quanto à presença de sintomas de depressão, ou seja, são os que se encontram menos deprimidos. Este possível papel protector do sistema de contentamento e segurança na psicopatologia (e na regulação do sistema de protecção contra as ameaças) será, de facto, uma das implicações clínicas mais relevantes derivadas deste estudo.

Limitações Gerais e Futuras Direcções

Existem algumas limitações metodológicas comuns ao conjunto de estudos apresentados e que em seguida se enumeram.

Uma limitação comum aos três estudos é o facto de se ter utilizado um *design* transversal e as análises estatísticas serem maioritariamente de natureza correlacional não sendo por isso possível derivar relações de causa-efeito entre as variáveis em estudo.

Isto significa que os estudos apresentados não podem ser interpretados como tradutores de um percurso desenvolvimental sendo necessário ressaltar a possibilidade da força, da direcção e da ordem temporal que se sugeriu existir entre as variáveis se revelar diferente no caso de se vir a conduzir um estudo longitudinal. Na medida em que as análises das trajectórias efectuadas, em todos os modelos testados, apoiaram amplamente as hipóteses colocadas; em estudos futuros, seria importante testar a adequação dos três modelos através de estudos longitudinais. Estes estudos permitiriam examinar as trajectórias hipotetizadas de um ponto de vista cronológico e averiguar se as trajectórias previstas,

efectivamente, se seguem (*i.e.*, são posteriores) à ocorrência de experiências precoces de vergonha e à percepção de subordinação no seio da família (estudo III), à ocorrência de experiências precoces de validação emocional e a uma relação com as figuras parentais marcada pela afeição, cuidado e afecto (estudo IV) e à ocorrência de experiências precoces de validação ou, pelo contrário, de invalidação emocional) e a uma relação com as figuras parentais marcada pela afeição, cuidado e afecto ou, pelo contrário, de uma relação pautada pelo controlo excessivo, intrusividade e reduzido investimento na autonomia (estudo VI). Neste sentido, os resultados preliminares obtidos podem ser entendidos como um importante ponto de partida para a condução de estudos longitudinais. A condução destes estudos revela-se premente se tivermos em consideração que mesmo em idades muito precoces (e apesar da escassez de estudos longitudinais que tenham investigado as variáveis aqui apresentadas), as experiências de invalidação emocional parecem exercer um efeito significativo nos níveis de vergonha e sintomas psicopatológicos apresentados. Por exemplo, num estudo conduzido numa amostra constituída por 188 crianças com idades compreendidas entre os 8-12 anos mostrou que quanto mais as crianças percepcionavam as suas mães como tendo comportamentos de crítica e desaprovação em relação às suas emoções mais elas tendiam a experienciar vergonha perante num conjunto de cenários sociais hipotéticos que lhes eram apresentados e mais elevado se verificou ser o índice de sintomas depressivos e ansiosos reportados (Lourenço, Palmeira, Dinis, & Pinto-Gouveia, 2010).

Adicionalmente, e apesar dos modelos testados serem teoricamente legítimos é sempre possível colocar a hipótese de existirem outros modelos concorrentes, igualmente plausíveis, mas nos quais se testassem outras configurações/ direcções no que diz respeito às relações entre as variáveis. Por exemplo, no estudo V, seria igualmente plausível colocar como das hipóteses de que dos indivíduos que apresentam níveis mais elevados de vergonha externa, ou seja, que mais acreditam que os outros os vêem e julgam negativamente como fracos, incapazes e sem-valor, tenderem por esse motivo, a avaliar as suas figuras parentais no mesmo sentido, ou seja, a avaliá-las como tendo sido severamente críticas, hostis e punitivas em relação às suas experiências emocionais, inclusive durante a sua infância e adolescência. Seguindo este raciocínio muitas outras hipóteses igualmente válidas poderiam ter sido testadas. Seria igualmente legítimo colocar a hipótese de outras experiências precoces, que não somente as que foram investigadas nos estudos conduzidos (*e.g.*, memórias emocionais de calor segurança avaliadas pelo *Early Memories of Warmth and Safeness Scale* – EMWSS; Richter, Gilbert, McEwan, 2009) poderem contribuir para a explicação das variáveis analisadas, ou de que podem existir outros processos mediadores (*e.g.*, temperamento que se sabe influenciar a reacção a pistas emocionais) nas relações investigadas.

Contudo, e apesar das limitações apontadas, não se pode deixar de referir que os resultados obtidos evidenciam a complexidade das relações investigadas e a necessidade de serem testados modelos integradores compostos por várias variáveis. Adicionalmente foram utilizadas amostras de grandes dimensões, que compreendem ambos os géneros, de idades variáveis e de diferentes extractos socioeconómicos, amostras clínicas e não-clínicas, o que torna menos proibitiva a generalização dos resultados para outras amostras. Para além disso foram utilizados procedimentos estatísticos mais potentes, como é o caso da análise de trajectórias e do *bootstrap*, enquanto método de estimação de significância dos efeitos indirectos testados, que é robustos a possíveis violações nos pressupostos, que contribuem para uma maior confiança das conclusões derivadas. Em estudos futuros seria igualmente interessante replicar as análises conduzidas mas em amostras clínicas com sintomatologia depressiva e ansiosa mais severa. É que de facto, o estudo VI foi claramente demonstrativo de que existem diferenças notórias entre amostras clínicas e não-clínicas, o que é um forte alerta de que não se deve proceder a uma generalização de resultados de estudos conduzidos em amostras da população geral para amostras clínicas, nem deles se devem derivar implicações para os modelos teóricos explicativos da

psicopatologia ou implicações clínicas para programas de tratamento.

Uma segunda limitação é o facto de se terem utilizado questionários de auto-resposta que dada a sua subjectividade inerente podem limitar o grau de precisão dos resultados e, no caso, em particular da medição de experiências de validação/ invalidação emocional (QEVE), experiências de vergonha (EEVI), percepção de subordinação na família (ELES) e a 'qualidade' da relação com as figuras parentais (PBI) terem sido utilizadas medidas retrospectivas que apelam a uma reflexão sobre experiências ocorridas precocemente na vida do respondente. Contudo, apesar de alguns investigadores criticarem a utilização de instrumentos retrospectivos de auto-resposta por considerarem que podem ocorrer enviesamentos devidos ao estado de humor actual (*e.g.*, Halverson, 1988; Kuiken, 1991), existem estudos que mostram que as respostas fornecidas a estes questionários sobre comportamentos e práticas educativas parentais são altamente estáveis ao longo do tempo e independentes de alterações significativas que possam ocorrer no humor depressivo (*e.g.*, Gerlsma et al., 1991; 1993; 1994; Richter & Eisemann, 2000). De facto, alguns estudos mostram que os questionários retrospectivos constituem indicadores bastante confiáveis percepções passadas e que os adultos são bastante precisos, e os seus relatos razoavelmente estáveis, no que diz respeito, por exemplo, à recordação de características centrais de experiências salientes na infância (Brewin, Andrews, & Gotlib, 1993). Alguns investigadores são mesmo da opinião de que é mais importante a percepção subjectiva do que a avaliação objectiva do que realmente lhe aconteceu (Castro, 2000; Parker, 1984; Perris et al., 1986), sendo que, quando se pretende avaliar o conteúdo da experiências subjectivas, este deve ser efectuado pela própria pessoa que a vivenciou sendo que a forma mais directa de o fazer é recorrendo a descritores verbais (LeDoux, 2002). Contudo o facto de terem sido utilizados diferentes instrumentos para avaliar tanto as atitudes/ comportamentos dos pais como as memórias emocionais sentidas, e de estes por um lado fornecerem respostas consensuais (o que demonstra consistência e congruência nas respostas), mas simultaneamente, não se terem revelado demasiado sobreponíveis, sendo possível, por exemplo, detectar padrões de resposta diferentes entre amostras não-clínicas e clínicas (como verificado no estudo 6) fornece suporte às conclusões que foram derivadas dos estudos conduzidos.

Uma terceira limitação comum aos estudos conduzidos foi o facto de se terem restringido as análises ao impacto das experiências precoces ocorridas na relação com as figuras parentais. Por exemplo, no caso da predisposição para a vergonha sabe-se que a sua origem se encontra nas representações internas negativas do eu que resultam da ocorrência de experiências precoces adversas que ocorrem não só na relação com as figuras parentais (*e.g.*, Gilbert et al., 1996, 2003), mas também com os irmãos (Gilbert et al., 1996; Gilbert & Gerlsma, 1999) e os pares (Mills, 2005). No mesmo sentido, os sinais sociais positivos, que activam o sistema de regulação do afecto positivo de afiliação-tranquilização, podem ser emitidos pelas figuras de vinculação mas também por parceiros amorosos, amigos, conhecidos ou até mesmo por estranhos que podem, igualmente, funcionar como reguladores da ameaça e figuras de tranquilização ao providenciarem sentimentos de calor, ligação, segurança e acalmia (Liotti & Gilbert, 2011)¹⁰⁵. Neste sentido seria interessante investigar em estudos futuros em que medida é que recordações precoces de vergonha, validação e/ ou invalidação vividas na relação com irmãos ou pares têm um impacto nas variáveis analisadas e se por intermédio destas contribuem para uma maior ou menor vulnerabilidade em desenvolver psicopatologia. Adicionalmente, seria importante em estudos futuros explorar a possibilidade de existir um impacto diferencial nas variáveis de interesse quando analisadas, separadamente, o papel da figura materna e o papel da figura paterna.

¹⁰⁵ É importante ressaltar que a necessidade de estabelecer relações vinculativas, afiliativas e suportivas (*e.g.*, pares, amigos) estende-se ao longo de toda a vida (Baldwin, 2005; Baumeister & Leary, 1995; Gilbert, 1989; Liotti & Gilbert, 2011) na medida em que as mesmas proporcionam sentimentos de acalmia, segurança e calor (Gilbert et al., 2008).

Teria sido igualmente pertinente testar modelos relativos ao funcionamento do sistema de procura de recursos e incentivos e tentar compreender de que modo é que este sistema se relaciona com o sistema de defesa e protecção contra as ameaças e o sistema de contentamento, segurança e tranquilização. É que apesar do sistema de procura de recursos e incentivos seja um sistema de regulação do afecto positivo associado a uma maior vitalidade, activação, excitação e energização (Depue & Collins, 2009; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gerhardt, 2004; Gilbert, 2010b; Panksepp, 1998), pressupõe-se que ele esteja associado, de forma complexa, à mentalidade de posto social¹⁰⁶ (Gilbert, 2009a) que sustenta os comportamentos de competição, comparação social, procura incessante de bens materiais, de um elevado estatuto, sucesso e reconhecimento social, bem como, ao esforço empregue para provar o próprio valor, se sentir seguro e para evitar a crítica, a rejeição, a inferioridade e a indiferença por parte dos outros ou o vir a ser-se subordinado por estes (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Gilbert, 2009a, 2009c, 2010b; Gilbert, Broomhead, Irons, McEwan, Bellew, Mills, & Gale, 2007; Gilbert et al., 2008; Gilbert et al., 2009). Dito de outro modo, julga-se que o alcance de objectivos, a procura incessante de recursos e incentivos sirva o propósito de evitar a activação do sistema de ameaça-protecção (Gilbert, 2009a, 2009c). Neste âmbito, Gilbert (2010b) alerta mesmo para o facto de que quando o indivíduo tem como objectivo associado à sua auto-identidade o ser *apreciado* e *gostado* (com vista a ganhar o afecto dos outros e evitar a rejeição), o fracasso em conseguir concretizar este objectivo pode torna-lo auto-crítico. Dito de outro modo, nos indivíduos em que este sistema se encontra activado, o seu comportamento tende a ser 'guiado' pela necessidade constante de serem apreciados, valorizados, respeitados e desejados (Gilbert, 1989, 1997), ou seja, pelas tentativas de evitar os eventos negativos que surgem associados a pensamentos do tipo "tenho que" ou "devo" (Gilbert, 2010b), o que conduz a que, quando estes esforços falham ou estão bloqueados, este fracasso passa a ser vivido com desapontamento, raiva ou mesmo ódio auto-dirigido, no fundo, como uma ameaça capaz de activar o sistema de ameaça-protecção (Gilbert, 2009a). Como tal, seria interessante que estudos futuros incluíssem variáveis associadas à activação deste sistema como é por exemplo o caso do afecto positivo de activação (avaliado pelo *Types of Positive Affect Scales-TPAS*: Gilbert, McEwan, Mitra, Franks, Richter, & Rockliff, 2008; tradução para a língua portuguesa de Pinto-Gouveia, Dinis, & Matos, 2008).

Contudo, nos estudos conduzidos, sendo estes preliminares, interessava-nos sobretudo explorar o sistema de regulação do afecto positivo de segurança-contentamento, e em particular, compreender em que medida a vivência precoce de experiências de 'segurança' (como são as experiências de validação emocional e o ter-se recebido afecto, carinho e cuidado na relação com as figuras parentais) promovia na adultez a vivência de sentimentos de segurança nas relações sociais correntes (i.e., sentimentos de calor, tranquilização, e ligação que são experienciados socialmente) bem como emoções positivas de calor e contentamento que se julga constituírem outputs do sistema de afiliação-tranquilização (Gilbert et al., 2008, 2009; Kelly et al., 2012), e se traduzirem num maior endosso de crenças de validação emocional tradutoras de que nestes indivíduos os outros são fonte de suporte, acalmia e tranquilização em momentos de perturbação emocional, ao terem um papel determinante, na compreensão, aceitação e validação dos estados emocionais negativos. É importante ainda referir que comparativamente ao afecto positivo de energização-excitação (do sistema de procura de incentivos e recursos) e até ao afecto positivo mais associado ao sentir-se relaxado e calmo, o afecto positivo de segurança-contentamento é o que apresenta correlações negativas de mais elevada magnitude com a depressão, ansiedade, stresse, auto-criticismo, e vinculação insegura (Gilbert et al., 2008), e como tal, o que se tornava mais premente e relevante investigar.

¹⁰⁶ Uma descrição detalhada da mentalidade de posto social, assim como do Modelo das Mentalidades Sociais (e.g., Gilbert, 1989, 1992b, 2005a, 2009a), a cuja conceptualização se está a remeter, foi apresentada no Capítulo 1 da presente dissertação.

Por último, alguns investigadores sugerem que a par da utilização de instrumentos que avaliem quer a *recordação dos comportamentos das figuras parentais* se usem outras medidas que permitam avaliar a *recordação do modo como se sentiu* durante a sua infância e adolescência (e.g., Gilbert et al., 2003; Richter et al., 2009), sendo que, enquanto no primeiro caso o foco da memória emocional retrospectiva está no outro, no segundo, o foco está no próprio, no modo como as experiências emocionais, vividas na relação com as figuras parentais, são emocionalmente experienciadas pelo eu (Richter et al., 2009). De facto, o estudo III foi desenvolvido precisamente com o intuito de estudar o papel preditivo da recordação dos comportamentos e atitudes das figuras parentais (Escala de Experiências de Vergonha na Infância; Dinis et al., 2009) e a recordação de como o indivíduo se sentiu no seio da sua família, durante esse mesmo período, ou seja, as suas memórias e experiências emocionais pessoais relacionadas sentir-se ameaçado e receoso, sentir-se subordinado e ter que ter sido submisso e o sentir-se desvalorizado (*Escala de Experiências Precoces de Vida/The Early Life Experiences Scale*, Gilbert et al., 2003; traduzido para a língua portuguesa por Lopes & Pinto Gouveia, 2005a). Contudo, aquando a realização do estudo IV, não foi possível utilizar uma escala que avaliasse as memórias emocionais positivas, ou seja, a recordação pessoal de emoções e experiências positivas vivenciadas durante e infância (dado a inexistência de um instrumento de medida disponível que se focasse nessa dimensão). Contudo, e dado que recentemente foi publicado um instrumento que permite avaliar as memórias emocionais precoces positivas, ou seja, a recordação de sentimentos positivos de se ter sentido calor, seguro e cuidado e de experiências de contentamento, segurança, tranquilização, calor e ligação ao outro durante a infância, seria interessante replicar o estudo IV utilizando em complemento aos instrumentos de medida utilizados a Escala de Memórias Precoces de Calor e Segurança (Early Memories of Warmth and Safeness Scale – EMWSS; Richter, Gilbert, McEwan, 2009).

Tendo em consideração que o modelo de mediação testado na amostra clínica revelou ter um baixo poder explicativo das variáveis em estudo (i.e., verificou-se uma baixa percentagem de variância explicada a partir das variáveis preditoras), e de que isso pode significar que existem outras variáveis não contempladas no modelo que são importantes para explicar a vergonha externa, as crenças de perigosidade acerca das emoções, as crenças de validação emocional e o afecto positivo de segurança, seria importante em estudos futuros serem testadas, igualmente, outras variáveis potencialmente importantes na explicação destas variáveis.

Implicações clínicas

Os dois estudos apresentados (III e IV) tiveram como objectivo geral contribuir para uma melhor compreensão das experiências desenvolvimentais que podem estar envolvidas na formação de dois dos sistemas de regulação do afecto, e dos processos que podem ter um impacto/ ser tradutores do seu funcionamento. De facto, uma melhor compreensão sobre a formação e o funcionamento do modelo tripartido de regulação emocional poderá enriquecer teoricamente os modelos compreensivos da psicopatologia emocional mas também ter importantes implicações ao nível dos protocolos terapêuticos vigentes.

A este respeito, e ainda que os estudos apresentados sejam apenas preliminares e necessitem de futura validação, os resultados obtidos realçam de um modo geral o importante papel que as memórias de vergonha, subordinação e de invalidação emocional têm para a predisposição em experienciar níveis mais elevados de vergonha externa e de crenças de perigosidade acerca das emoções. No sentido contrário atestam bem o importante papel das experiências precoces de validação para a formação de crenças de validação emocional e do afecto positivo de segurança e, em última análise para o desenvolvimento (activação) do sistema de segurança e tranquilização. Isto significa que os programas de intervenção clínica na depressão e ansiedade que estejam a ser implementados em indivíduos com

elevada vergonha e nos que mais julgamentos severos fazem acerca das suas emoções (condições estas que parecem estar frequentemente interligadas) devem ter em atenção a presença de memórias emocionais associadas a uma história passada de experiências de vergonha, subordinação e invalidação às quais esses doentes estiveram expostos. E isto é especialmente importante se tivermos em atenção que as próprias memórias emocionais (e.g., de uma história passada de abuso, criticismo, abandono, rejeição) podem funcionar como estímulos internos ameaçadores capazes de activar, no momento presente, estratégias defensivas de forma automática devido aos processos de condicionamento característicos deste sistema de ameaça/ auto-protecção (Gilbert, 2005a, 2009a, 2010a) e de que existem estudos que demonstram que as memórias precoces emocionais de vergonha podem funcionar como pontos de viragem na história de vida, como componentes centrais para a organização da identidade auto-biográfica (Pinto-Gouveia & Matos, 2011) e apresentar características de memória traumática (i.e., que se caracterizam pela presença de sintomas de intrusão, evitamento e hiperactivação; Matos & Pinto-Gouveia, 2010) que em ambos os casos as tornam especialmente relevantes na explicação da psicopatologia.

Como tal, nestes doentes será especialmente vantajoso aplicar a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006), que foi desenvolvida para ser implementada em doentes com elevados níveis de vergonha e auto-criticismo (Gilbert, 2000c; Gilbert & Irons, 2005) e que apresentam uma sobre-estimulação/ sobre-desenvolvimento do seu sistema de protecção contra as ameaças e um sub-desenvolvimento/ sobre-activação do seu sistema de contentamento, segurança e tranquilização. De facto, o treino da mente compassiva foi desenvolvido para ajudar os indivíduos que cresceram em ambientes traumáticos e ameaçadores (e que por isso têm dificuldade em se auto-acalmar/ auto-tranquilizar) a desenvolverem o sistema de segurança e tranquilização (Mayhew & Gilbert, 2008), ou seja, a desenvolverem competências de auto-tranquilização e auto-compaixão (Gilbert & Procter, 2006). De facto, a análise ao ambiente desenvolvimental precoce é especialmente importante se tivermos em conta que os indivíduos com elevada vergonha (e auto-criticismo) têm dificuldade ou, até mesmo, sentem-se assustados ou ameaçados quanto à possibilidade de experienciarem emoções afiliativas (i.e., receber suporte, carinho e compaixão por parte dos outros ou serem auto-compassivos) pelo facto de terem crescido em ambientes pouco calorosos e afectuosos (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, McEwan, Matos, & Ravis, 2011), ou seja, por não terem recebido da parte dos pais, ou de outras figuras de vinculação, sinais de compaixão, validação, tranquilização e acalmia, impedindo-os na adultez de aceder a um sistema de acalmia e auto-tranquilização (Gilbert, 2009e, 2010b). De facto, sinais de bondade e cuidado tendem a desencadear (de forma automática) memórias aversivas (Mayhew & Gilbert, 2008), conduzindo a que frequentemente sinais sociais positivos sejam vistos como uma ameaça que deixa o eu desprotegido e/ ou não são merecidos (Gilbert, 2007b). Como tal, com estes doentes o papel do terapeuta será especialmente relevante, dado que ele deverá agir como um agente de segurança e de validação emocional (Gilbert 2006a) que ajuda o doente a compreender que muitas das suas reacções são o resultado do sobre-desenvolvimento do seu sistema de defesa ou seja, resultantes de padrões de resposta sobre-aprendidos e praticados indexados ao sistema de defesa-ameaça, que se tornaram automáticos (Gilbert, 2007b) e que por isso não são sua culpa, nem são erradas, vergonhosas, inaceitáveis ou sinal de que algo de errado se passa com eles mas sim reacções válidas e legítimas tendo em conta a sua história de vida (Leahy, 2002a, 2005a).

É que de facto os resultados dos dois estudos conduzidos realçam a importância da presença de sinais positivos de aprovação para que haja a internalização de um sentido de valor, aceitação, desejabilidade e atractividade aos olhos dos outros (Gilbert, 1992a, 1997; Gilbert & Gerlsma, 1999), mas também de que o indivíduo durante a sua infância tenha estabelecido uma vinculação figura com as suas figuras parentais, de que tenha tido a oportunidade de criar memórias emocionais de ter sido cuidado, amado e valorizado pelos outros para que estas memórias possam vir a funcionar como uma fonte de auto-acalmia/auto-tranquilização (e.g., Bowlby, 1969, 1973; Cassidy & Shaver, 1999, Gilbert, 2005a; Gilbert et

al., 2004; Kohut, 1977; Mikulincer & Shaver, 2004), e para que contribuam para o desenvolvimento de competências importantes de regulação emocional, nomeadamente, para que a criança se possa sentir segura com as suas emoções (e.g., Gilbert 1989, 1993, 2005a; Leahy, 2005a; Schore, 1994). De facto, a importância das figuras parentais actuarem como um agente de segurança e tranquilização (Gerhardt, 2004) para que a criança possa desenvolver competências de auto-aceitação e auto-tranquilização (Cacioppo et al., 2000; Gilbert, 2009e; Schore, 1994) ficou expresso nos resultados obtidos nos dois estudos conduzidos.

Por último, os resultados obtidos dão ainda suporte à utilidade de, em amostras clínicas, poderem ser incorporados componentes característicos das intervenções terapêuticas baseadas na aceitação, como é o caso da Terapia da Aceitação e do Compromisso (Hayes et al., 1999) e a Terapia Comportamental Dialéctica (Linehan, 1993a, 1993b). Isto porque pelo facto destas abordagens actuarem ao nível do evitamento experiencial permitindo uma diminuição deste processo poderão ser importante para a redução do impacto que tanto a vergonha externa como as crenças de perigosidade acerca das emoções parecem ter na psicopatologia.

Capítulo 5

O evitamento experiencial enquanto constructo dimensional, funcional e transdiagnóstico da psicopatologia: Poderá o evitamento experiencial ser conceptualizado como uma função reguladora da emoção?

ESTUDO V. Poderá o estilo de resposta ruminativo ser um dos exemplos prototípicos de evitamento experiencial?

ESTUDO VI. O constructo de evitamento experiencial: qual a sua utilidade para os modelos explicativos da psicopatologia em comparação com outros constructos 'desadaptativos' existentes?

ESTUDO VII. O constructo de evitamento experiencial: qual a sua utilidade para os modelos explicativos da psicopatologia em comparação com outros constructos 'adaptativos' existentes?

Introdução

O evitamento experiencial enquanto processo patológico do funcionamento da mente humana

De acordo com a Terapia da Aceitação e do Compromisso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), em certos contextos, os esforços para modelar ou modificar as experiências internas poderão não ser, nem problemáticos nem prejudiciais, desde que o indivíduo continue a viver a sua vida de um modo que é coerente com o sentido nuclear do Eu, que continue a progredir em torno dos seus objectivos pessoais valorizados, que esteja totalmente envolvido com o momento presente e que, quando as estratégias empregues não tenham resultado, seja capaz de continuar a viver uma vida valorizada na presença dessas experiências internas ou contextos externos que não foi capaz de alterar (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006; Roemer & Orsillo, 2009).

O evitamento experiencial torna-se, pelo contrário, um processo patológico quando o indivíduo tenta, de modo rígido e inflexível, controlar, evitar ou eliminar os eventos internos que são avaliados negativamente, e quando esse objectivo se torna um motivador proeminente do seu comportamento (Roemer & Orsillo, 2009), passando a consumir cada vez mais tempo, esforço e energia e, conseqüentemente a afastá-lo dos seus objectivos de vida valorizados (Kashdan et al., 2006). O que

acontece é que, ao longo do tempo, o reportório comportamental do indivíduo se torna excessivamente restrito e inflexível (*i.e.*, determinado pelas tentativas de evitamento dos eventos internos receados, indesejados e aversivos), impedindo-o de aproveitar oportunidades situacionais e contextuais que seriam concordantes com a prossecução dos seus objectivos valorizados (Hayes, Luoma, et al., 2006), e conduzindo-o assim ao abandono progressivo das suas trajectórias/direcções de vida, que segundo os seus valores pessoais, lhe permitiriam viver uma vida com significado e valor (Carrascoso López & Valdivia Salas, 2009; Kashdan et al., 2006).

Na literatura, encontramos evidências crescentes de que o evitamento experiencial é um processo central no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia, até porque muitas das formas de psicopatologia podem ser conceptualizadas como métodos/ estratégias cognitivas ou comportamentais disfuncionais de tentar controlar/ eliminar as emoções, os pensamentos, as memórias e outras experiências privadas (e.g. Hayes et al., 1996; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Na opinião de alguns investigadores, o evitamento experiencial, enquanto conjunto de estratégias empregues de modo crónico e deliberado com o objectivo de alterar a forma ou a frequência das experiências internas avaliadas negativamente (ou dos contextos em que estas ocorrem) prediz mais fortemente a psicopatologia do que o conteúdo (intensidade, frequência ou valência negativa) dessas mesmas experiências emocionais e psicológicas (Forsyth, Eifert, & Barrios, 2006; Hayes et al., 1999 citados por Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006, p. 1302).

Por este motivo, os investigadores da ACT têm procurado compreender de que modo o evitamento experiencial se desenvolve e se mantém como estilo preferencial de resposta aos eventos internos avaliados como ameaçadores, aversivos e prejudiciais, e porque e como é tão resistente à mudança, apesar do elevado sofrimento que deriva da sua manutenção.

Neste âmbito, o modelo da ACT/ TQR¹⁰⁷ postula que as funções avaliativas e literais da linguagem e cognição humanas assumem um papel predominante ao servirem de suporte ao evitamento experiencial (Blackledge & Hayes, 2001). Mais concretamente, segundo o ponto de vista da ACT/ TQR os humanos apresentam uma importante vantagem evolucionária em relação aos restantes organismos complexos _ *as suas competências cognitivas e linguístico-verbais*. A linguagem é útil para lidar com o mundo externo, em parte, porque ela permite avaliar, prever, escolher planos de acção (de acordo com a antecipação das consequências prováveis) e evitar/ escapar de estímulos aversivos e ameaçadores existentes no mundo externo (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Fazendo parte do reportório de resolução de problemas, é natural que a linguagem e a cognição, passem a ser utilizadas para produzir estados positivos e para evitar estados negativos, nomeadamente em relação aos eventos privados (Hayes, 2004b; Hayes & Wilson, 2003). Contudo, se quando aplicadas aos eventos externos, as tentativas para evitar o que é aversivo e perseguir/ procurar o que é reforçador são extremamente úteis; devido à natureza verbal das redes relacionais, o mesmo não se pode dizer quando ocorre uma generalização inapropriada na aplicação dessas mesmas regras de controlo¹⁰⁸ aos eventos privados avaliados negativamente (Carrascoso López & Valdivia Salas, 2009; Hayes, 2004a; Hayes et al., 1996). Dito de outro modo, se por um lado os processos verbais permitem-nos organizar o nosso comportamento de um modo favorável à nossa adaptação, por outro lado são esses mesmos processos verbais que permitem que fiquemos encurralados por auto-avaliações negativas dolorosas e por regras verbais excessivamente rígidas e/ou arbitrarias (Hayes, 2005). Em particular, a linguagem pode transformar-se numa enorme desvantagem quando as estratégias de resolução verbal dos problemas e as funções avaliativas da cognição passam a ser utilizadas para lidar com os eventos internos considerados aversivos e indesejáveis (Hayes, Levin, Plumb, Boulanger, & Pistorello, *in press*). Como

¹⁰⁷ Tal como referido no capítulo 2 da introdução, a sigla TQR refere-se à Teoria dos Quadros Relacionais.

¹⁰⁸ As regras de controlo especificam o modo agir de forma a alterar a forma, a frequência ou a intensidade dos eventos privados (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010).

exemplo, são as competências verbais que nos levam a classificar os eventos internos (pensamentos, memórias, emoções, sensações corporais) como positivos (desejáveis) ou negativos (indesejáveis) e a procurar ou, pelo contrário, a evitar essas experiências de acordo com a categorização efectuada (Luoma, Hayes, & Walser, 2007). Este processo de ajuizamento e categorização das emoções e dos pensamentos ocorre em grande parte de acordo com a aprendizagem de convenções culturais às quais todos os indivíduos estão expostos (Blackledge & Hayes, 2001).

Adicionalmente, através da transformação bidireccional das funções de estímulo, as reacções produzidas por eventos aversivos tornam-se elas próprias aversivas, passando o individuo a tentar evitar as próprias reacções e não somente os eventos que avalia como aversivos (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Assim, é possível afirmar que é o enredamento cognitivo excessivo, e mais particularmente a fusão com avaliações auto-referenciais negativas e o julgamento das experiências internas como patológicas, ameaçadoras e prejudiciais, que desencadeiam tentativas deliberadas de controlo, evitamento ou supressão dessas mesmas experiências (Hayes et al., 1999; Hayes, Strosahl, et al., 2004; Orsillo, Roemer, & Holowka, 2005; Roemer & Orsillo, 2009). No mesmo sentido, Roemer e Orsillo (2009) postulam que se o doente “está fusionado com uma emoção e vê essa emoção como potencialmente avassaladora e perigosa, ele pode estar especialmente motivado para se envolver em estratégias que visem evitar ou modificar essa experiência interna” (p.18).

Ainda de acordo com a ACT/ TQR existem diferentes mecanismos que ajudam a compreender o porquê do evitamento experiencial, que resulta de uma habilidade evolucionária, que sob certas circunstâncias, passe a fazer mais parte do problema do que da solução:

Primeiro. Apesar das tentativas que visam a modificação, o evitamento ou o escape dos eventos internos permitirem o alívio do desconforto e/ou redução momentânea desses eventos aversivos, a longo-prazo, e em certos contextos, o evitamento experiencial tende a ser ineficaz, auto-perpetuador (na medida em que é um mecanismo operante poderoso-reforço negativo) e prejudicial (Hayes, 2004a; Hayes et al., 1996). Isto acontece, porque as tentativas deliberadas de controlo, envolvem a construção de regras verbais de evitamento/ escape para manter afastados os eventos internos avaliados como aversivos (e.g., pelo seu significado, pelas consequências antecipadas), mas que frequentemente contém pistas que estão associadas à experiência que se pretende alterar ou aos eventos que a evocam (e.g., não pensar “X” serve como pista contextual para o “X”). Adicionalmente, para verificar o sucesso da regra verbal estabelecida _ evitar o evento “X” _ o evento “X” tem que ser novamente ‘contactado’, ou seja, é necessariamente evocada a presença psicológica (as funções aversivas) do evento que se pretende evitar (Hayes, Levin, Plumb, Boulanger, & Pistorelli, *in press*; Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Hayes, 2004a,b; Hayes et al., 1996). Como tal, essas regras verbais vão paradoxalmente conduzir a um aumento “da importância funcional, da frequência, ou da intensidade desse mesmo conteúdo que se está a tentar evitar” (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010, p.120). E se sob algumas circunstâncias, e a curto prazo, através do reforço negativo o comportamento evitante sai fortalecido (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010), ao longo do tempo, estabelece-se um ciclo vicioso, na medida em que os esforços repetidos para eliminar os eventos internos, possivelmente, conduzem a níveis mais elevados de perturbação emocional e a um maior julgamento negativo desses eventos quando voltam a ocorrer, e isso por sua vez, irá possivelmente desencadear esforços ainda mais intensos de controlo/ evitamento experiencial (Roemer e Orsillo, 2009; Hayes, 2004b).

Segundo. A bidireccionalidade da linguagem permite a transferência de algumas das funções do estímulo dos eventos reais para os eventos verbais (i.e., para as descrições simbólicas verbais dos mesmos), conduzindo a que os indivíduos reajam às palavras que utilizam para rotular, descrever e interpretar as suas experiências aversivas como se essas palavras (que integram memórias, pensamentos, comparações sociais e avaliações) fossem as próprias experiências (Blackledge & Hayes, 2001; Hayes & Wilson, 1993; Hayes et al., 1996). Ou seja, os indivíduos passam a comportar-se de acordo com o

significado literal que foi estabelecido para essas palavras (Carrascoso López & Valdivia Salas, 2009) em vez de as verem como sendo o resultado do processo contínuo de pensar (*i.e.*, de avaliar, de comparar e de julgar) e, como tal, tornam-se incapazes de usar a informação relevante associada a esse evento para guiar o seu comportamento num sentido que seja concordante com os seus valores (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). Mas o contrário é igualmente possível, dado que a conotação avaliativa dos rótulos emocionais pode alterar as funções das experiências privadas (Hayes et al., 1996). Segundo Hayes e colegas (Hayes et al., 1996), se por exemplo, a ansiedade é avaliada como “má”, “a bidirecionalidade da linguagem humana pode criar a ilusão de que essa “malvadez” é uma qualidade inerente da emoção em si mesma” (p. 1157), sendo esta negatividade e aversão ao evento experienciado ainda mais amplificada se, sob certas circunstâncias contextuais, se passar dessa descrição simbólica para outras, através das redes relacionais verbais (*e.g.*, se a ansiedade for associada à predição de consequências aversivas). Contudo, se as redes relacionais permitem que várias pistas contextuais passem a ser capazes de provocar sofrimento emocional (devido à transformação das funções dos estímulos) então, consequentemente, é impossível evitar/ escapar à dor através do controlo do contexto gerador dessa dor, dado que é impossível executar uma acção comportamental que permita evitar completamente todas essas pistas (Hayes, 2004a, 2005). Assim sendo, é essa incapacidade de evitar ou controlar a dor/ sofrimento situacionalmente que conduz a que o indivíduo passe a tentar evitar a dor emocional em si mesma recorrendo a estratégias de evitamento experiencial (Hayes, 2004a; Hayes et al., 2010).

Terceiro. O evitamento experiencial não fomenta a adopção de acções eficazes, que frequentemente (numa fase inicial) implicam experienciar algum grau de desconforto, mas que são necessárias para que o indivíduo possa viver a sua vida de acordo com os seus objectivos valorizados (Hayes et al., 1996; Hayes, Strosahl, et al., 2004). De facto, à medida que aumenta a intensidade e a frequência dos eventos privados experienciados como aversivos e intoleráveis mais o indivíduo procurará “fazer o que for necessário” para evitar o sofrimento, o que habitualmente envolve uma severa restrição da sua vida e o afastamento progressivo das suas direcções de vida valorizadas (Carrascoso López & Valdivia Salas, 2009). A este respeito Roemer e Orsillo (2009) referem que quando as experiências internas são julgadas negativamente (*e.g.*, como intoleráveis, inaceitáveis ou perigosas), a acção do indivíduo é mais motivada pela tentativa de evitar (muitas vezes de forma impulsiva e automática) os eventos privados indesejados e aversivos do que pelo desejo de se envolver em comportamentos pró-activos que sejam consistentes com os seus valores. Ainda segundo estes investigadores, o evitamento experiencial das respostas emocionais é igualmente nefasto para as relações interpessoais, na medida em que interfere com a expressão das emoções, de desejos e necessidades, eliminando a possibilidade de receber validação externa (ou seja, dos outros poderem responder empaticamente às suas experiências internas). De facto, Roemer e Orsillo (2009) postulam mesmo que “a validação externa é um meio de cultivar a auto-compaixão (reconhecer o lado humano das nossas respostas), enquanto esconder a perturbação pode aumentar a nossa sensação de que as nossas lutas são únicas, tornando mais fácil o julgamento e a crítica dessas experiências” (p.29).

Quarto. O processo de evitamento experiencial é reforçado/ amplificado pela comunidade cultural/ social que promove a ideia de que os seres humanos saudáveis não têm sofrimento psicológico e, como tal, de que é possível e amplamente desejável o evitamento/ escape dos eventos privados negativos (*e.g.*, Hayes et al., 1999; Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004), especificando inclusivamente as acções que devem ser adoptadas para evitar esses eventos privados negativos (Luoma, Hayes, & Walser, 2007).

Quinto. Outro mecanismo através do qual os processos verbais conduzem a que o indivíduo procure evitar/ escapar dos eventos internos que avalia como aversivos é a aprendizagem grandemente reforçada pela cultura de que as cognições e as emoções explicam e justificam o comportamento (*e.g.* Carrascoso López & Valdivia Salas, 2009; Blackledge & Hayes, 2001; Hayes et al., 1996) sendo, como tal,

razões válidas para o evitamento experiencial (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). O problema segundo Boulanger, Hayes e Pistorello (2010) é que os indivíduos passam a acreditar que para modificar o seu comportamento têm que modificar os eventos privados que o causaram, o que não é possível, na medida em que os supostos eventos privados que são utilizados como justificativos do comportamento são frequentemente o resultado de história passada de aprendizagens únicas de cada um.

O evitamento experiencial como uma dimensão diagnóstica funcional da psicopatologia

Segundo Hayes e colegas (Hayes et al., 1996; Levin & Hayes, 2011) a classificação sindromática¹⁰⁹ da psicopatologia (que de um modo geral tem vindo a prevalecer na clínica) ao basear a distinção dos *clusters* de sintomas, sobretudo com base em características topográficas revela-se desvantajosa, dado que não tem em consideração a possibilidade de resultados topográficos muito diferentes poderem resultar do mesmo processo subjacente ou do mesmo resultado topográfico poder ser estabelecido por diferentes processos. Como tal, a classificação sindromática tem uma utilidade limitada na identificação de dimensões funcionais comuns aos comportamentos perturbados (Wilson, Hayes, Gregg, & Zettle, 2001). Perante as limitações atribuídas à classificação sindromática, o modelo da ACT optou pela abordagem funcional da psicopatologia que aborda os problemas clínicos funcionalmente. Esta abordagem considera que os comportamentos disfuncionais e sintomas psicopatológicos podem ser organizados através de dimensões diagnósticas funcionais_ sendo o evitamento experiencial uma dessas dimensões_ que se julga estarem subjacentes à sua etiologia e manutenção (Hayes et al., 1996). Ainda a este respeito, Boulanger, Hayes e Pistorello (2010) recorrem ao seguinte exemplo para exemplificarem as diferenças entre os dois sistemas classificativos: de acordo com a classificação sindromática, comportamentos topograficamente diferentes, por exemplo, o auto-dano deliberado/tentativas de suicídio e a hipervigilância/ dissociação são característicos de dois distúrbios sindromáticos diferentes, respectivamente da perturbação estado-limite de personalidade (PELP) e da perturbação de stress pós-traumático (PSPT)¹¹⁰; já segundo a classificação funcional todos esses comportamentos partilham a mesma função, pois podem ser considerados como “tentativas ineficazes para alterar, evitar ou escapar dos eventos privados aversivos (*e.g.*, percepção de criticismo por parte dos outros e medo do abandono na PELP e das memórias traumáticas e sensações corporais associadas na PSPT)” (p.125), tendo como tal, em comum e subjacentemente, o mesmo processo funcional de evitamento experiencial. Segundo Ruiz (2010) a maioria dos sintomas característicos dos distúrbios psicológicos pode mesmo ser incluída na categoria funcional de evitamento experiencial porque, apesar das suas diferenças topográficas, partilham o mesmo padrão funcional destrutivo de evitamento experiencial. De facto, se tivermos em consideração, que o evitamento experiencial inclui todas as diversas formas/métodos de evitamento e de escape que têm em comum a mesma função, a de modificar a forma e a frequência das experiências privadas ou dos contextos que as ocasionam (Hayes et al., 1996), então é possível conceptualizá-lo como uma classe de respostas funcional que é negativamente reforçada devido ao escape ou à diminuição do desconforto associado (Ruiz, 2010).

Ainda a este respeito é importante mencionar que a adopção de uma abordagem funcional tem importantes implicações terapêuticas. Em particular, a ACT procura desenvolver tratamentos organizados em torno de processos funcionais clinicamente relevantes que são transversais/transdiagnósticos a diferentes categorias diagnósticas tradicionais (ao invés de desenvolver tratamentos

¹⁰⁹ Dito de outro modo enquanto a classificação sindromática procura a partir da identificação das constelações de sinais e sintomas (*i.e.*, síndromes) identificar as entidades clínicas que se presume lhes darem origem, a classificação funcional procura identificar processos funcionais e somente depois identificar os sinais e sintomas que reflectem esses processos (Hayes et al., 1996).

¹¹⁰ Tal como consta no modelo categorial de classificação mais amplamente conhecido, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª edição texto revisto (Associação Americana de Psiquiatria, 2000).

que sejam específicos para cada uma das síndromes clínicas). Como tal, esses tratamentos podem ser implementados numa variedade de problemas clínicos que podendo ser topograficamente diferentes são funcionalmente semelhantes (e.g., Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010; Levin & Hayes, 2011). Assim, a ACT não pretende ser um manual de tratamento para uma condição específica, mas sim uma ampla abordagem terapêutica (e.g., Yovel, 2009). Segundo Levin e Hayes (2009a) o facto da intervenção ACT se revelar como um tratamento eficaz numa variedade de problemas clínicos, dá suporte empírico ao postulado de que o evitamento experiencial é um dos processos funcionais subjacentes a esses problemas, constituindo-se como tal, num importante processo de mudança a considerar e a incluir nos protocolos terapêuticos com vista à obtenção de ganhos terapêuticos.

A operacionalização do constructo de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica

A maioria dos estudos que exploram a relação entre o evitamento experiencial com outros constructos psicológicos e sintomas psicopatológicos utilizaram a medida mais amplamente difundida de evitamento experiencial, na sua versão original, o AAQ-I (*Acceptance and Action Questionnaire* – AAQ-I; Hayes, Strosahl, et al., 2004), composto por 9 ou 16 itens¹¹¹ dependendo da versão (Bond & Bunce, 2003; Hayes et al., 2004b), ou na sua forma corrente composta por 7 itens, que foi recente publicada, o AAQ-II (*Acceptance and Action Questionnaire* – AAQ-II; Bond et al., 2011).

Ambas as versões do AAQ-I, de um modo geral, demonstraram uma adequada validade de critério, preditiva e convergente (Bond & Bunce, 2003; Hayes, Bissett, et al., 2004). Contudo, em alguns estudos verificaram-se problemas na consistência interna (α de Cronbach $< .50$) podendo os mesmos ser devidos à complexidade dos itens (e.g., como a dupla negativa; Bond et al., 2011), ou ao facto do conteúdo dos itens abranger uma diversidade de processos (e.g., atitudes acerca do afecto, resolução de problemas, pensamento mágico, sensibilidade aos estados emocionais, entre outros), o que segundo alguns investigadores torna difícil a obtenção de um índice de aceitação/ evitamento experiencial relativamente “puro” e claramente distinto de outros constructos relacionados (Zvolensky, Feldner, Leen-Feldner, & Yartz, 2005).

Com o intuito de minimizar algumas destas limitações, recentemente, foi desenvolvida uma segunda versão do instrumento, o AAQ-II, composto por 7 itens que se agrupam sob uma só dimensão, que segundo os autores do instrumento, mede o mesmo constructo das versões originais mas com melhores propriedades psicométricas (Bond et al., 2011). O AAQ-II encontra-se já validado para a população portuguesa (Pinto-Gouveia, Gregório, Dinis, & Xavier, 2012), tendo os resultados das análises factoriais confirmatórias comprovado o bom ajustamento do modelo unidimensional quer para amostras clínicas, quer para amostras não-clínicas. A versão portuguesa do instrumento apresenta igualmente uma elevada consistência interna, bem como uma boa validade convergente e divergente (Pinto-Gouveia et al., 2012).

Contudo, apesar da inegável importância que nos últimos anos tem vindo a ser atribuída ao constructo de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica nos modelos psicopatológicos, sobretudo nos que têm vindo a ser desenvolvidos no âmbito das terapias mais cognitivo-contextuais (ou de terceira geração), não está ainda adequadamente e empiricamente demonstrado em que medida este constructo se diferencia de outros que já existem na literatura e acerca dos quais existe uma extensa investigação.

¹¹¹ De referir que a análise da estrutura factorial de ambas as versões revelou que, a versão de 9 itens é composta por um factor geral (Hayes, Strosahl, et al., 2004), e que versão de 16 itens é composta por dois factores (um que avalia a aceitação e o *mindfulness* e outro que avalia as acções baseadas nos valores) que contudo saturam num factor geral de segunda-ordem que pode ser designado por “flexibilidade psicológica” (Bond & Bunce, 2003; Hayes, Strosahl, et al., 2004).

Como tal, e para responder a esta questão foram desenvolvidos três estudos (o primeiro numa amostra não-clínica e os dois seguintes em amostras clínicas mistas) que de seguida se apresentam.

Será que o evitamento experiencial representa algo de único comparativamente a outros processos psicológicos amplamente estabelecidos na literatura?

Objectivos Gerais

Na revisão da literatura verificámos que diversos estudos empíricos têm vindo a demonstrar que o constructo de *evitamento experiencial*, tal como ele é conceptualizado no modelo ACT, constitui-se como um processo central na etiologia e manutenção de muitas formas de psicopatologia (*e.g.*, uma revisão destes estudos foi apresentada por Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2006; Ruiz, 2010). Contudo, e apesar dos estudos correlacionais, mediacionais e laboratoriais conduzidos até ao momento (e mencionados na introdução do presente capítulo) sugerirem que o evitamento experiencial, ou de um modo mais geral, a inflexibilidade psicológica, apresentam um elevado valor teórico para os modelos psicopatológicos, e um importante valor clínico, para a implementação de tratamentos mais eficazes, é surpreendente a escassez de estudos que tenham explorado a independência conceptual do constructo de evitamento experiencial/inflexibilidade psicológica em relação a outros processos de regulação emocional.

De facto, a revisão da literatura efectuada permitiu constatar que, algumas das investigações que têm vindo a explorar o papel do evitamento experiencial no âmbito da regulação emocional, fazem-no através do estudo das diferenças individuais, comparando participantes com elevado *versus* baixo evitamento experiencial, no que concerne às suas respostas a estímulos indutores de dor (como é o caso do teste da pressão ao frio, *e.g.*, Zettle et al., 2005), a estímulos indutores de sintomas ansiosos/panicogénicos (*e.g.*, Karekla et al., 2004) ou em resposta a estímulos indutores de afecto negativo (*e.g.*, Gird & Zettle, 2009). Numa outra linha de investigação, o evitamento experiencial (ou o seu oposto, a aceitação psicológica) têm sido investigados como se de mais uma estratégia de regulação emocional se tratasse. A este nível alguns estudos têm procedido à comparação entre diferentes estratégias (*e.g.*, aceitação *versus* supressão) em resposta a estímulos indutores de sintomas ansiosos/panicogénicos (*e.g.*, Eifert & Heffner, 2003; Levitt et al., 2004), a estímulos indutores de afecto negativo (*e.g.*, Campbell-Sills et al., 2006; Hoffman et al., 2009) e a estímulos indutores de dor física (*e.g.*, Hayes, Bissett et al., 1999; Masuda & Esteves, 2007). A respeito desta última linha de estudos Campbell-Sills e colegas (2006) consideram que a supressão emocional é uma estratégia útil na comparação com a aceitação, dado que enquanto a aceitação se refere à abertura aos eventos internos e à disponibilidade para os contactar mesmo que sejam desconfortáveis, a supressão refere-se aos esforços veementemente empregues para afastar esses eventos internos. Existem ainda outros investigadores que procuraram demonstrar que as estratégias de regulação emocional específicas (aceitação *versus* supressão) funcionam diferencialmente para indivíduos com elevado *versus* baixo evitamento experiencial, com a supressão a revelar-se contraproducente sobretudo para indivíduos que apresentam um elevado evitamento experiencial (*e.g.*, Feldner et al., 2003). Outro estudo sugere que a aceitação das experiências emocionais negativas revela-se benéfica sobretudo em condições de elevado stresse (Shallcross et al., 2010).

Em síntese, a importância do elevado número de estudos acima descritos (sobretudo dos que foram conduzidos em amostras não-clínicas) reside no facto dos mesmos demonstrarem que o evitamento experiencial não é meramente um correlato ou uma consequência da psicopatologia, antes pelo contrário, ele constitui-se como uma vulnerabilidade psicológica para o desenvolvimento da psicopatologia (Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006, p.1302). Contudo, nenhum deles contribui directamente para o melhor esclarecimento, ou mesmo para a adequada diferenciação do constructo de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica em relação a outros processos de regulação emocional.

Como tal, uma limitação que se impõe é saber em que medida existe porventura uma eventual sobreposição, ou pelo contrário distinção, entre o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica e os restantes processos com os quais este tem vindo a ser comparado nos estudos laboratoriais conduzidos. De facto, já recentemente, alguns investigadores tem-se manifestado relativamente ao facto de considerarem que não está ainda adequadamente demonstrado em que medida é que o evitamento experiencial, ou de um modo mais abrangente, a inflexibilidade psicológica, se diferenciam da multiplicidade de outros constructos que têm vindo a ser identificados e empiricamente avaliados como importantes factores de vulnerabilidade e de manutenção para a psicopatologia (e.g., Chawla & Ostafin, 2007; Gloster, Klotsche, Chaker, Hummel, & Hoyer, 2011). Por exemplo, Chapman, Dixon-Gordon e Walters (2011) consideram que, no momento actual, é difícil determinar em que medida o constructo de evitamento experiencial se diferencia do constructo de regulação emocional. Isto porque, se por um lado as estratégias/ comportamentos de evitamento experiencial são implementadas na tentativa de modificar/ alterar as experiências emocionais tal como as restantes estratégias de regulação emocional, por outro lado, elas não se restringem ao controlo, evitamento e escape das emoções, mas também de outros eventos privados internos (e.g., pensamentos, reacções fisiológicas, memórias, tendências de acção) que são avaliados como indesejados e aversivos.

E se alguns investigadores (e.g., Hofmann & Asmundson, 2008; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010) críticos à abordagem ACT, tomando como base o modelo de regulação emocional de Gross (1998b) defendem que o evitamento experiencial pode ser conceptualizado como uma estratégia de regulação emocional focada na resposta (à semelhança da supressão emocional), os defensores da ACT (e.g., Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010), entre outros (e.g., Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011; Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006) consideram que as cinco classes de estratégias de regulação emocional do modelo de Gross (i.e., selecção da situação, modificação da situação, implementação da atenção, modificação cognitiva e modulação da resposta) estão presentes no constructo de evitamento experiencial, por representarem tentativas de alterar a forma e a frequência das experiências emocionais, podendo neste sentido serem consideradas como diferentes formas de evitamento experiencial. Contudo, o debate em torno deste tema, exige uma reflexão cuidada sobre a perspectiva da ACT acerca da própria regulação emocional, que é claramente diferente da adoptada pelos modelos tradicionais de Terapia Cognitivo- Comportamental. Isto porque, na ACT, o fim valorizado não é a “regulação emocional” (i.e., diminuir os níveis da emoção, apesar de nos estudos acima referidos frequentemente se verificar que níveis mais baixos de evitamento experiencial estão associados a menores índices de perturbação emocional); mas sim aumentar a desfusão cognitiva e a capacidade de aceitar experiencialmente os estados emocionais indesejados (ou seja alterar o contexto que contribui para que o evento emocional tenha um impacto negativo) e, paralelamente fomentar a adopção de comportamentos que contribuam para que o doente se possa mover em torno dos seus objectivos valorizados. Dito de outro modo, de acordo com o modelo da ACT, o objectivo de uma vida saudável “não é tanto o *bem* sentir, mas o *sentir* bem e o *viver* bem” (Blackledge & Hayes, 2001, p.247) e como tal a intervenção em ACT visa fomentar a aceitação das experiências emocionais, em vez de as tentar alterar ou modificar (i.e., diminuir ou amplificar) na medida em que em si mesmas, as emoções não conduzem à psicopatologia, mas sim as estratégias que os indivíduos usam para as tentar evitar,

controgar ou extinguir (Blackledge & Hayes, 2001; Hayes et al., 1999). Como tal, é sentir tanto as emoções “positivas” como “negativas” e vê-las simplesmente como emoções (*i.e.*, constelações de sensações fisiológicas, predisposições comportamentais, ...), que resultam da história pessoal de cada um, e que são transportadas para o presente através do contexto actual, e que por isso, apesar de frequentemente serem sentidas como aversivas quando surgem durante a prossecução de objectivos valorizados, elas não têm qualquer poder intrínseco para dominar/ determinar o nosso comportamento e de nos afastar da concretização desses objectivos (Blackledge & Hayes, 2001).

Contudo, também Chawla e Ostafin (2007) referem que os limites e a distinção entre o evitamento experiencial e outros constructos habitualmente apresentados como exemplos prototípicos do próprio evitamento experiencial, tais como a “supressão do pensamento, o controlo do pensamento, o *coping* evitante, a reavaliação e a supressão emocional são relativamente pouco claros” (p.885) e carecem de suporte empírico. Esta diferenciação torna-se ainda mais difícil se tivermos em consideração que os próprios autores da *ACT* reconhecem que embora existam diferenças, o evitamento experiencial sobrepõe-se, ou partilha algumas semelhanças, com vários outros constructos na literatura (Hayes, Levin, Plumb, Boulanger, & Pistorello, in press; Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010), entre os quais, a intolerância à incerteza (Dugas, Freeston, & Ladouceur, 1997), a intolerância ao sofrimento emocional (Brown, Lejuez, Kahler, & Strong, 2002), a supressão cognitiva e emocional (*e.g.*, Wenzlaff & Wegner, 2000), e baixos níveis de atenção plena ou *mindfulness* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006).

A dificuldade em distinguir o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica de outros constructos que representam estratégias de regulação emocional ou estilos de *coping* específicos deve-se igualmente, pelo menos em parte, à própria conceptualização e operacionalização destes constructos. O evitamento experiencial é apresentado no modelo *ACT* como uma *classe de respostas funcional* (Hayes et al., 1996), isto é, um “conjunto de comportamentos que embora possivelmente diferentes na forma são iguais na medida em que produzem os mesmos resultados ou similares” (Farmer & Nelson-Gray, 2005, p. 104 citado por Lundgren, 2009, p. 202). Assim, enquanto constructo abrangente que representa um modo de actuar perante os eventos privados, o evitamento experiencial pode “incorporar” sob a sua alçada todo um conjunto de estratégias cognitivas, emocionais ou comportamentais que têm um foco mais específico (Hayes et al., 1996) tais como “suprimir a experiência ou a expressão das emoções, suprimir os pensamentos, evitar situações, envolver-se em actividades distractoras para evitar pensamentos ou emoções, e uma variedade de outros comportamentos com funções similares (*e.g.*, uso de álcool ou droga, auto-dano, ingestão compulsiva, tentativas de suicídio)” (Chapman et al., 2011, p. 37). Assim, todas estas estratégias ou processos regulatórios podem (pelo menos teoricamente) ser rotulados de exemplos prototípicos de evitamento experiencial na medida em que representam métodos específicos através dos quais uma acção é tomada com o intuito de controlar, evitar ou reduzir a frequência e a intensidade de emoções aversivas ou remover o indivíduo de determinados eventos privados avaliados como indesejáveis (*e.g.*, Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010; Chapman, Dixon-Gorden, & Walters, 2011; Chawla & Ostafin, 2007; Hayes et al., 1996). Alguns autores (*e.g.*, Bonanno, Papa, Lalande, Westphal, & Coifman, 2004 citado por Salters-Pedneault, Steenkamp, & Litz, 2010, p.149) consideram mesmo que “é possível que a capacidade para usar uma variedade de estratégias de modulação e para fazer corresponder a estratégia ao contexto é mais importante para a saúde emocional do que a estratégia em si usada”.

Em síntese, de acordo com o modelo *ACT*, o evitamento experiencial “não é uma forma de regulação emocional; é uma função patológica comum a determinadas estratégias de regulação emocional” (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010, p.128). Neste âmbito, uma questão premente e nuclear que se coloca no paradigma actual, sobretudo se for assumida a perspectiva da *ACT* sobre a regulação emocional é se “o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica deve ser investigado como se de

mais uma estratégia de regulação emocional ou estilo de coping se tratasse ou deve ser analisado como representando uma função comum a diferentes processos auto-regulatórios?”

Apesar da escassez de estudos nesta área, em seguida serão descritas sucintamente, as investigações que neste domínio têm vindo a ser efectuadas e que serviram de fundamentação teórica aos estudos apresentados na presente dissertação.

De modo a endereçar esta questão Hayes e colegas (Hayes, Strosahl et al., 2004) examinaram a relação entre o evitamento experiencial (avaliado através do AAQ-I) e outros constructos relacionados, nomeadamente, o controlo do pensamento (*Thought Control Questionnaire*), a supressão do pensamento (*White Bear Suppression Inventory*), a dissociação (*Dissociative Experiences Scale*) e os estilos de coping (*Ways of Coping Questionnaire*), numa amostra de estudantes universitários. As análises correlacionais que conduziram permitiram verificar que a magnitude das correlações variava entre .21 ($p < .001$; coping distanciado) e .44 ($p < .001$; supressão do pensamento). As modestas correlações encontradas com medidas que avaliam, hipoteticamente, aspectos específicos do evitamento experiencial, levou os investigadores a concluir que apesar do evitamento experiencial estar relacionado com esses processos, ele não se restringe aos mesmos, representando antes algo de único, possivelmente uma faceta mais abrangente. Contudo, no que concerne à população clínica estes investigadores, somente exploraram a relação entre o evitamento experiencial e a supressão do pensamento ($r = .50$; $p < .01$) numa amostra de doentes com Perturbação Estado-Limite de Personalidade ($n = 51$). Também com o AAQ-II, foi explorada a sua relação com a supressão do pensamento (avaliada através do *White Bear Suppression Inventory* de Wegner & Zanakos, 1994) numa amostra de estudantes universitários ($r = .63$; $p < .01$) e em duas amostras da população geral ($r = .59$; $p < .01$) (Bond et al., 2011) tendo sido obtidos resultados semelhantes.

Quando verificamos os estudos conduzidos em Portugal, verificamos que numa amostra da população geral portuguesa foi igualmente analisada a correlação entre o AAQ-II e diversos processos de regulação emocional (Pinto-Gouveia et al., 2012), entre os quais a ruminação¹¹² (dimensão cismar $r = .61$; $p < .01$; dimensão reflexiva; $r = .18$; $p < .01$), a supressão do pensamento¹¹³ ($r = .57$; $p < .01$), a auto-compaixão¹¹⁴ (auto-bondade $r = -.42$; $p < .01$; *mindfulness* $r = -.44$; $p < .01$; humanidade comum $r = -.16$; $p = ns$; auto-julgamento $r = .44$; $p < .01$; sobre-identificação $r = .50$; $p < .01$; isolamento $r = .55$; $p < .01$) e o *mindfulness*¹¹⁵ (observar $r = .10$; $p < .01$; descrever $r = -.36$; $p < .01$; agir com consciência $r = -.43$; $p < .01$; não-julgar $r = -.57$; $p < .01$; não-reagir $r = -.12$; $p < .01$). Assim, e apesar do AAQ se correlacionar moderada a fortemente com diversos processos de regulação emocional, as magnitudes das correlações não são tão elevadas que segundo os investigadores possam indicar tratar-se de constructos idênticos (e.g., Hayes, Strosahl et al., 2004).

Recentemente, Kashdan, Barrios, Forsyth, e Steger (2006), numa amostra de 382 estudantes universitários, procuraram distinguir o evitamento experiencial (avaliado pelo AAQ-I) de uma variedade de estratégias de coping (evitante, distanciado e racional avaliados através do *Coping Styles Questionnaire* – CSQ: Roger, Jarvis, & Najarian, 1993), dos estilos de resposta emocional (ruminativo, inibição emocional e impulsivo avaliados através do *Emotional Control Questionnaire* -ECQ: Roger & Najarian, 1989) e da percepção de controlo acerca de eventos externos e internos em relação a

¹¹² Avaliada através da Escala de Respostas Ruminativas – versão reduzida (*The Ruminative Response Scale- short version* – RRS: Treynor, Gonzalez & Nolen-Hoeksema, 2003; traduzida e adaptada para a população portuguesa por Dinis, Pinto-Gouveia, Duarte, & Castro, 2011).

¹¹³ Avaliada através do Inventário de Supressão do Urso Branco (*White Bear Suppression Inventory* – WBSI: Wegner & Zanakos, 1994; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pinto-Gouveia & Albuquerque, 2011).

¹¹⁴ Avaliada através da Escala de Auto-Compaixão (*Self-Compassion Scale* – SCS: Neff, 2003a; versão portuguesa de Castilho, 2011; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011)

¹¹⁵ Avaliado através do Questionário das Cinco Facetas do Mindfulness (*Five Facet Mindfulness Questionnaire* – FFMQ: Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Gregório & Pinto-Gouveia, 2011).

situações potencialmente ameaçadoras (avaliada através do *Anxiety Control Questionnaire* – ACQ: Rapee, Craske, Brown, & Barlow, 1996). Os resultados mostraram que o evitamento experiencial mediava o efeito do *coping* disfuncional, dos estilos de resposta emocional e da incontroabilidade na psicopatologia ansiosa (e.g., sensibilidade à ansiedade, traço de ansiedade, medo de sufocação e medo das sensações corporais). Num segundo estudo, conduzido numa amostra de 97 estudantes universitários, os mesmos investigadores demonstraram que o evitamento experiencial mediava a relação entre as estratégias de regulação emocional mais específicas (reavaliação cognitiva e supressão emocional avaliadas através do *Emotion Regulation Questionnaire* – ERQ: Gross & John, 2003) e algumas das medidas do funcionamento diário (avaliado ao longo de 21 dias; e.g., afecto positivo, satisfação com a vida). De acordo com os investigadores os resultados obtidos sugerem que: 1) o evitamento experiencial é um preditor mais robusto, comparativamente a estratégias de regulação emocional e estilos de *coping* mais específicos (que são avaliadas mais em termos de forma e frequência); 2) o evitamento experiencial é um factor etiológico (é uma vulnerabilidade psicológica generalizada da psicopatologia) e não meramente uma consequência da psicopatologia ansiosa; 3) as estratégias de regulação emocional e os estilos de *coping* são particularmente ‘tóxicos’ quando são aplicadas de modo rígido e inflexível, ou seja, quando são aplicadas com a função de minimizar a frequência, duração e intensidade dos eventos privados indesejados (Kashdan et al., 2006).

Por fim, Gloster e colegas (2011) exploraram em que medida o constructo de inflexibilidade psicológica (avaliado através do AAQ- II) é conceptualmente distinto e apresenta um maior poder preditivo em comparação com outros constructos psicopatológicos (sensibilidade à ansiedade, sintomas de depressão, ansiedade e stress, e o traço de neuroticismo). Numa amostra constituída por 368 doentes que receberam o diagnóstico de Perturbação de Pânico com Agorafobia os resultados mostraram que a inflexibilidade psicológica explicava significativamente a sintomatologia ansiosa e o funcionamento em geral mesmo quando se controlava o efeito da sensibilidade à ansiedade e da sintomatologia depressiva, mas não incrementava o valor explicativo do modelo no que concerne aos sintomas de pânico e ao evitamento agorafóbico. Numa segunda amostra constituída por 209 doentes que apresentavam sintomas de ansiedade social/ fobia social clinicamente relevantes a inflexibilidade psicológica predisse significativamente a diminuição dos contactos sociais, o prejuízo no tempo livre e na vida diária, mesmo quando se controlava o efeito da sintomatologia ansiosa, depressiva e associada ao stress, bem como o traço de neuroticismo.

Assim, perante a escassez de estudos existentes, e a premência em testar empiricamente a independência conceptual do constructo de evitamento experiencial, ou de um modo mais abrangente da inflexibilidade psicológica, em relação a constructos similares, tais como as estratégias de regulação emocional e os estilos de *coping*, foram conduzidos os três estudos que a seguir se apresentam.

Poderá o estilo de resposta ruminativo ser um dos exemplos prototípicos do evitamento experiencial?

5.1. Objectivos

O principal objectivo deste primeiro estudo foi testar a hipótese do estilo de resposta ruminativo ser particularmente 'tóxico' quando é implementado com o propósito de evitar experiencialmente a vivência de emoções negativas avaliadas como ameaçadoras, incontrolláveis e prejudiciais. Dito de outro modo, pretendeu-se investigar a possibilidade da ruminação (representar uma *forma* de evitamento experiencial) cujo impacto na psicopatologia (mais concretamente na sintomatologia depressiva e ansiosa) depende, não tanto da frequência, intensidade e duração com que ocorre, mas sobretudo, do facto de ser ou não implementada, de forma rígida e inflexível ao contexto, com a função de evitamento experiencial. A escolha deste processo auto-regulatório é justificada por dois motivos: 1) o estilo de *coping* ruminativo é um dos factores etiológicos e de manutenção da psicopatologia mais amplamente estudados na literatura, sendo mesmo considerado como um dos factores transdiagnósticos da psicopatologia (e.g., Nolen-Hoeksema et al., 2008) sobretudo no âmbito dos modelos mais tradicionais de cognitivo- comportamentais; 2) inúmeros estudos atestaram empiricamente o seu valor científico e clínico (uma revisão desses estudos foi apresentada no Capítulo I, sob o subtítulo "A ruminação como um processo transdiagnóstico").

Nos últimos anos alguns estudos têm vindo a mostrar a existência de uma forte associação positiva entre a ruminação e medidas quer de evitamento (comportamental, cognitivo, emocional e experiencial) quer de supressão cognitiva e emocional (e.g., Rude, Maestas & Neff, 2007; Wenzlaff & Luxton, 2003; Moulds et al., 2007; Cribb et al., 2006; Liverant et al., 2010). Este padrão de resultados, que surge de modo consistente literatura, tem colocado um desafio aos clínicos e investigadores. Isto porque se a ruminação se caracteriza por um estilo de pensamento negativo, repetitivo, perseverante, inflexível e crónico, que se traduz num excessivo foco nos pensamentos e estados emocionais negativos (Nolen-Hoeksema, 1987; Nolen-Hoeksema, Wisco e Lyubomirsky, 2008), então como explicar que a ruminação se associe positivamente, a medidas de evitamento e de supressão, que aparentemente se situam no seu extremo oposto?

No âmbito dos modelos de regulação emocional, algumas explicações têm vindo a ser avançadas, para explicar estes resultados, aparentemente 'paradoxais'.

De acordo com a *Teoria dos Estilos de Resposta* apesar dos indivíduos ruminarem na tentativa de ganhar *insight* sobre os eventos de vida negativos e sobre o seu afecto negativo, porque acreditam que isso os ajuda a resolver os seus problemas, de modo 'não consciente' a ruminação parece fornecer aos indivíduos deprimidos uma justificação para o seu evitamento comportamental, ou seja, um racional que lhes justifica o porquê de não agirem no sentido de ultrapassar a situação ou de não assumirem a responsabilidade pela sua inactividade (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Agrava ainda o facto dos indivíduos disfóricos ou deprimidos tenderem a ser inflexíveis, o que conduz a que apesar de todas as consequências negativas associadas à ruminação eles persistem em usá-la em resposta aos seus estados emocionais negativos (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000). Neste sentido, a tendência para ruminar, acaba por ser reforçada pela redução da perturbação emocional que resulta do evitamento das situações aversivas, sendo possível, que a certeza de que todos os seus esforços serão infrutíferos (de que é inútil tentar reagir e de que é preferível desistir) seja menos aversiva do que a incerteza acerca da sua capacidade para controlar e lidar com os problemas (Nolen-Hoeksema et al., 2008). Adicionalmente, a vivência de que são incapazes de empregar acções apropriadas para ultrapassar os seus problemas poderá conduzir a que alguns, na tentativa de escapar a um auto-focos marcadamente negativo e aversivo e, de modo a aliviar o seu sofrimento emocional, possam passar ao extremo oposto, procurando cognitivamente suprimir as suas emoções e pensamentos negativos ou adoptar comportamentos de escape potencialmente auto-destrutivos (Nolen-Hoeksema, 2009; Nolen-Hoeksema et al., 2008). Adicionalmente, Nolen-Hoeksema e colegas (2008) citam alguns estudos (Wenzlaff & Luxton, 2003; Wenzlaff, Wegner, & Roper, 1988; Nolen-Hoeksema et al., 2007) para demonstrar a possibilidade da supressão e dos comportamentos de evitamento poderem igualmente contribuir para a ocorrência de mais ruminação. Assim, é possível que existam indivíduos que alternem entre a ruminação e a supressão, outros que sejam tendencialmente ruminativos e outros que sejam tendencialmente supressores (Nolen-Hoeksema et al., 2009).

Numa segunda linha de investigação, a ruminação é conceptualizada como uma estratégia cognitiva de regulação emocional que serve uma *função* evitante. Um dos primeiros modelos a incorporar o evitamento como importante na compreensão da depressão, foi o Modelo de Activação Comportamental (AC) para o tratamento da depressão (Jacobson, Martell, & Dimidjian, 2001). Segundo este modelo a ruminação pode ser conceptualizada do mesmo modo que os comportamentos de isolamento social e de inactividade que caracterizam a perturbação depressiva (i.e., como um comportamento de escape ou de evitamento), porque partilha com eles a mesma função de evitamento comportamental, ao limitar o acesso a fontes de reforço positivo. Segundo este modelo, a ruminação, ao impedir o envolvimento activo na resolução dos problemas e ao promover o evitamento de eventos ambientais aversivos, acaba por ir sendo continuamente reforçada (Martell, Addis, & Jacobson, 2001).

Contudo, a maioria dos estudos que exploram a possibilidade da ruminação servir uma função evitante, baseiam-se na teoria do evitamento que Tom Borkovec e colegas (e.g., Borkovec, 1994; Borkovec, Ray, & Stober, 1998; Borkovec, Alcaine, & Behar, 2004) haviam desenvolvido para a preocupação, considerando que à sua semelhança, a ruminação servia o propósito de evitamento cognitivo (e.g., Watkins e Moulds (2004 citado por Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007). Mais concretamente, de acordo com Borkovec e colegas (Borkovec, Ray, & Stöber, 1998 citados por Cribb, Moulds, & Carter, 2006), apesar de os indivíduos acreditarem que ao preocuparem-se estão a antecipar-se e a preparar-se melhor para lidar com futuras ameaças, a preocupação serve igualmente uma função evitante (*i.e.*, de evitamento cognitivo), que é mantida por reforço negativo, pelo facto da sua natureza verbal e linguística, de elevada abstracção e reduzida concretude, permitir pelo menos a curto prazo, limitar/suprimir o acesso consciente a imagens aversivas e, conseqüentemente, ao afecto negativo e à activação somática da ansiedade associados¹¹⁶. De facto, baseando-se em estudos que demonstraram que a ruminação está associada a um estilo de pensamento mais abstracto (Watkins & Moulds, 2004), Cribb e colegas (2006) colocam a possibilidade da ruminação “promover o evitamento ao impedir a activação das resposta emocional e somática” (p. 167).

No estudo que conduziram, numa amostra de estudantes universitários, Cribb e colegas (Cribb, Moulds, & Carter, 2006), mostraram que a ruminação se correlacionava significativamente com o evitamento cognitivo, comportamental⁵ e experiencial e com os sintomas depressivos (mesmo quando controlado o efeito da ansiedade). Adicionalmente, e comparativamente com os indivíduos com baixo humor disfórico, os que apresentavam elevados níveis de disforia apresentam igualmente mais ruminação e mais evitamento cognitivo, comportamental e experiencial. Contudo, quando se controlava o efeito das restantes variáveis, somente o evitamento experiencial apresentava um contributo único e significativo na predição da sintomatologia depressiva. Numa segunda parte do estudo era solicitado aos participantes que fizessem uma descrição de um vídeo clip (indutor de afecto negativo), tendo-se verificado que os participantes que fizeram descrições mais vagas e abstractas eram simultaneamente os que apresentavam maiores índices de ruminação e de evitamento experiencial, sugerindo que é possivelmente a natureza verbal e abstracta do pensamento ruminativo que lhe permite operar através como uma estratégia de supressão emocional (Cribb et al., 2006).

Mais recentemente, Moulds e colegas (2007) procuraram analisar a função evitante (cognitiva, emocional, e comportamental) da ruminação, também numa amostra de estudantes universitários. As análises correlacionais efectuadas mostraram que a ruminação (dimensão cismar)¹¹⁷, o evitamento¹¹⁸ e os sintomas depressivos se correlacionavam significativamente entre si. Mais concretamente, os resultados revelaram que a ruminação (cismar) apresentava uma correlação positiva e significativa com todas as dimensões do evitamento (à excepção do evitamento cognitivo-social, e quando controlado o efeito da ansiedade, do evitamento cognitivo não-social). Segundo os investigadores, dado que os itens que compõem estas duas dimensões avaliam o evitamento do conteúdo cognitivo, a ausência de correlações significativas, parece sugerir que a ruminação, enquanto estratégia de evitamento cognitivo, não promove ou conduz ao evitamento do conteúdo cognitivo em si mesmo, mas que pelo contrário, ela promove um foco excessivo nesse conteúdo, sendo que possivelmente será esse foco excessivo no conteúdo que conduz que a ruminação limite o impacto emocional que lhe está associado. Dito de outro

¹¹⁶ A possibilidade da preocupação servir uma função evitante e poder ser conceptualizada e tratada como uma forma de evitamento experiencial tem sido amplamente investigada por Roemer e Orsillo (e.g., Roemer & Orsillo, 2002; Roemer & Orsillo, 2001, 2005).

¹¹⁷ Neste estudo foi utilizada a Escala de Respostas Ruminativas (RRS: *Ruminative Response Scale*, Treynor et al., 2003) que é composta por dois factores (ruminação-cismar e ruminação-reflexivo).

¹¹⁸ Para avaliar o evitamento os autores utilizaram a Escala de Evitamento Comportamental-Cognitivo (CBAS: *Cognitive-Behavioral Avoidance Scale*: Ottenbreit & Dobson, 2004) que é composta por quatro dimensões de evitamento: cognitivo-social, cognitivo não-social, comportamental-social, comportamental não-social.

modo, eles consideram haver suporte empírico, para a ideia de que a ruminação pode ser conceptualizada como uma forma de supressão emocional. Por fim, os resultados sugerem que a ruminação limita, igualmente, o envolvimento com o meio, dado que a ruminação cismar se correlaciona significativamente com o evitamento comportamental.

Mais recentemente Liverant e colegas (2011), numa amostra clínica de doentes com Perturbação Depressiva Major (sendo que na quase totalidade a amostra apresentava em comorbilidade outro diagnóstico do eixo I) demonstraram que os indivíduos que cronicamente ruminam têm, uma probabilidade aumentada para utilizar outras formas de supressão (do pensamento e dos componentes fisiológico, comportamental e subjectivo da experiência emocional) e, uma menor probabilidade para utilizar a aceitação da experiência emocional como estratégia de regulação emocional. Adicionalmente, os resultados mostraram que a ausência da aceitação ou o uso da supressão da experiência emocional, durante uma experiência de indução de humor (de tristeza), predizia o uso da ruminação durante a recuperação (mesmo quando controlado a intensidade da tristeza durante a indução) e que a aceitação mediava (ainda que parcialmente), o efeito da tristeza no uso da ruminação. Mais uma vez, estes resultados fornecem evidências empíricas para a possibilidade da ruminação ser conceptualizada como uma estratégia de supressão emocional.

Por fim, Giorgio e colegas (2010) analisaram a relação entre a ruminação e o evitamento experiencial numa amostra de estudantes universitários, e obtiveram suporte parcial para a conceptualização da ruminação como estratégia de evitamento/ supressão emocional. Mais concretamente, os autores dividiram a amostra em dois grupos (elevada/baixa ruminação) e compararam-nos nas pontuações obtidas ao nível dos sintomas depressivos e no evitamento (medido através de questionários de auto-resposta, que avaliavam o evitamento experiencial e o medo de emoções intensas, de tarefas comportamentais, e de medidas que avaliavam a reactividade psicofisiológicas). De um modo geral os resultados dos questionários de auto-resposta mostraram que o grupo com elevada ruminação apresentava igualmente mais evitamento experiencial, mais medo de experienciar emoções intensas (independentemente da sua valência), bem como maiores índices de sintomas depressivos, o que segundo os investigadores fornece suporte empírico para a conceptualização da ruminação como uma estratégia para evitar a experiência emocional. Contudo, os estudos efectuados com recurso a tarefas comportamentais e dados psicofisiológicos não forneceram suporte e foram menos conclusivos em relação à aplicação do modelo da preocupação à ruminação (ou seja, de que a ruminação suprime certos aspectos da experiência emocional, que são necessários a um adequado processamento emocional, e que como tal, é negativamente reforçada).

Em síntese, podemos dizer que apesar destes estudos começarem a fornecer evidências preliminares que sugerem que a ruminação para além de promover ou conduzir ao evitamento comportamental, ela poderá ser sobretudo conceptualizada como uma estratégia de *coping* evitante ou de supressão emocional, a escassez de estudos, as metodologias implementadas (*e.g.*, na sua maioria foram efectuadas apenas análises correlacionais), as diferentes medidas para avaliar o evitamento (*e.g.*, apenas um dos estudos avaliou o evitamento experiencial) e o facto de na sua quase totalidade terem sido conduzidos em amostras não clínicas de estudantes universitários (apenas um deles foi conduzido numa amostra clínica de deprimidos), atesta a necessidade de mais estudos serem conduzidos neste âmbito e justifica o desenvolvimento do presente estudo.

Mais concretamente, a presente investigação propôs-se a testar a hipótese da ruminação servir uma *função* evitante, mas fazê-lo segundo a perspectiva inovadora da ACT para a regulação emocional. Assim, em vez de se restringir a investigação ao evitamento emocional, cognitivo ou comportamental separadamente, pretendeu-se testar a hipótese da ruminação poder ser conceptualizada como um exemplo prototípico de evitamento experiencial (que inclui o evitamento ou escape em todas as suas formas). Mais concretamente, a hipótese que se colocou é a de que a ruminação pode ser

conceptualizada como uma forma de evitamento experiencial na medida em que representa uma estratégia específica através da qual uma acção é exercida (foco excessivo nos pensamentos e estados emocionais negativos) na tentativa de alterar uma experiência privada aversiva, neste caso, reduzir a vivência de ameaça, perigo e incontrolabilidade associada à experiência de afecto negativo.

Para esse efeito dividiu-se o presente estudo em três partes. Num primeiro momento estudou-se o efeito mediador da ruminação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas e a sintomatologia ansiosa e depressiva. Posteriormente adicionou-se um segundo mediador, o evitamento experiencial, de modo a averiguar se o evitamento experiencial era capaz de prever significativamente a sintomatologia ansiosa e depressiva, para além do que já era explicado pelas crenças negativas acerca das emoções e pelo estilo de *coping* ruminativo. Contudo, de modo a explorar a possibilidade da ruminação e do evitamento experiencial poderem estar diferencialmente e especificamente relacionados ou com a sintomatologia depressiva ou com a ansiosa, e isso poder condicionar a interpretação dos resultados obtidos, optou-se por testar as análises mediacionais avaliando o efeito das variáveis mediadoras em estudo, simultaneamente, na sintomatologia depressiva e ansiosa. Deste modo, é possível averiguar, com mais precisão e rigor, se existe uma associação única de cada um dos mediadores em análise com a sintomatologia ansiosa ou depressiva ou se existe um padrão indiferenciado nessa associação. Por fim, e mais importante para os objectivos do presente estudo, foi testada a hipótese do evitamento experiencial mediar a relação entre o estilo ruminativo e a sintomatologia depressiva e ansiosa. A opção para averiguar simultaneamente o efeito das diferentes variáveis em estudo na sintomatologia depressiva e ansiosa, prende-se com o facto de alguns estudos, recentemente, terem passado a sugerir que a ruminação é especialmente característica em pessoas com sintomas mistos de ansiedade/ depressão e que pode mesmo ser um dos mecanismos responsáveis pela elevada comorbilidade entre as perturbações de ansiedade e a depressão (*e.g.*, McLaughlin & Hoeksema, 2011; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004).

Com base nisto, a presente investigação procurou estender estudos anteriores, ao explorar a possibilidade do evitamento experiencial se constituir como um dos mecanismos explicativos do papel da ruminação na sintomatologia ansiosa/ depressiva.

Neste âmbito, é importante referir que apesar de habitualmente se proceder à distinção entre dois componentes do pensamento ruminativo (Treyner, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003), o reflexivo (*"reflective pondering"*), mais adaptativo, que consiste em voltar, propositadamente, a atenção internamente na tentativa de ganhar *insight* sobre as razões do humor depressivo e de obter alívio emocional; e o cismar (*"brooding"*), mais disfuncional, que se refere à comparação passiva da situação corrente com um patamar ainda não alcançado, e que se caracteriza pelo pensamento perseverante continuamente centrado nos obstáculos à resolução dos problemas e nas consequências negativas do humor depressivo, na presente investigação optou-se por somente incluir a dimensão cismar. Esta opção é justificada pelo facto da maioria dos estudos anteriormente conduzidos fornecerem evidências empíricas para a natureza mais desadaptativa desta dimensão (*e.g.*, Treyner et al., 2003; Joormann, Dkane e Gotlib, 2006; Watkins, 2009), e porque em estudos mediacionais anteriormente conduzidos, a dimensão cismar revela-se um mediador mais robusto em comparação com o componente reflexivo (Raes, 2010).

5.2. Metodologia

Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 120 indivíduos da população geral. A amostra foi constituída por 105 (87.5%) indivíduos do sexo feminino, com uma idade média de 35.96 ($DP=11.32$) e 15 (12.5%) do sexo masculino, com uma idade média de 41.53 anos ($DP=10.78$). A idade dos participantes variou entre os 18 e os 59 anos. Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 15.96 ($DP=2.69$) anos de escolaridade para o género feminino e uma média de 16.81 ($DP=1.81$) anos de escolaridade para o género masculino. No que concerne ao estado civil, 50.8% ($n=61$) dos participantes era casado ou vivia em união de facto e 40% ($n=48$) era solteiro. Em relação à situação profissional, 55.8% ($n=67$) dos respondentes tinham profissões de classe média e 10.8% ($n=13$) eram estudantes. Não foram encontradas diferenças de género para a idade, anos de escolaridade, estado civil e profissão. Os resultados são apresentados na tabela 28.

Tabela 28.
Caracterização demográfica da amostra em estudo.

	Total (n=120)		Género feminino (n=105)		Género masculino (n=15)		U Mann-Whitney	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	36.66	11.36	35.96	11.32	41.53	10.78	580.00	.099
Anos de escolaridade	16.07	2.60	15.96	2.69	16.87	1.81	542.00	.050
	Total		Género feminino		Género masculino			
	N	%	N	%	N	%		
Estado Civil								
Solteiro	48	40	44	41.9	4	26.7	4.13	.248
Casado/ União de facto	61	50.8	53	50.5	8	53.3		
Divorciado/ Separado	9	7.5	7	6.7	2	13.3		
Viúvo	2	1.7	1	1	1	6.7		
Situação Profissional								
Profissão de classe baixa	7	5.8	7	6.7	0	0	3.82	.281
Profissão de classe média	67	55.8	60	57.1	7	46.7		
Profissão de classe alta	33	27.5	26	24.8	7	46.7		
Estudantes	13	10.8	12	11.4	1	6.7		

Instrumentos

Cada participante preencheu uma bateria de questionários de auto -relato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy* – versão modificada (LESS: *Leahy Emotional Schema Questionnaire*; Leahy, 2002a, 2003a; versão portuguesa modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2008), o *Questionário de Respostas Ruminativas – versão reduzida* (RRS: *Ruminative Responses Scale – short version*, Treynor et al., 2003; tradução e adaptação para a população portuguesa de Dinis et al., 2012), o *Questionário de Aceitação e Acção* (AAQ-II: *Acceptance and Action Questionnaire*, Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012) e as *Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress* (DASS-42, *Depression Anxiety and Stress Scales*, Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2).

Procedimento

Neste estudo foi utilizada uma amostra de conveniência, não-clínica. A amostra da população geral não estudante foi recolhida entre membros de instituições, na sua maioria organismos públicos, lojistas e empregados fabris, tendo igualmente participado alguns estudantes de vários cursos do ensino superior que frequentam diversas licenciaturas e anos curriculares. Como critérios de exclusão foram considerados: a) uma idade inferior a 18 anos ou superior a 65 anos; b) o incumprimento ou clara incompreensão das instruções dos questionários de auto-resposta e c) o preenchimento incompleto dos questionários de auto-resposta. Os indivíduos que aceitaram participar voluntariamente no estudo foram informados verbalmente, e por escrito, sobre os objectivos do estudo, tendo-lhes sido assegurado o anonimato e garantida a confidencialidade das suas respostas. Os participantes tiveram ainda alguns minutos para esclarecerem dúvidas antes do preenchimento da bateria dos questionários.

Estratégia Analítica

Neste estudo, começou-se por avaliar as médias, os desvios-padrão e as diferenças de género nas variáveis em estudo através do cálculo do teste não-paramétrico de U Mann-Whitney (dado que os um dos grupos em análise, o do género masculino, tinha menos de 30 observações). Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças cujo *p-value* associado fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010b). Em seguida, foram analisadas as associações entre as variáveis em estudo, através do cálculo das correlações produto-momento de *Pearson*. Estes procedimentos foram efectuados com recurso ao *software* SPSS (v. 20 IBM SPSS, Chicago Inc.).

Em seguida, foram testados os modelos hipotéticos mediacionais propostos, através da Análise de Trajectórias (*Path Analysis*), disponível no *software* AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008). A significância das trajectórias (dos coeficientes de regressão) e dos índices de ajustamento dos modelos foram estimados através do Método da Máxima Verosimilhança. A análise à distância quadrada de *Mahalanobis* (p_1 ; $p_2 < .05$ como indicativo da existência de um *outlier*) demonstrou a existência de três *outliers* multivariados (que se mantiveram os mesmos em todos os modelos testados) e que não foram removidos dado que constituem fontes de variabilidade da amostra de possível interesse para o fenómeno em estudo. Nenhuma das variáveis apresentou desvios significativos à distribuição normal (assimetria $< |3|$ e curtose $< |10|$) (Kline, 1998), em cada um dos modelos testados. De modo a assegurar a inexistência de problemas de multicolinearidade, e porque o AMOS não tem nenhum teste formal de análise à multicolinearidade, procedeu-se ao cálculo do VIF (Factor de Inflexão da Variância) no SPSS *Statistics* (v.20, IBM SPSS, Inc). Com este procedimento verificou-se que nenhuma das variáveis apresentava valores de VIF (>5) indicadores de possíveis problemas de multicolinearidade nos modelos testados.

Cada um dos modelos foi analisado de acordo com os seguintes índices de ajustamento: *Chi-square* (χ^2), *Normed Chi-Square* (χ^2/df , Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977), *Tucker Lewis Index* (TLI, Tucker & Lewis, 1973), *Comparative Fit Index* (CFI, Bentler, 1990) e o *Root-Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, Steiger, 1990) com um intervalo de confiança de 90%. Contudo, dado que o modelo inicial testado, no qual foram incluídas todas as trajectórias directas e indirectas é sobre-identificado/ saturado (i.e., com zero graus de liberdade), e como tal, revela um ajustamento perfeito, os índices de ajustamento global deste modelo não foram analisados nem reportados (figura 13).

A significância dos efeitos totais, directos e indirectos de cada um dos modelos foi testada através do *bootstrap* paramétrico disponível no AMOS. De igual modo, para cada modelo, foram geradas 2000 amostras *bootstrap* (cada uma com um $n=120$) que foram posteriormente utilizadas para calcular os intervalos de confiança (IC) associados a cada um dos efeitos estimados (Schumacker & Lomax, 2004). Assim, o *bootstrap* gera uma estimativa do(s) efeito(s) indirecto(s), directo(s) e total(is) e para cada

efeito estimado calcula um intervalo de confiança acelerado corrigido de 95%. Optou-se por este tipo de IC dado que é o recomendado para estudos de mediação (MacKinnon, 2008; Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006). Pode concluir-se que um efeito é significativamente diferente de zero para um $p < .05$ (bi-caudal) se o zero não estiver contido no IC estimado.

5.3. Resultados

Estatísticas Descritivas

Os valores de média, e de desvio-padrão, para amostra total e por géneros são apresentados na tabela 29. O cálculo dos testes U Mann-Whitney mostraram que os respondentes do género feminino não se diferenciam dos respondentes do género masculino nas pontuações médias de todas as variáveis em estudo.

Os valores de alfa de *Cronbach* e as correlações produto-momento de *Pearson* das variáveis em estudo são apresentados na tabela 29. Todas as variáveis apresentam uma elevada consistência interna ($\alpha > .70$), acima do valor recomendado por Nunnally (1978).

Tabela 29
Médias, desvios-padrão e teste das diferenças de U Mann-Whitney entre as variáveis em estudo (n=120).

Variáveis	Amostra total		Género feminino		Género masculino		U	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
LESS-CN								
Crenças de perigosidade acerca das emoções	2.40	0.90	2.41	0.92	2.28	0.77	722.00	.642
RRQ-10								
Cismar	2.08	0.59	2.10	0.62	1.96	0.33	700.50	.487
AAQ-II								
Evitamento experiencial	2.43	0.91	2.47	0.93	2.19	0.74	587.00	.221
DASS								
Depressão	0.25	0.30	0.25	0.31	0.25	0.26	732.50	.698
DASS								
Ansiedade	0.22	0.26	0.22	0.31	0.21	0.26	761.50	.880

Análises Correlacionais

Com o objectivo de explorar a relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções, a ruminação (cismar), o evitamento experiencial, e a sintomatologia depressiva e ansiosa, foi calculada uma matriz de correlações produto-momento de *Pearson*. Os resultados das análises correlacionais conduzidas são apresentados na tabela 30.

Todas as variáveis apresentam correlações significativas nas direcções esperadas. Assim, e tal como hipotetizado, as crenças de perigosidade acerca das emoções apresentam uma associação positiva e significativa com o evitamento experiencial, mas também com o *coping* ruminativo – cismar. No mesmo sentido o evitamento experiencial apresenta uma forte associação com ruminação- cismar ($r=.61$; $p < .01$), o que sugere que estes constructos são de algum modo similares, não sendo contudo a magnitude de correlação a tal ponto elevada, que sugira que avaliam o mesmo constructo.

Mais interessante é o facto de, tal como proposto, as crenças de perigosidade acerca das emoções apresentarem uma relação positiva mais forte (*i.e.*, de maior magnitude) com o evitamento experiencial ($r=.68$; $p < .01$) do que com uma estratégia auto-regulatória mais específica como é o caso da ruminação, mesmo no seu componente mais patológico ($r=.47$; $p < .01$). No mesmo sentido o evitamento experiencial apresenta uma associação mais forte à sintomatologia depressiva e ansiosa (respectivamente, $r=.52$; $p < .01$; $r=.48$; $p < .01$) do que o estilo de *coping* ruminativo (respectivamente, $r=.36$; $p < .01$; $r=.32$; $p < .01$)¹¹⁹.

Tabela 30
Consistências internas e correlações produto-momento de Pearson entre as variáveis em estudo ($n=120$).

Variáveis	α	LESS-CN Crenças de perigosidade acerca das emoções	RRQ Cismar	AAQ Evitamento experiencial	DASS Depressão	DASS Ansiedade
LESS-CN						
Crenças de perigosidade acerca das emoções	.90	1				
RRQ-10						
Cismar	.80	.47**	1			
AAQ-II						
Evitamento experiencial	.83	.68**	.61**	1		
DASS						
Depressão	.88	.42**	.36**	.52**	1	
DASS						
Ansiedade	.83	.50**	.32**	.48**	.72**	1

** $p < .01$

Análise de Trajectórias

O primeiro objectivo do presente estudo foi averiguar se o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções na sintomatologia depressiva e ansiosa é mediado pelo estilo de *coping* ruminativo (cismar), e posteriormente, pelo evitamento experiencial. De modo a obter uma visão mais compreensiva do contributo único de cada mediador, optou-se por seguir um procedimento sequencial, que consistiu em adicionar ao modelo, progressivamente, cada um dos mediadores, e a cada etapa, analisar a associação entre as variáveis com a sua inclusão. Deste modo, consegue-se igualmente comparar a robustez (*i.e.*, o contributo único/específico) de cada mediador, e assim averiguar qual a importância do mesmo nas relações em análise. No primeiro modelo, as *crenças de perigosidade acerca das emoções* (LESS-CN) foram consideradas como a variável exógena independente, a *ruminação (cismar)* (RRS) como variável endógena mediadora, e a *sintomatologia depressiva* (DASS-Dep.) e *ansiosa* (DASS-Ans.) como variáveis endógenas dependentes. Em seguida, foi adicionado ao modelo o *evitamento experiencial*, como variável endógena mediadora, optando-se por correlacionar os ‘erros’ ou ‘resíduos’ associados a cada uma das variáveis mediadoras, dado que teoricamente, e empiricamente (tal como se verificou através da magnitude de correlações), as variáveis estão significativamente correlacionadas entre si.

¹¹⁹ Tal como referido aquando a apresentação dos objectivos, optou-se por no presente estudo apenas considerar o componente *cismar* da ruminação. Os resultados obtidos com o cálculo dos coeficientes de correlação de *Pearson* relativamente ao componente *reflexivo* consubstanciam a opção tomada na medida em que este componente não se apresentou significativamente associado à sintomatologia depressiva ($r=.16$; $p=.087$) nem à sintomatologia ansiosa ($r=.16$; $p=.076$). Por este motivo, e tal como anteriormente exposto, não se considerou relevante apresentar os resultados obtidos relativamente a este componente.

De modo a cumprir os objectivos propostos para o presente estudo foi ainda testado um terceiro modelo através do qual se procurou averiguar se o *evitamento experiencial* mediava o efeito da *ruminação* na *sintomatologia depressiva e ansiosa*, tendo-se para esse efeito substituído a trajectória correlacional entre a ruminação (cismar) e o evitamento experiencial por uma trajectória causal.

O efeito indirecto da ruminação na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e a sintomatologia depressiva e ansiosa

Dado que o diagrama de trajectórias proposto é sobressaturado (todas os efeitos directos e indirectos foram incluídos no modelo) e, como tal, apresenta um ajustamento perfeito, os índices de ajustamento não foram analisados nem reportados.

No seu conjunto, as *crenças de perigosidade acerca das emoções* e o *estilo de coping ruminativo*, explicam 21% ($R^2=.209$) da variabilidade da *sintomatologia depressiva* e 26% ($R^2=.255$) da variabilidade da *sintomatologia ansiosa*.

A análise dos coeficientes de trajectórias e da sua respectiva significância revelou que todas as trajectórias se revelam significativas ($p < .05$), à excepção da trajectória directa entre a *ruminação (cismar)* → *sintomatologia ansiosa* ($b=.049$; $EP=.040$; $p=.217$; $\beta=.111$), o que sugere a existência de uma associação específica e diferencial entre o estilo de *coping ruminativo* e a *sintomatologia depressiva*¹²⁰. Adicionalmente, os resultados mostraram que as *crenças de perigosidade acerca das emoções* têm um efeito total significativo de $\beta = .419$ (IC95%: .260; .554, $p=.001$) na *sintomatologia depressiva*, sendo o efeito directo de $\beta = .322$ (IC95%: .147; .498, $p=.002$) e o efeito indirecto, que ocorre através da *ruminação (cismar)*, de $\beta = .097$ (IC95%: .013; .197, $p=.021$). Neste sentido, o efeito indirecto, que ocorre através da *ruminação (cismar)*, explica 23% ($.097/.419=.232$) do efeito total.

Verificou-se ainda que as *crenças de perigosidade acerca das emoções* exercem um efeito directo significativo de $\beta = .444$ (IC95%: .284; .603, $p=.001$) sobre a *sintomatologia ansiosa*, não se verificando contudo a existência de um efeito indirecto (via *ruminação-cismar*) significativamente diferente de zero ($\beta = .052$; IC95%: -.032; .137; $p=.238$). Este é um resultado esperado, na medida em que, como anteriormente mencionado, não se verificou a existência de uma trajectória causal significativa da *ruminação (cismar)* sobre a *sintomatologia ansiosa*.

No seu conjunto estes resultados sugerem que os indivíduos que apresentam mais crenças de perigosidade acerca das suas emoções negativas e que mais ruminam sobre o seu afecto negativo estão mais deprimidos. De facto, os resultados indiciam que parte do efeito que as crenças de perigosidade acerca das emoções têm na sintomatologia depressiva ocorre precisamente devido à adopção de um estilo de *coping* ruminativo para lidar com o afecto negativo que a elas está associado. A representação gráfica do modelo causal testado está representada na figura 13.

¹²⁰ Dito de outro modo quando se controla a variabilidade comum entre a sintomatologia depressiva e ansiosa, verifica-se que a ruminação está especificamente associada à sintomatologia depressiva.

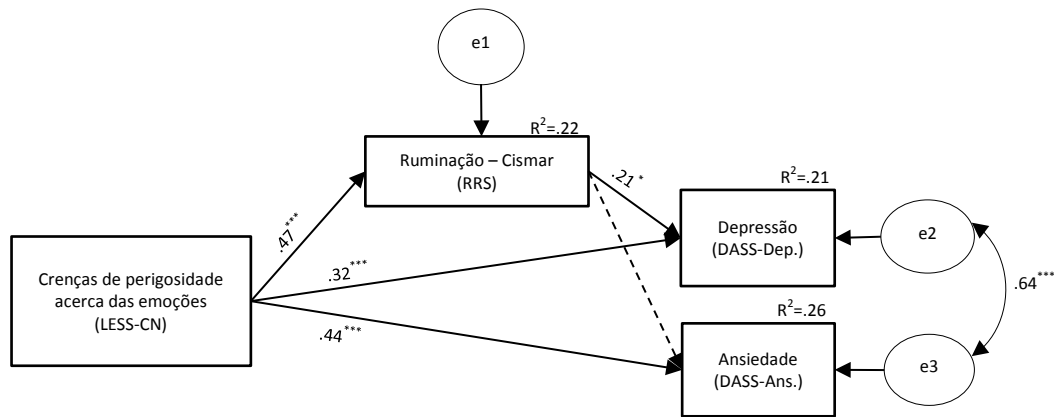


Figura 13. O efeito indirecto da ruminação-cismar (RRS) na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções (LESS-CN) e a sintomatologia depressiva (DASS-Dep.) e ansiosa (DASS-Ans.). A seta pontilhada representa uma trajetória causal não significativa ($p > .05$). Todas as restantes trajetórias revelaram-se significativas. *** $p < .001$, * $p < .05$.

O efeito indirecto da ruminação e do evitamento experiencial na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e a sintomatologia depressiva e ansiosa

Em seguida, foi adicionado ao modelo causal proposto o *evitamento experiencial* (AAQ-II) (figura 14), de modo a se poder testar o seu possível efeito mediador na relação entre *as crenças de perigosidade acerca das emoções* (LESS-CN) e a *sintomatologia depressiva* (DASS-Dep.) e *ansiosa* (DASS-Ans.). Deste modo, é possível examinar o contributo único e diferencial de cada mediador na relação em análise, bem como averiguar se, tal como hipotetizado, quando se colocam os dois mediadores simultaneamente no modelo, a *ruminação (cismar)* (RRS) deixa de se evidenciar como um mediador significativo na relação.

Dado que o modelo proposto é (novamente) sobressaturado e por isso apresenta um ajustamento perfeito, os índices de ajustamento não foram analisados nem são reportados. O modelo explica 28% ($R^2 = .278$) da variabilidade da *sintomatologia depressiva* e 28% ($R^2 = .284$) da variabilidade da *sintomatologia ansiosa*.

A análise dos resultados obtidos permitiu constatar que com a inclusão do *evitamento experiencial* no modelo, a trajetória causal entre a *ruminação (cismar)* e a *sintomatologia depressiva* perdeu a sua significância estatística ($b = .029$; $EP = .051$; $p = .569$; $\beta = .056$). Adicionalmente manteve-se como não significativa a trajetória causal entre a *ruminação (cismar)* e a *sintomatologia ansiosa* ($b = .006$; $EP = .043$; $p = .887$; $\beta = .014$). Estes resultados sugerem que apesar da *ruminação (cismar)* e do *evitamento experiencial* se encontrarem fortemente associados ($r = .45$; $p < .001$), quando se colocam os dois mediadores a 'competir' a *ruminação-cismar* deixa de se constituir como um mediador significativo da relação entre as *crenças de perigosidade acerca das emoções* e a *sintomatologia depressiva*. Já o *evitamento experiencial* revela-se como um mediador significativo. Mais concretamente, verificou-se que o efeito das *crenças de perigosidade acerca das emoções* sobre a *sintomatologia depressiva* ocorre indirectamente através do *evitamento experiencial*, sendo o efeito indirecto de .272 ($\beta = .677 \times .402$) e a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].155; .439[$ e estatisticamente diferente de zero para $p = .001$.

No mesmo sentido, verificou-se que o efeito das *crenças de perigosidade acerca das emoções* sobre a *sintomatologia ansiosa*, via *evitamento experiencial* é de .175 ($\beta = .677 \times .258$) com a significância

estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].037;.325]$, sendo estatisticamente diferente de zero para $p=.017$. Contudo, *as crenças de perigosidade acerca das emoções* mantêm um efeito directo significativo na *sintomatologia ansiosa* de $\beta=.314$ com a significância estatística deste efeito enquadrada para um I.C. a 95% com limites $].102;.516]$, sendo este efeito estatisticamente diferente de zero para $p=.004$. A representação gráfica do modelo causal testado está ilustrada na figura 14.

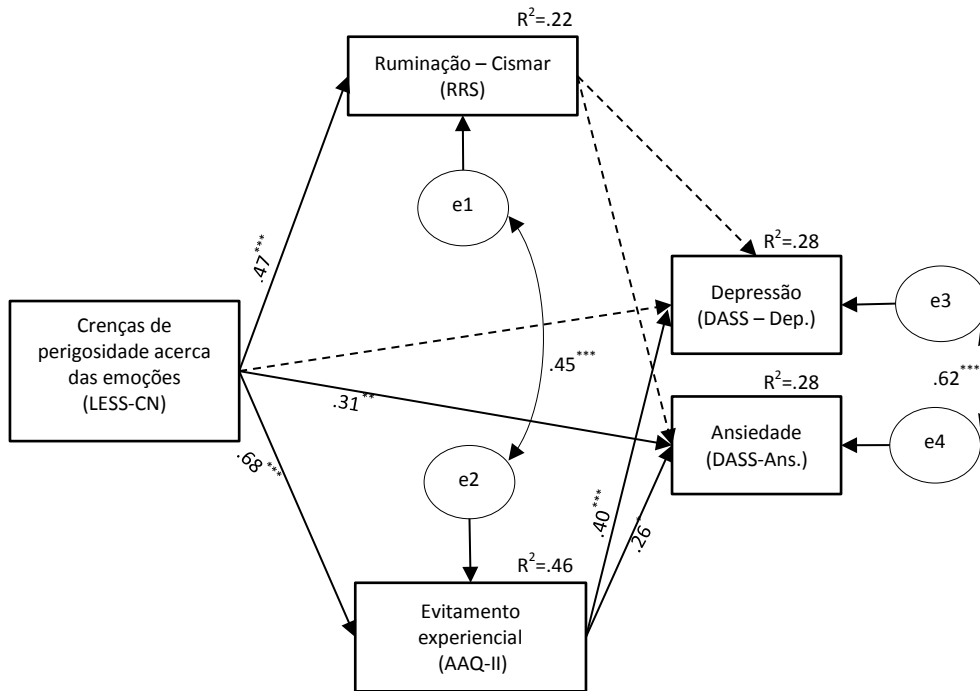


Figura 14. O efeito indirecto da ruminação-cismar (RRS) e do evitamento experiencial (AAQ-II) na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções (LESS-CN) e a sintomatologia depressiva (DASS-Dep.) e ansiosa (DASS-Ans.). As setas a pontilhado representam trajectórias directas não significativas ($p > .05$). Todas as restantes trajectórias são significativas, $^{***} p < .001$, $^{**} p < .01$, $^{*} p < .05$.

O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre a ruminação (cismar) e a sintomatologia depressiva e a ansiosa

Um dos objectivos do presente estudo era testar a hipótese, do evitamento experiencial se constituir como o mediador mais robusto da relação em estudo (*i.e.*, um mais forte factor de vulnerabilidade para a psicopatologia) em comparação com uma estratégia auto-regulatória mais específica (neste caso o estilo de *coping* ruminativo na sua forma mais patológica, a dimensão cismar). Neste sentido, resultados da análise mediacional conduzida (descrita anteriormente) forneceram suporte empírico no sentido confirmatório da hipótese colocada.

Contudo, um segundo objectivo do presente estudo (e porventura o principal) era testar a hipótese do efeito ‘tóxico’ da ruminação (cismar) estar contido no evitamento experiencial na medida em que dele é um exemplo prototípico (*i.e.*, uma das suas possíveis formas).

Neste sentido, e para testar a hipótese colocada, foi testado um terceiro modelo de mediação. Neste modelo, no qual foram mantidas todas as variáveis e trajectórias causais, foi substituída a trajectória

correlacional entre a *ruminação-cismar* e o *evitamento experiencial* por uma trajectória causal. Este procedimento estatístico permite averiguar se o efeito da *ruminação (cismar)* (RRS) na *sintomatologia depressiva* (DASS-Dep.) ocorre indirectamente através do *evitamento experiencial* (AAQ-II), ou dito de outro modo, se a *ruminação (cismar)* se torna um preditor patológico da sintomatologia depressiva quando é implementado, de forma rígida e inflexível, com a função de evitar ou escapar de estados emocionais avaliados como negativos, aversivos e indesejáveis.

De modo a obter um modelo mais parcimonioso, o primeiro passo foi proceder à análise dos coeficientes de trajectória e da sua respectiva significância no modelo de modo a eliminar, progressivamente, as trajectórias causais não significativas (*i.e.*, que não têm um contributo significativo na compreensão do modelo mediacional). Mais concretamente foram removidas, as seguintes trajectórias, pela sequência que a seguir se apresenta: '*ruminação-cismar* → *sintomatologia ansiosa*' ($b=.006$; $EP=.043$; $p=.887$; $\beta=.014$), '*ruminação-cismar* → *sintomatologia depressiva*' ($b=.024$; $EP=.040$; $p=.539$; $\beta=.048$) e '*crenças de perigosidade acerca das emoções* → *sintomatologia depressiva*' ($b=.043$; $EP=.036$; $p=.233$; $\beta=.126$).

Após a eliminação das trajectórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados $\chi^2(3, N=120) = 1.810$, $p=.613$, *Normed Chi-Square* ($\chi^2/g.l.$) = 0.603, *Comparative Fix Index* (CFI) = 1.000, *Tucker Lewis Index* (TLI) = 1.015, *Root-mean-square error of approximation* (RMSEA) = .000 (IC = .000; .127). Em seguida, calculou-se o teste das diferenças do χ^2 para comparar a qualidade de ajustamento entre o modelo inicial e o modelo aninhado, no sentido de avaliar se ocorria uma diminuição estatisticamente significativa na qualidade do ajustamento global devido à remoção das trajectórias não significativas. Os resultados confirmaram a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre os dois modelos [$\chi^2_{Dif} = 1.810 < \chi^2_{0.95; (3)} = 7.814$, $p>.05$], pelo que se optou pela escolha do modelo aninhado, por ser o modelo mais parcimonioso. De facto, o modelo final apresenta um excelente ajustamento à matriz dos dados.

Os resultados das análises mediacionais mostraram que o efeito da *ruminação (cismar)* (RRS) na *sintomatologia depressiva* (DASS-Dep.) é totalmente mediado pelo *evitamento experiencial* (AAQ-II). O efeito indirecto do *evitamento experiencial* é de $\beta=.194$, sendo o mesmo estimado para um I.C. a 95% com limites].115; .285[, e revelando-se estatisticamente diferente de zero para $p=.001$. Adicionalmente, *as crenças de perigosidade acerca das emoções* (LESS-CN) têm um efeito total no *evitamento experiencial* (AAQ-II) de $\beta=.677$ (IC95%=.571; .766, para um $p=.001$), sendo o efeito directo de $\beta=.501$ (IC95%=.368; .620, para um $p=.001$) e o efeito indirecto, *via ruminação (cismar)*, de $\beta=.176$ (IC95%=.106; .266, para um $p=.001$). O efeito indirecto explica 26% (.259= .677/.176) do efeito total.

Por fim, verifica-se que o efeito das *crenças de perigosidade acerca das emoções* (LESS-CN) na *sintomatologia depressiva* (DASS-Dep.), é de $\beta=.350$, sendo que o mesmo ocorre, através de dois efeitos indirectos: um mais robusto *via evitamento experiencial* ($\beta=.259$), e um outro, bastante menos expressivo, através de uma dupla mediação '*crenças de perigosidade acerca das emoções* → *ruminação-cismar* → *evitamento experiencial* → *sintomatologia depressiva*' ($\beta=.091$). Dado que o intervalo de confiança estimado para o efeito indirecto total não inclui o zero (IC95%: .233; .460) para um $p=.001$, podemos concluir que ambos os efeitos indirectos são significativamente diferentes de zero. Já o efeito total das *crenças de perigosidade acerca das emoções* (LESS-CN) na *sintomatologia ansiosa* (DASS-Ans.) é de $\beta=.458$ (IC95%=.312;.586, para um $p=.001$), sendo o efeito directo de $\beta=.240$ (IC95%=.072; .412, para um $p=.003$), o efeito indirecto que ocorre *via evitamento experiencial* (AAQ-II) de $\beta=.161$, e o efeito indirecto, que ocorre *via a dupla mediação*, '*crenças de perigosidade acerca das emoções* → *ruminação-cismar* → *evitamento experiencial* → *sintomatologia ansiosa*' de $\beta=.057$. De acordo com o método de reamostragem *Bootstrap* o I.C. a 95% estimado foi enquadrado com os limites de].092;.349[, revelando-se ambos os efeitos indirectos estatisticamente significativos e diferente de zero para $p=.001$.

De acordo com o modelo final obtido podemos verificar que as *crenças de perigosidade acerca das emoções* predizem 22% ($R^2=.221$) da variabilidade da *ruminação-cismar* e, em conjunto, estas variáveis explicam 57% ($R^2=.568$) da variância do *evitamento experiencial*. Acresce ainda que as três variáveis anteriormente mencionadas explicam globalmente 27% ($R^2=.268$) da variabilidade da *sintomatologia depressiva* e 27% ($R^2=.266$) da variabilidade da *sintomatologia ansiosa*. A representação gráfica do modelo do modelo mediacional testado está ilustrada na figura 15.

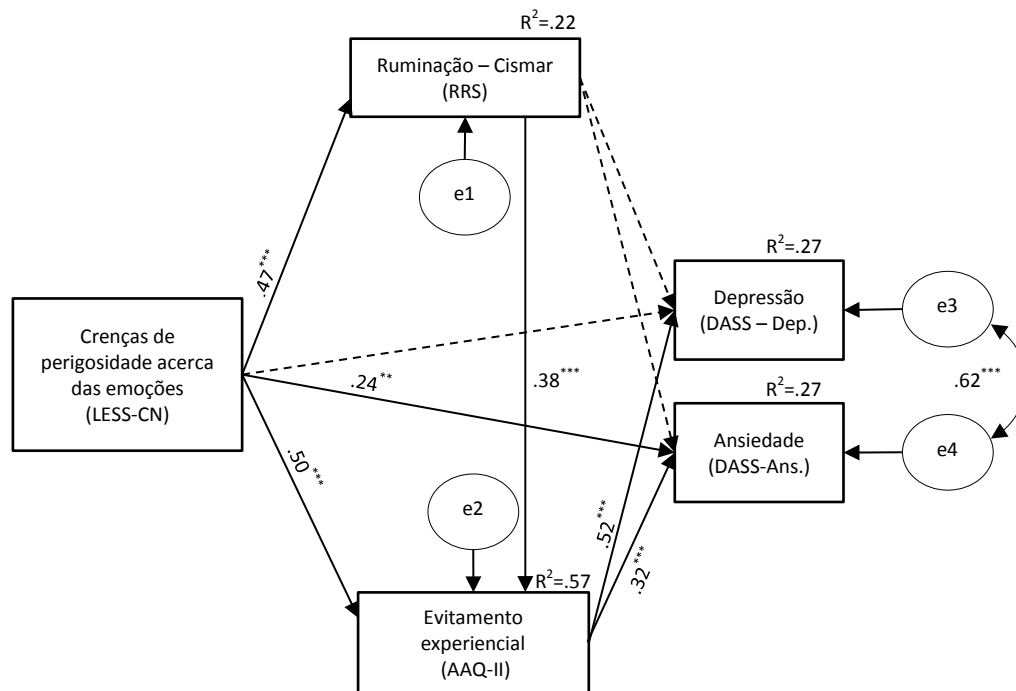


Figura 15. O efeito indirecto evitamento experiencial na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e a ruminação-cismar e a sintomatologia depressiva e ansiosa. As setas a pontilhado representam trajetórias directas não significativas ($p > .05$). Todas as restantes trajetórias são significativas, *** $p < .001$, ** $p < .01$.

5.4. Discussão

Com o presente estudo pretendeu-se contribuir para uma melhor clarificação do constructo de evitamento experiencial, nomeadamente compreender em que medida é que ele acrescenta valor teórico e clínico (*i.e.*, tem um contributo único e independente) em relação a um dos constructos mais amplamente difundidos no âmbito dos modelos psicopatológicos da Terapia Cognitivo- Comportamental, e que, tem vindo a receber um forte suporte empírico como sendo um importante factor etiológico e de manutenção da psicopatologia _ a ruminação, e em particular, na sua componente mais patológica, a dimensão cismar (Trenor et al., 2003).

Deste modo, e na mesma linha de investigação que havia sido desenvolvida por Kashdan e colegas (2006), o presente estudo permitiu-nos comparar a ruminação (enquanto processo central nos modelos de Terapia Cognitivo- Comportamental mais tradicionais) com o evitamento experiencial (processo central nos modelos de terceira geração, mais concretamente na ACT) e aferir o valor explicativo de cada um, simultaneamente, na psicopatologia depressiva e ansiosa. Adicionalmente, e de modo a expandir os resultados obtidos em estudos prévios (*e.g.*, Kashdan et al., 2006; Cribb et al., 2006), no

presente estudo, testaram-se três hipóteses sequenciais, de seguida enumeradas: 1) Será que o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções na sintomatologia depressiva e ansiosa é mediado, pelo menos em parte, pelo estilo de *coping* ruminativo (numa primeira fase) e pelo evitamento experiencial (numa segunda fase)? 2) Será que o evitamento experiencial é um mediador mais robusto na relação em análise, em comparação, com o estilo de *coping* ruminativo? 3) Será que a ruminação (em particular, o seu componente mais patológico, a dimensão *cismar*) pode ser conceptualizada como um exemplo prototípico de evitamento experiencial (*i.e.*, como uma das suas possíveis formas) na medida em que serve uma função evitante?

Os resultados obtidos forneceram, pelo menos em parte, suporte às hipóteses formuladas. Mais concretamente, e tendo em conta a natureza exploratória do presente estudo, o primeiro passo consistiu na análise dos coeficientes de correlação de *Pearson* entre as variáveis em estudo.

Assim, começou-se por investigar em que medida as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas estão associadas a índices mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa. Tal como esperado, os resultados obtidos corroboram estudos prévios (*e.g.*, Leahy, 2002a) ao terem demonstrado a existência de uma forte associação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e a sintomatologia depressiva e ansiosa. Dito de outro modo, os resultados obtidos sugerem que os indivíduos que avaliam e julgam negativamente as suas emoções (como inaceitáveis, incontroláveis, envergonhadoras e perigosas) tendem a apresentar níveis mais elevados de psicopatologia. Mediante os resultados obtidos, a hipótese que se colocou (já anteriormente mencionada), foi a de que um dos mecanismos explicativos desta associação, poder ser precisamente a adopção de estratégias de evitamento experiencial ineficazes para lidar com as emoções avaliadas negativamente, entre as quais, o estilo de *coping* ruminativo centrado nas consequências negativas do afecto negativo e na vivência de um sentimento de incapacidade para o ultrapassar. Como tal, o passo seguinte foi explorar a associação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas, o estilo de *coping* ruminativo e o evitamento experiencial.

De facto, se tivermos em consideração que de acordo com o modelo da ACT, a avaliação e o ajuizamento negativo das experiências privadas suporta a adopção de estratégias de evitamento experiencial e contribui para uma maior inflexibilidade psicológica (Hayes et al., 1996; Hayes, Luoma et al., 2006), e se a ruminação é uma das possíveis formas de evitamento experiencial (Kashdan et al., 2006), então seria de esperar, tal como se veio a verificar, que as crenças negativas acerca das emoções estivessem não somente associadas ao evitamento experiencial, mas também igualmente associadas ao estilo de *coping* ruminativo. Neste sentido, os resultados obtidos forneceram suporte empírico à hipótese colocada, ao terem demonstrado que as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas estão fortemente associadas quer ao estilo de *coping* ruminativo ($r=.47$; $p<.01$) quer com o evitamento experiencial ($r=.68$; $p<.01$). E se os resultados obtidos Tirch e colegas (Silberstein, Tirch, & Leahy, 2010), numa amostra clínica, já haviam demonstrado que todas as dimensões dos esquemas emocionais (quando utilizado o LESS original - *Leahy Emotional Schema Scale*; Leahy, 2002a) se associavam fortemente ao evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica (AAQ-II - versão de 10 itens do AAQ-II; Bond et al., 2011), os resultados do presente estudo, parecem sugerir que a avaliação das emoções como incontroláveis, inaceitáveis e até mesmo perigosas conduz de um modo geral à adopção de estratégias que visam o controlo, escape ou evitamento dessas experiências privadas e que, possivelmente, entre essas se encontra o estilo de *coping* ruminativo.

Ainda à semelhança de estudos prévios (*e.g.*, Nolen-Hoeksema, 2000; Treynor et al., 2003; Hayes, Strosahl, et al., 2004; Cribb et al., 2006; Kashdan et al., 2006; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004) verificou-se que, tanto o estilo de *coping* ruminativo, como o evitamento experiencial, se encontram fortemente associados à sintomatologia depressiva e ansiosa. Adicionalmente, através das análises correlacionais foi possível apurar que o componente mais patológico da ruminação (*cismar*) se encontra

fortemente associado ao evitamento experiencial ($r=.61$, $p<.01$). Como tal, os resultados obtidos sugerem que a ruminação, definida como um estilo específico ou método de *coping* (e.g., Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) que se caracteriza pelo pensamento avaliativo e repetitivo excessivamente focado nas emoções negativas, no humor depressivo e nos sintomas perturbadores (e.g., Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 1999; Nolen-Hoeksema, et al., 1994) está associado a níveis mais elevados de evitamento experiencial, ou seja, a uma maior incapacidade para permanecer em contacto com os eventos privados avaliados negativamente e à implementação de esforços que visam a sua modificação, controlo e evitamento (e.g., Hayes et al., 1999). De facto, neste âmbito, podemos afirmar que os resultados do presente estudo, conduzido numa amostra da população geral portuguesa, vêm de facto reforçar estudos prévios, que haviam já encontrado uma associação positiva entre a ruminação e a supressão emocional (e.g., Liverant et al., 2011) e entre a ruminação e o evitamento experiencial (e.g., Cribb et al., 2006; Giorgio et al., 2010; Kashdan et al., 2006).

Em seguida, e após se ter verificado que todas as variáveis do modelo se associavam significativamente e no sentido esperado (de acordo com as hipóteses colocadas), procedeu-se à análise de modelos de mediação que foram elaborados com o intuito de responder aos objectivos delineados para a presente investigação.

Mais concretamente, no primeiro modelo de mediação, testou-se a hipótese do estilo de pensamento ruminativo (e em particular, o componente patológico cismar) mediar a relação entre as crenças negativas acerca das emoções (associadas à vivência de afecto negativo) e a sintomatologia depressiva e ansiosa. Ou seja, os resultados obtidos corroboraram parcialmente esta hipótese. Mais concretamente, os resultados mostraram que o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções negativas na sintomatologia depressiva ocorre, pelo menos em parte, indirectamente, através da ruminação. As crenças negativas acerca das emoções tornam-se especialmente patológicas, quando conduzem (pelo menos em parte) a uma maior ruminação sobre o afecto negativo que lhes está associado. Assim, perante a avaliação severa das emoções negativas como sendo ameaçadoras, incontroláveis e aversivas, são sobretudo os indivíduos, que ficam enredados nesse conteúdo cognitivo, isto é, que de um modo abstracto/ avaliativo procuram repetidamente “na sua cabeça” as razões, significados e “porquê(s)” de se sentirem desse modo, e que ficam especialmente centrados nas consequências negativas dos seus estados emocionais, que apresentam um maior agravamento do seu estado emocional, e em particular, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. Contudo, um resultado interessante, foi a constatação de que quando se considera simultaneamente a sintomatologia ansiosa (i.e., quando se controla a variância comum entre a sintomatologia depressiva e ansiosa na análise mediacional), o estilo de *coping* ruminativo apenas se revelou como um mediador significativo na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e a sintomatologia depressiva. Isto significa, que os resultados obtidos sugerem que o estilo de *coping* ruminativo, quando utilizado para lidar com as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas conduz, diferencialmente e especificamente, para os sintomas depressivos mas não para os sintomas ansiosos.

De seguida, num segundo modelo de mediação procurou-se comparar o contributo único e independente da ruminação e do evitamento experiencial, enquanto possíveis mediadores significativos da relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e da sintomatologia depressiva e ansiosa. A opção de incluir, simultaneamente, os dois mediadores na mesma análise, revelou-se vantajosa na medida em que permitiu explorar o estatuto único de cada mediador, ou seja, comparar a sua robustez (“poder”) nas relações em estudo. Os resultados mostraram que, quando adicionado ao modelo, o evitamento experiencial opera como um mediador significativo da relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e os sintomas depressivos e ansiosos. Adicionalmente verificou-se, que na presença do evitamento experiencial, o papel mediador da ruminação se tornou francamente

enfraquecido (*i.e.*, deixou de se revelar significativo) na explicação da sintomatologia depressiva. Neste sentido, os resultados obtidos corroboram estudos prévios (*e.g.*, Kashdan et al., 2006), ao demonstrarem que o evitamento experiencial se constitui como um preditor mais robusto da psicopatologia, quando comparado com estratégias auto-regulatórias mais específicas, como é o caso do estilo de *coping* ruminativo. De facto, o evitamento experiencial parece constituir-se como uma vulnerabilidade psicológica generalizada (tal como advogado por Kashdan et al., 2006), na medida em que não só apresentou uma associação mais forte com as crenças de perigosidade acerca das emoções e com a sintomatologia depressiva/ ansiosa, como também sobressaiu como o mediador mais forte nessas relações, comparativamente ao estilo de *coping* ruminativo.

Contudo, e apesar de na presença do evitamento experiencial, o estilo de *coping* ruminativo deixar de se evidenciar como um mediador significativo, estes dois processos regulatórios permaneceram positiva e significativamente associados ($r=.45$; $p<.001$). A este respeito, é importante mencionar que a constatação de que o evitamento experiencial e o estilo de *coping* ruminativo se encontram fortemente associados corrobora estudos prévios apresentados por diversos investigadores (*e.g.*, Cribb et al., 2006; Giorgio et al., 2010; Kashdan et al., 2006). Assim, mediante os resultados obtidos, várias são as explicações que podem ser avançadas para a associação encontrada entre o estilo de *coping* ruminativo e o evitamento experiencial. Uma das explicações que tem vindo a ser avançada pela literatura é a de que alguns indivíduos ruminadores ao não conseguirem adoptar acções apropriadas para lidar com o afecto negativo, possivelmente, passam a procurar formas de suprimir ou evitar o material cognitivo emocionalmente ameaçador, nomeadamente, através de comportamentos auto-destrutivos e prejudiciais (Nolen-Hoeksema, 2009), como sejam os comportamentos de auto-dano não suicidiário ou o abuso de substâncias (Smith, Sanflippo, Reilly, Feldman, Wagner, Bender, & Albert, & Alloy, 2007). Uma outra explicação avançada é a de que a ruminação poderá ser conceptualizada, ou como um processo cognitivo de evitamento, na medida em que ao impedir o processamento eficaz do conteúdo emocional limita o impacto emocional (o afecto negativo) associado ao conteúdo do pensamento ruminativo (*e.g.*, Watkins & Moulds, 2004) ou, como um processo de evitamento comportamental, porque à semelhança de outros comportamentos evitantes, a ruminação limita a adopção de estratégias adaptativas de resolução de problemas e o contacto com um ambiente externo potencialmente reforçador (*e.g.*, Martell, Addis, & Jacobson, 2001). Outros investigadores defendem ainda que a ruminação poderá ter tanto uma função de evitamento cognitivo como comportamental (*e.g.*, Moulds, Kandris, Starr, & Wong, 2007). Já na presente investigação, procurou-se através do modelo ACT, encontrar uma possível explicação para a relação encontrada entre o evitamento experiencial e o estilo de *coping* ruminativo e, mais especificamente, para os resultados obtidos nas análises mediacionais conduzidas. Mais concretamente, no terceiro modelo mediacional conduzido, procurou-se averiguar a possibilidade da ruminação ter/ servir uma função evitante, isto é, de modificação, controlo, evitamento ou escape dos eventos internos que são avaliados como ameaçadores e aversivos, como é o caso dos estados emocionais negativos. Ou seja, procurou-se averiguar a possibilidade de, à semelhança de outras estratégias de regulação emocional/ estilos de *coping* específicos que podem ser incorporadas sob o espectro do evitamento experiencial (*e.g.*, Chapman et al., 2011; Hayes et al., 1996), também o estilo de *coping* ruminativo, e sobretudo o seu componente cismar, estar nele incluído. De facto, e perante os resultados obtidos no terceiro modelo de mediação, é possível sugerir que o impacto negativo do estilo de *coping* ruminativo na sintomatologia depressiva está 'contido'/ 'incorporado' no evitamento experiencial. Assim, tendo em consideração os postulados do modelo ACT para a regulação emocional, parece que o carácter 'tóxico' da ruminação (conducente ao desenvolvimento e manutenção da sintomatologia depressiva) reside, especialmente, na sua função evitante, revelando-se quando a ruminação é implementada de um modo rígido e inflexível, em resposta à vivência de eventos internos perturbadores (neste caso, avaliações/ julgamentos severos das emoções negativas como incontroláveis, inaceitáveis e perigosas) e quando é executada com o intuito de os controlar, evitar ou até mesmo escapar (*i.e.*, diminuir a sua frequência, a duração e a intensidade). Como tal, é possível concluir que, os

resultados obtidos são concordantes com os de estudos prévios que sugerem que o estilo de *coping* ruminativo poderá servir uma função evitante dos estados emocionais julgados ou avaliados negativamente (e.g., Martell et al., 2001; Moulds et al., 2007; Watkins & Moulds, 2004) e, neste seguimento, que o seu impacto pernicioso parece depender, pelo menos em parte, da mesma ser usada com a função de evitamento experiencial (e.g., Cribb et al., 2006; Kashdan et al., 2006). Adicionalmente, e tendo presente que de acordo com o modelo ACT, os estilos de *coping* e as estratégias de regulação emocional mais específicas “não são eficazes ou ineficazes em si mesmas; antes, a sua utilidade depende do contexto e da flexibilidade com que são usadas” (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010, p.122) é possível supor, de acordo com os resultados obtidos, que o estilo de *coping* ruminativo poderá por si só não ser prejudicial/patológico, apenas se revelando como tal, quando não se adequa ao contexto em que é aplicado (i.e., quando outras estratégias disponíveis nesse contexto, seriam mais eficazes para a prossecução de objectivos valorizados), e quando como referido anteriormente, é empregue de um modo rígido e inflexível pelo indivíduo com o propósito de evitar estados afectivos negativos avaliados como indesejados e aversivos. Por último, os resultados obtidos fornecem ainda suporte à conceptualização do evitamento experiencial como uma categoria funcional (i.e., como representando uma função de regulação emocional; Boulanger et al., 2010) na medida em que este processo se revelou como um preditor mais robusto e transversal da psicopatologia (tanto ansiosa como depressiva) comparativamente à frequência com que o estilo de *coping* ruminativo (que é uma forma de acção específica) é empregue, e que segundo os resultados obtidos, parece ter um impacto negativo específico na depressão.

Mas os resultados obtidos com o terceiro modelo de mediação não vieram apenas corroborar os obtidos por estudos prévios em relação à robustez do evitamento experiencial, ou comprovar o seu maior poder preditor na psicopatologia ansiosa, comparativamente ao estilo de *coping* ruminativo (e.g., Kashdan et al., 2006), nem somente estender estes resultados à sintomatologia depressiva. De facto, um resultado interessante e inovador do presente estudo foi a constatação do forte efeito preditor que as crenças de perigosidade acerca das emoções têm no evitamento experiencial (como foi possível constatar no segundo modelo de mediação, as crenças avaliativas negativas sobre os estados emocionais predizem 46% do evitamento experiencial), sendo que somente parte deste efeito ocorre através do estilo de *coping* ruminativo (como se pode constatar no terceiro modelo de mediação o estilo de *coping* ruminativo explica apenas 26% do efeito total encontrado). Posto isto, os resultados obtidos sugerem que as crenças de perigosidade acerca das emoções conduzem à adopção de estratégias que visam o controlo, a supressão e a extinção desses julgamentos severos sobre os estados emocionais negativos (e devido à bidirecionalidade das funções de estímulos dos próprios estados emocionais negativos), entre as quais (mas não somente), o estilo de *coping* ruminativo. Ou seja, o que parece explicar (i.e., o que suporta) o evitamento experiencial, e as diferentes formas que este pode apresentar, parece ser, pelo menos em parte, uma avaliação severamente negativa dos eventos privados (como é o caso das emoções). Neste sentido, os resultados do presente estudo fornecem suporte empírico ao postulado do modelo ACT, de que o enredamento cognitivo excessivo, com os julgamentos negativos das experiências privadas, desencadeia tentativas deliberadas de controlo, evitamento ou supressão dessas mesmas experiências (Hayes et al., 1999; Hayes, Strosahl, et al., 2004; Orsillo, Roemer, & Holowka, 2005; Roemer & Orsillo, 2009). Mais concretamente, à luz do modelo ACT, os resultados obtidos fazem sentido, na medida em que as crenças de perigosidade acerca das emoções (avaliadas através do LESS modificado) incluem itens que se referem às avaliações/julgamentos severos das experiências emocionais como inaceitáveis, ameaçadoras, aversivas e indesejáveis (e.g., Há alturas em que as minhas emoções são tão intensas que me sinto arrasado, ultrapassado por elas”, “Gostava de me livrar de certas emoções que só me prejudicam), às consequências que se antecipam derivarem da vivência desses estados emocionais (e.g., “Receio vir a perder o controlo se me permitir ter certo tipo de sentimentos” e “Os problemas surgem-me quando não sou capaz de controlar as minhas emoções”) e indicações da importância de implementar determinadas regras de resposta perante esses estados

emocionais (e.g., “Tenho que me proteger de ter determinados sentimentos”, “Não me posso deixar guiar pelos meus sentimentos e “Se aceitasse algumas das minhas emoções, elas “tomavam” conta de mim”). Assim sendo, e devido à bidirecionalidade da linguagem, não só os julgamentos negativos vão aumentar a aversão sentida pela experiência emocional (na medida em que essa “malvadez”, “indesejabilidade” e “perigosidade” passam a ser sentidas como características inerentes e reais dos estados emocionais negativos e não somente como rótulos descritivos e avaliativos que estão a ser empregues às mesmas devido ao processo de pensar), como também algumas das funções das emoções negativas vão ser transferidas para os eventos verbais (i.e., para as avaliações verbais das mesmas). E este efeito bidireccional tende ainda a ser amplificado pelas redes sociais estabelecidas, conduzindo a que os indivíduos reajam às avaliações negativas como se das próprias experiências emocionais se tratasse, e a que se comportem de acordo ao significado literal que lhes atribuí. Isto porque, se considerarmos que, num contexto de literalidade, as crenças negativas acerca das emoções, enquanto eventos cognitivos, são tratadas como se fossem uma representação fiel/verdadeira da realidade (e não como resultantes do processo contínuo de avaliar, julgar e comparar da mente humana); e que as mesmas especificam as regras de como agir, de modo a alterar/ diminuir a frequência e/ ou intensidade dos estados emocionais avaliados negativamente, então é possível hipotetizar, que as crenças negativas suportam/ justificam a adopção de estratégias que se podem agrupar sob a alçada do evitamento experiencial. De facto, os resultados sugerem que as avaliações/julgamentos negativos (esquemas emocionais) parecem conduzir ao que Boulanger e colegas (2010) designam por “modo da mente de resolução dos problemas”, em que o evitamento experiencial surge como a solução natural para o “problema verbal” encontrado, solução essa que passa pelo controlo, escape ou evitamento das experiências internas avaliadas como aversivas e indesejadas. Posto isto, os resultados do presente estudo permitem-nos colocar a possibilidade de não ser somente o conteúdo das avaliações negativas acerca dos estados emocionais que conduz à psicopatologia, nem somente a frequência com que esses julgamentos severos ocorrem, mas ser sobretudo o facto dessas avaliações/ julgamentos severos estarem indissociáveis da adopção de estratégias rígidas e inflexíveis que visam a modificação desses estados emocionais. De facto, neste âmbito os resultados do presente estudo parecem corroborar a ideia de que, quando as interpretações acerca da natureza e consequências das emoções passam a dominar (i.e., são interpretadas como literalmente verdadeiras) o indivíduo sente que “não pode dar-se ao luxo de parar de se defender contra esses sentimentos” (Blackledge & Hayes, 2001, p.247), e como tal, o seu comportamento passa a ser mais motivado pelas tentativas de evitamento, controlo ou escape dos eventos privados avaliados como perigosos e aversivos, do que pelo desejo de se envolver em comportamentos que sejam consistentes com os seus valores (Roemer & Orsillo, 2009).

Por fim, os resultados do presente estudo mostraram que o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções na sintomatologia depressiva e ansiosa ocorre, pelo menos em parte, através do evitamento experiencial. Neste sentido, os resultados parecem sugerir que, como consequência da excessiva avaliação negativa das emoções (como incontroláveis, perigosas, e patológicas), e da rígida aplicação de regras que visam o seu controlo/ evitamento, os indivíduos que mais recorrem a estratégias de controlo, supressão e evitamento são os que apresentam índices mais elevados de perturbação emocional (i.e., de sintomatologia depressiva e ansiosa). Assim, apesar dos indivíduos recorrerem a estratégias de controlo, escape ou evitamento com o intuito de diminuir/ eliminarem os estados emocionais avaliados negativamente, estas estratégias (entre as quais o estilo de *coping* ruminativo) revelam-se contraproducentes, na medida em que conduzem a níveis mais elevados de perturbação emocional. Posto isto, é possível afirmar que os resultados do presente estudo corroboram a ideia de que apesar do evitamento experiencial poder a curto-prazo contribuir para um alívio temporário do estado emocional indesejável e aversivo (e.g., Hayes, 2004a; Hayes et al., 1996), a longo prazo, o seu uso contínuo, está associado à amplificação da vivência emocional que precisamente se pretendia diminuir, controlar ou evitar, e ao agravamento da perturbação emocional (Hayes et al., 1996; Blackledge & Hayes, 2001). Uma explicação possível para a ocorrência deste efeito paradoxal é a de que

o uso persistente e inflexível de estratégias que visam diminuir ou extinguir as experiências emocionais possivelmente afasta o indivíduo da experiência emocional real, impedindo-o de utilizar informação que seria útil para a adopção de acções eficazes congruentes com os seus objectivos a longo-prazo (e não que visassem somente o alívio imediato desse estado emocional). Isto porque, de acordo com a ACT quando o comportamento do indivíduo passa a ser comandado pelas tentativas de evitar, controlar ou escapar dos eventos privados julgados negativamente (e.g., como intoleráveis, indesejados ou inaceitáveis), mais incapaz ele é de aproveitar as oportunidades disponíveis no seu contexto que seriam congruentes com a prossecução dos seus objectivos de vida valorizados (Kashdan et al., 2006; Hayes, Luoma, et al., 2006), e mais restringirá a sua vida, o que consequentemente contribuirá ainda mais para o afastamento progressivo das suas direcções de vida valorizadas (Carrascoso López & Valdivia Salas, 2009). Outra explicação adicional é ainda a de que as estratégias de evitamento experiencial irão provavelmente aumentar a importância funcional do conteúdo cognitivo que precisamente se pretende evitar (i.e., vão paradoxalmente aumentar a acessibilidade, a intensidade e a frequência dos eventos emocionais avaliados como intoleráveis e ameaçadores e dos julgamentos negativos acerca dos mesmos), o que conduzirá à implementação cada vez mais rígida e inflexível das estratégias evitantes, e como tal, a um grau mais elevado de perturbação emocional. A este respeito, como refere Hayes e colegas (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004) as regras que especificam que não se deve sentir determinada emoção de modo a evitar uma consequência nefasta, conduzem a que o momento presente passe a estar associado a esse mau resultado, e como tal, a que as emoções que o indivíduo se pretende livrar/ escapar sejam evocadas.

Neste sentido, e em síntese, podemos dizer que os resultados obtidos são concordantes com os de diversos estudos empíricos, que têm vindo a demonstrar que os eventos privados, ou não respondem ou, paradoxalmente, até aumentam de intensidade e frequência, em resposta à adopção de estratégias deliberadas de supressão, controlo e evitamento (Hayes et al., 1996; Hayes, Strosahl, et al., 2004) podendo mesmo resultar em mais psicopatologia (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2005), nomeadamente depressiva (e.g., Beevers, Wenzlaff, Hayes, Scott, 1999; Wenzlaff & Luxton, 2003). De facto, Hayes e Feldman (2004), referem a este respeito que o recurso a estas estratégias de regulação emocional ineficazes com vista ao controlo e evitamento das experiências emocionais conduz, paradoxalmente, a que os indivíduos deprimidos tendam a ficar progressivamente “presos” a um ciclo vicioso de ruminação e evitamento emocional.

O constructo de evitamento experiencial: qual a sua utilidade para os modelos explicativos da psicopatologia em comparação com outros constructos ‘desadaptativos’ existentes?

6.1. Objectivos

O primeiro estudo, conduzido numa amostra não-clínica, corroborou empiricamente a hipótese do evitamento experiencial ter um contributo adicional (único e independente) na sintomatologia depressiva e ansiosa, para além do que é explicado pelo estilo de *coping* ruminativo. Adicionalmente, os resultados sugerem que a ruminação (e em particular, a sua componente mais patológica) pode ser considerada como um exemplo prototípico de evitamento experiencial, ou seja, uma das suas possíveis formas, cuja ‘toxicidade’ depende de ser implementada de forma rígida e inflexível com a *função* de controlar, evitar ou escapar dos estados emocionais negativos aversivos e indesejados. Contudo, se atendermos a que o evitamento experiencial se refere à relutância persistente do indivíduo para experienciar e permanecer em contacto com determinados eventos privados que avalia como perturbadores e indesejáveis, e ao conjunto de acções deliberadas que emprega para evitar ou escapar da sua forma, frequência ou sensibilidade situacional, mesmo quando isso lhe causa dano psicológico (Hayes, 1994; Hayes et al., 1996; Hayes et al., 1999; Hayes et al. 2004) facilmente podemos deduzir que poderíamos integrar sob a sua alçada diversas estratégias de regulação emocional e estilos de *coping* (Boulanger et al., 2012; Chapman et al., 2011; Kashdan et al., 2006; Hayes et al., 1996) que não somente o pensamento ruminativo.

De facto, esta definição legitima a questão de se saber em que medida é que o constructo de evitamento experiencial se distingue de outros constructos existentes e amplamente difundidos e estudados no contexto da regulação emocional, ou se tratará meramente de um constructo sobreposto a estes, que não acrescenta valor explicativo aos mesmos. O modelo ACT teoriza que o evitamento experiencial é um constructo distinto, mais abrangente e integrador, uma *vulnerabilidade psicopatológica geral* (Kashdan et al., 2006), uma *dimensão diagnóstica funcional da psicopatologia* (Ruiz, 2010) e como tal um processo crucial na etiologia e manutenção de uma ampla variedade de problemas psicológicos (e.g., uma revisão dessa condições clínica é apresentada em Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2006 e Ruiz, 2010).

No contexto particular da regulação emocional, o evitamento experiencial representa mais uma *função reguladora da emoção* _ a de controlo, escape ou evitamento dos eventos privados avaliados como aversivos, ameaçadores e/ou patológicos_ e não tanto uma forma ou método específico de regular estados emocionais (Boulanger et al., 2010). E neste sentido, o evitamento experiencial pode, possivelmente, incluir sob a sua alçada diversas estratégias cognitivas e comportamentais, que mesmo sendo topograficamente distintas poderão partilhar essa mesma função reguladora das emoções quando implementadas com o intuito de atenuar, evitar ou controlar experiencialmente estados emocionais aversivos e indesejados (Boulanger et al., 2012; Chapman et al., 2011; Kashdan et al., 2006; Hayes et al., 1996).

De facto, segundo a perspectiva da ACT, não são as emoções que conduzem causalmente à psicopatologia (Blackledge & Hayes, 2001), mas antes o seu impacto negativo parece advir da implementação rígida e inflexível de estratégias ou estilos de *coping* que têm como função modificar, controlar e/ ou evitar esses estados emocionais quando isso é prejudicial para o funcionamento do indivíduo, ou seja, quando é gerador de sofrimento e impeditivo de viver uma vida valorizada (e.g., Kashdan et al., 2006; Boulanger et al., 2010). De facto, apesar de a curto-prazo o evitamento experiencial permitir o alívio imediato dos eventos privados aversivos e indesejáveis, a longo-prazo, o uso crónico de tentativas de controlo, escape e/ ou extinção parece conduzir ao aumento da frequência, severidade e acessibilidade aos próprios eventos privados que o indivíduo pretendia em primeiro lugar evitar, bem como se julga que interfira com a adopção de comportamentos que são concordantes com os valores de vida (e.g., Blackledge & Hayes, 2001; Hayes, Luoma, et al., 2006; Hayes, et al., 1996; Kashdan, et al., 2006).

Dado que o estilo de *coping* ruminativo já foi brevemente descrito na introdução do primeiro estudo, em seguida, serão sumariamente descritos os diferentes processos auto-regulatórios que foram testados no presente estudo, enfatizando-se sobretudo as similitudes que os mesmos poderão apresentar com o constructo de evitamento experiencial e enumerados os estudos empíricos que exploraram a relação entre esses mesmos constructos e o evitamento experiencial.

Formas prototípicas de evitamento experiencial

Supressão

Segundo a abordagem ACT, a supressão, enquanto estratégia de regulação emocional, é uma das possíveis formas de evitamento experiencial, na medida em que se refere às tentativas, activas e intencionais, de controlar e/ou eliminar, no imediato, os eventos privados avaliados negativamente (Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson, 2004). De entre as variadas formas de supressão, a supressão do pensamento é certamente a mais amplamente estudada no âmbito da ACT (Thompson & Waltz, 2010; Hayes et al., 1996). Um dos resultados mais interessantes no âmbito da supressão do

pensamento é o facto de diversos estudos experimentais terem mostrado que as tentativas deliberadas, de supressão do pensamento, conduzem a um aumento paradoxal da sua frequência durante o período de pós-supressão (e.g., Clark, Ball & Pape, 1991; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987; Wegner, Schneider, Knutson, & McMahon, 1991; Wenzlaff & Wegner, 2000). Mais concretamente, Wegner e colegas (Wegner et al., 1991; Wenzlaff, Wegner, & Klein, 1991; Wegner & Zanakos, 1994 citados por Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999 e Blackledge & Hayes, 2001) demonstraram que este efeito paradoxal (designado por efeito de *rebound*) em relação à frequência e acessibilidade dos pensamentos ocorre sobretudo nos contextos em que a supressão teve lugar, ou quando o indivíduo experiencia um estado emocional semelhante ao que estava presente aquando suprimiu o pensamento, contextos esses nos quais seria precisamente mais desejável, e premente, que esse reexperienciamento não ocorresse (Hayes et al., 1996). Adicionalmente, alguns estudos sugerem que o pensamento suprimido é igualmente capaz de produzir o estado de humor que estava presente no momento em que teve início a supressão (Wenzlaff et al., 1991). Estes resultados ajudam a compreender o porquê de alguns estudos (e.g., Beevers, Wenzlaff, Hayes, & Scott, 1999) fornecerem suporte empírico para a existência de uma associação entre a supressão do pensamento e a depressão. Em conjunto, esses estudos sugerem que “a supressão do pensamento pode prolongar ou agravar a depressão ao reforçar as associações que são relevantes com o humor” (Wenzlaff & Wegner, 2000, p.83), e como tal, o uso crónico e generalizado da supressão para lidar com os pensamentos indesejados poderá mesmo constituir-se como um factor de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivos (Wegner & Zanakos, 1994). De facto, na sua relação com a sintomatologia depressiva, alguns estudos demonstram que os indivíduos deprimidos têm dificuldade em inibir os seus pensamentos negativos indesejados, apesar do tempo e do esforço considerável que dispensam a tentar fazê-lo, sendo que quanto mais os indivíduos procuram suprimir os seus pensamentos depressivos, maior é o agravamento dos seus sintomas depressivos manifestados (e.g., Wenzlaff & Bates 1998).

Mais recentemente, uma outra área de investigação, que tem despertado o interesse dos investigadores é a da supressão emocional, uma forma de regulação emocional, que pode ser definida “como a inibição consciente do comportamento emocional expressivo quando emocionalmente activado” (Gross & Levenson, 1993, p.970). De facto, a supressão emocional visa, de uma forma deliberada, influenciar o mais directamente possível a resposta fisiológica, comportamental e subjectiva da experiência emocional em curso através da supressão da sua expressão externa (Gross & Thompson, 2007; Werner & Gross, 2010). Alguns estudos demonstram que em situações específicas e pontuais a supressão emocional pode estar associada a efeitos benéficos (e.g., Clark & Taraban, 1991; Butler et al., 2003), nomeadamente, ao evitar as consequências negativas de uma expressão emocional desregulada, ao fomentar a aderência às normas sociais e ao ajudar o indivíduo a se adaptar aos objectivos e intenções do parceiro da interacção (uma revisão destes estudos foi apresentada por Butler & Gross, 2004). Contudo, é um facto, que a maioria dos estudos associa o seu uso a consequências nefastas (e.g., Gross & John, 2003; Gross & Levenson, 1993, 1997). Por exemplo, Gross e Levenson (1993) conduziram um estudo experimental numa amostra de estudantes universitários de ambos os sexos de modo a estudar o efeito da supressão emocional na resposta emocional (*i.e.*, nos componentes fisiológico, comportamental e subjectivo). O estudo consistia em solicitar aos participantes a visualização de três filmes de curta duração (o primeiro de valência neutra, e os dois seguintes indutores das emoções de nojo/ repugnância) enquanto simultaneamente eram registadas as suas respostas comportamentais, fisiológicas e subjectivas. Antes da visualização do terceiro filme os participantes foram divididos aleatoriamente por duas condições experimentais, sendo-lhes solicitado ou que simplesmente observassem o filme (grupo de não-supressão) ou que escondessem/inibissem as suas reacções emocionais de modo a que se alguém os observasse não soubesse o que estavam a sentir (grupo de supressão). Os resultados mostraram que apesar de a supressão conduzir a uma redução do comportamento expressivo (expressão facial), ela produz um estado fisiológico misto (e.g., diminuição da actividade somática e da frequência cardíaca, juntamente com o aumento da actividade do sistema

nervoso simpático em outras medidas cardiovasculares) e, mais importante, não revela ter qualquer efeito na experiência subjectiva da emoção de nojo/ repugnância. Num estudo similar, Gross e Levenson (1997) expuseram uma amostra de participantes do sexo feminino à visualização de filmes de curta duração indutores das emoções de tristeza, diversão ou de valência neutra, sob diferentes condições experimentais (supressão - inibição do comportamento expressivo durante a visualização *versus* não-supressão – simplesmente visualizar os filmes). Novamente, os resultados mostraram que a supressão estava associada a uma redução do comportamento expressivo nos três filmes. Contudo, em relação à experiência subjectiva, verificou-se que a supressão não exercia qualquer efeito em relação à emoção de tristeza (relativamente à condição de não-supressão), mas que em relação à emoção positiva de divertimento a supressão conduzia a uma redução da sua experiência subjectiva¹²¹. A nível fisiológico, a supressão conduziu a uma maior activação do sistema nervoso simpático (em particular do sistema cardiovascular) durante a visualização dos filmes de valências positiva e negativa, mas não revelou ter qualquer efeito em relação ao filme de valência neutra. Assim, de um modo geral, estes dois estudos (Gross & Levenson, 1993, 1997) entre outros (Gross, 1998a) sugerem que a supressão emocional, ou seja, o esforço activo para inibir o componente expressivo da resposta emocional, apesar de eficaz na redução do comportamento expressivo, tem pouco ou nenhum impacto na diminuição da experiência subjectiva das emoções negativas (*e.g.*, nojo/ repugnância e tristeza), bem como paralelamente acarreta elevados custos fisiológicos¹²².

Adicionalmente, Gross e John (2003) demonstraram que os indivíduos que usam mais frequentemente a supressão emocional (comparativamente aos que recorrem menos a esta estratégia), procuram mascarar as suas emoções e não expressá-las externamente quando lidam com as situações stressantes, o que conduz a que experienciem mais emoções negativas (incluindo sentimentos de inautenticidade), menos emoções positivas, bem como reportam mais sintomas depressivos e sentem-se menos satisfeitos com a vida. Adicionalmente, a revisão da literatura permite constatar que a supressão expressiva está associada a elevados custos sociais (Gross, 2002, Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Levenson, 1994; Srivastava, Tamir, McGonigal, John, & Gross, 2009), sendo o seu uso habitualmente associado a sentimentos de inautenticidade e alienação nas interações sociais (Gross & John, 2002; Butler & Egloff et al., 2003) ou ao distanciamento interpessoal e potencial isolamento nos indivíduos que recorrem cronicamente ao uso da supressão na sua vida diária (Gross & John, 2002). Existem igualmente evidências de que o seu uso acarreta consequências cognitivas, tais como a redução da memória para a informação social apresentada durante um período de tempo em que os participantes estão a regular as suas emoções (Richards & Gross, 1999, 2000), e fisiológicas, frequentemente uma resposta cardiovascular e do sistema nervoso simpático aumentada (*e.g.*, Gross, 1998a, Gross & Levenson, 1993, 1997; Richards & Gross, 1999, 2000). Alguns estudos demonstram ainda que a supressão expressiva tem um importante papel na manutenção da psicopatologia (*e.g.*, Buttlar et al., 2003), estando nomeadamente o seu uso frequente associado a uma maior incidência da sintomatologia depressiva (*e.g.*, Gross & John, 2002, 2003).

Assim, mediante a revisão da literatura efectuada surge como premente compreender de que modo a supressão expressiva, enquanto estratégia que é implementada com o intuito de diminuir experiências emocionais indesejadas (e que até pode ser uma estratégia adaptativa nas situações em que é necessário inibir a escalada de emoções; *e.g.*, Butler et al., 2003; Butler & Gross, 2004), se torna, fundamentalmente, uma estratégia de modelação da experiência emocional ineficaz (Gross & Levenson, 1997; Werner & Gross, 2003), que pode até mesmo conduzir a efeitos paradoxais, entre os quais o aumento das emoções negativas experienciadas, tais como do nojo, raiva, tristeza e embaraço (Gross,

¹²¹ De facto, no que diz respeito às emoções positivas diversos estudos mostram que a supressão pode efectivamente, reduzir a experiência emocional (*e.g.*; Butler, Egloff et al., 2003; McCanne & Anderson, 1987)

¹²² Apesar de um destes estudos ter demonstrado que a supressão expressiva diminui a experiência de emoções positivas (*e.g.*, Gross & Levenson, 1997).

1998a, Gross & John, 2003; Gross & Levenson, 1993, 1997; Harris, 2001; Richards & Gross, 1999; 2001) que era o que em primeira instância se pretendia evitar com a sua utilização. A este respeito, um estudo recente coloca a possibilidade da supressão quando utilizada infrequentemente e de forma flexível (i.e., em contextos em que é apropriada) ser pouco provável que se torne uma estratégia de regulação desadaptativa, sendo que o seu impacto pernicioso provavelmente ocorre quando, ao ser usada de modo mais frequente, por reforço negativo, ela passa a ser implementada de forma rígida, crónica e transversalmente a uma variedade de situações (e.g., Salters-Pedneault, Steenkamp, & Litz, 2010). Opinião semelhante é apresentada por Butler e Gross (2004) que consideram que as consequências negativas que advêm do uso frequente da supressão devem-se à inflexibilidade, ou seja, ocorrem quando a supressão é empregue como estratégia preferencial e usada de forma indiscriminada em todos os contextos, dado que apesar de poder pontualmente revelar-se vantajosa e conduzir à obtenção de alguns ganhos, serão certamente mais os contextos em que o seu uso se revela inapropriado e prejudicial. Ainda a este respeito, Werner e Gross (2010) consideram que apesar de a curto-prazo a supressão expressiva poder permitir uma menor experiência da emoção negativa, a longo-prazo ela parece conduzir à manutenção ou acréscimo da experiência emocional negativa.

Como tal, no presente estudo propôs-se investigar a possibilidade de um dos mecanismos através dos quais a supressão emocional se tornar desadaptativa ser através de mecanismos como o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica. De facto, pelo exposto, é possível (pelo menos teoricamente) colocar a hipótese, da supressão enquanto estratégia de regulação emocional que visa reduzir, evitar ou escapar das experiências internas indesejáveis, poder ser colocada sob alçada do constructo evitamento experiencial (e.g., Hayes et al., 1996; Salters-Pedneault, Steenkamp, & Litz, 2010). Contudo, do ponto de vista empírico, são praticamente inexistentes os estudos que tenham testado esta hipótese. De facto, que seja do nosso conhecimento, apenas um estudo forneceu suporte empírico a esta possibilidade (Kashdan et al., 2006) ao ter demonstrado, numa amostra de estudantes universitários, que o evitamento experiencial media totalmente o efeito da supressão emocional expressiva no funcionamento psicológico positivo (e.g., afecto positivo, frequência de eventos positivos, satisfação com a vida e propósito de vida, avaliados ao longo de 21 dias).

Para esse efeito, no presente estudo, testou-se a hipótese, numa ampla amostra clínica, do efeito da supressão emocional expressiva, avaliado através da versão portuguesa do questionário *Emotion Regulation Questionnaire* (ERQ: Gross & John, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia & Dinis, 2006) na sintomatologia depressiva ocorrer indirectamente através do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica. Dito de outro modo, pretendeu-se verificar se o seu carácter tóxico se revela quando a mesma é implementada de forma rígida/ inflexível, com a função de evitar, escapar ou controlar eventos emocionais indesejáveis.

Estilo de *Coping* Evitante

De entre as diversas definições de *coping* que podemos encontrar na literatura, uma das mais conhecidas é a de Lazarus e Folkman (1984, p.141) que definem o *coping* como o conjunto de “esforços comportamentais e cognitivos, em permanente mudança, que visam gerir exigências internas e/ ou externas específicas, que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os seus recursos pessoais”. De acordo com Lazarus e Folkman (1980, 1984) nenhuma estratégia de *coping* é inerentemente benéfica ou adaptativa ou, pelo contrário, ineficaz ou desadaptativa, dependendo sempre da especificidade do contexto ou das circunstâncias em que é implementada (dito de outro modo, a estratégia de *coping* é adequada a esse contexto se conduzir a um ajustamento adequado). Contudo, estes autores consideram que as *estratégias focadas nas emoções*, que têm como função não a resolução directa do problema mas sim a regulação de emoções perturbadoras (Folkman et al., 1986),

tendem a ocorrer quando o indivíduo acredita que não tem as competências necessárias para alterar a sua relação com o evento stressante (Folkman & Lazarus, 1980), ou seja, de que nada pode ser feito para modificar as condições de desafio, ameaça, ou dano ambiental (Folkman & Lazarus, 1991). De acordo com Hayes e colegas (Hayes et al., 1996; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) as *estratégias de coping focadas nas emoções*, podem ser conceptualizadas como uma forma de evitamento experiencial, na medida em que envolvem esforços deliberados para modificar os eventos privados. De facto, o *coping* focado na emoção envolve frequentemente estratégias (e.g., evitamento, minimização) que visam regular ou minimizar as consequências emocionais (i.e., as emoções perturbadoras) associadas, ou que surgem como resposta, a um evento stressante (Folkman & Lazarus, 1980, 1985; Lazarus & Folkman, 1984).

No mesmo sentido, *as estratégias de coping voltadas para o evitamento*, tal como definidas por Endler e Parker (1990), por envolverem estratégias de evitamento das respostas emocionais a situações perturbadoras podem ser igualmente conceptualizadas como uma forma de evitamento experiencial (Hayes et al., 1996).

Na relação entre os estilos de *coping* e a psicopatologia, alguns estudos sugerem que o *coping* focado na emoção e o *coping* evitante tendem a estar associados a um maior grau de perturbação psicológica (e.g., Ben-Zur, 2005; Billing & Moos, 1981; Pearlin & Schooler, 1978; Sigmon, Stanton, & Snyder, 1995). Mais concretamente, o *coping* emocional parece estar associado a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002), bem como à ideação suicida, às tentativas de suicídio e a auto-relatos referentes à probabilidade futura de ocorrerem comportamentos suicidários quer em amostras clínicas quer não-clínicas (D’Zurilla, Chang, Nottingham, & Faccini, 1998; Edwards & Holden, 2001). Também Wilkinson, Walford e Espnes (2000) demonstraram que os estilos de *coping* emocional e evitante são preditores positivos e significativos de medidas de ansiedade, depressão e afecto negativo. Por fim, Davies e Clark (1998) consideram que apesar de a curto-prazo o *coping* evitante poder conduzir a uma menor perturbação emocional, ele é em última análise ineficaz na medida em que não conduz a um bem-estar significativo.

Contudo e apesar dos estilos de *coping* emocional e evitante poderem, teoricamente, ser considerados como formas de evitamento experiencial (Hayes et al., 1996) são escassos os estudos que testaram empiricamente esta possibilidade. Mais concretamente, Kashdan e colegas (2006) demonstraram, numa amostra de estudantes universitários, que o efeito de diferentes estilos de *coping* (i.e., distanciado, racional e evitante avaliados através do *Coping Styles Questionnaire*, Roger, Jarvis, & Najarian, 1993) em medidas associadas à sintomatologia ansiosa, dependia, pelo menos em parte, destas tendências serem implementadas de forma rígida e inflexível com a função de evitar os eventos privados indesejados. Também Fledderus, Bohlmeijer, e Pieterse (2010), numa amostra de adultos, com um grau ligeiro a moderado de perturbação psicológica, mostraram que o evitamento experiencial mediava o efeito do *coping* passivo¹²³ mas não do evitante e do paliativo (avaliados neste estudo através do Utrecht Coping List; Schreurs, Tellegen, & van de Willige, 1984) no aumento da sintomatologia ansiosa e depressiva e na diminuição do bem-estar emocional e psicológico. E Karekla e Panayiotou (2011) demonstraram que quanto mais os indivíduos apresentam elevados níveis de evitamento experiencial, mais tendem a utilizar os estilos de *coping* evitante e focado nas emoções (e.g., estratégias de negação, auto-culpabilização) para lidar com situações indutoras de stresse. No seu estudo, estes investigadores, verificaram ainda que apesar de existir alguma sobreposição entre os estilos de *coping* evitante e focado nas emoções e o evitamento experiencial, que este uma variância única na explicação da perturbação psicológica percebida e na qualidade de vida..

¹²³ O *coping* passivo refere-se ao sentirmo-nos facilmente avassalados/ arrasados pelos problemas ou situações desagradáveis, incapazes para agir, preocupados acerca do passado, ou com vontade de escapar para um mundo de fantasia (Fledderus, Bohlmeijer, & Pieterse, 2010).

Em suma, os resultados destes estudos sugerem que os estilos de *coping* não são inerentemente adaptativos ou desadaptativos, sendo possível supor, que somente quando o estilo de *coping* evitante é empregue de forma rígida, inflexível, e insensível ao contexto (*i.e.*, sem ter em consideração que naquele contexto esse estilo de resposta não é adaptativo) é que ele se torna pernicioso (Kashdan et al., 2006). De facto, o contributo que dão para o alcance de objectivos valorizados e a insensibilidade/inflexibilidade ao contexto tem sido apontada como uma dimensão que ajuda possivelmente a estabelecer a disfuncionalidade versus funcionalidade das estratégias de regulação emocional (*e.g.*, Bonanno, et al., 2004 e Forsyth, Eifert & Barrios, 2006 citados por Kashdan et al., 2006). Neste seguimento, o presente estudo procurou testar esta hipótese, numa ampla amostra clínica, averiguando em que medida o efeito do estilo de *coping* evitante, avaliado através da versão portuguesa do *Coping Styles Questionnaire* (CSQ-3: Roger, 1996; Roger et al., 1993; versão portuguesa de Dinis et al., 2011) na sintomatologia depressiva ocorre indirectamente, através do evitamento experiencial.

Dissociação

Segundo Putnam (1994) a dissociação é um processo psicofisiológico complexo, que produz uma alteração significativa no estado de consciência normal, ou seja, na acessibilidade à memória e conhecimento, na integração do comportamento e no sentido do *Eu*. Uma definição semelhante é apresentada no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4.^a Ed. Revista (DSM IV-TR; Associação Americana de Psiquiatria, 2000), que conceptualiza a dissociação como uma “disfunção nas funções habitualmente integradas da consciência, memória, identidade ou percepção” (p.519). Ainda segundo o DSM-IV-TR, é possível encontrar sintomas dissociativos em diferentes quadros clínicos (*e.g.*, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Perturbação Estado-Limite de Personalidade), bem como diagnosticar cinco tipos de distúrbios dissociativos (a Amnésia Dissociativa, a Fuga Dissociativa, a Perturbação Dissociativa da Identidade, a Perturbação de Despersonalização, e a Perturbação Dissociativa sem Outra Especificação), nos quais os sintomas dissociativos representam um marcado desvio à normalidade. Neste âmbito, alguns investigadores alertam ainda para o facto de que nem todos os estados dissociativos são patológicos, e que é frequente/ comum entre a população geral se registar a ocorrência esporádica e de baixa intensidade de experiências dissociativas, que podem ser classificadas como normais e benignas (*e.g.*, Ross, Joshi, & Carrie, 1990, 1991). Por esse motivo, os fenómenos dissociativos são conceptualizados ao longo de um *continuum* de severidade (*e.g.*, Holmes, et al., 2005), que pode ir desde episódios normativos, de curta duração e habitualmente associados a uma dada situação, até episódios duradouros e frequentes que interferem com o funcionamento individual e que podem alterar significativamente o sentido do eu, ou mesmo formas mais extremas e patológicas, caracterizadas por um profundo distúrbio na organização psicológica, na representação do eu e na integração de processos comportamentais, cognitivos e da memória que podem mesmo conduzir a uma incapacidade para funcionar (*e.g.*, Putnam, 1991). Ainda de acordo com Putnam (1989) a dissociação consiste, frequentemente, num processo adaptativo normal que é “inicialmente usado de forma defensiva por um indivíduo para lidar com experiências traumáticas” (p.9) mas que evolui ao longo do tempo, para um processo desadaptativo e patológico, quando passa a exceder certos limites de intensidade ou frequência, ou quando ocorre em contextos inapropriados. Também Bowins (2004) refere que enquanto em níveis ligeiros a moderados a dissociação é geralmente adaptativa, na medida em que ajuda a lidar com uma variedade de stressores, quando ocorre em níveis extremos torna-se geralmente desadaptativa por conduzir a um prejuízo no funcionamento do indivíduo. Diversos autores concordam que os estados dissociativos ocorrem frequentemente em resposta a situações de stress agudo (*e.g.*, Morgan, Hazlett, Wang, Richardson, Schnurr, & Southwick, 2001), ou num contexto de intenso stress traumático (Bernat, Ronfeldt, Calhoun, & Arias, 1998). Uma explicação possível que tem sido avançada para esta associação é a de que a dissociação permite ao indivíduo desligar-se de estados

emocionais aversivos (e.g., Bowins, 2004) ou os ajuda a lidar com aspectos particulares de uma situação/ experiência traumática, nomeadamente a se protegerem da vivência de estados emocionais altamente aversivos que podem ocorrer durante ou imediatamente após o acontecimento traumático (van der Kolk, 1987; Wagner & Linehan, 1998). Neste âmbito, é mesmo frequente considerar-se que a dissociação poderá ter como função o alívio ou evitamento de eventos privados indesejáveis, entre os quais, estados emocionais intoleráveis e memórias traumáticas (e.g., Foa & Hearst-Ikeda, 1996; Foa & Riggs, 1995; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane, & Herman, 1996). Contudo, e apesar de pelo menos teoricamente ser possível considerar a hipótese da dissociação poder ser uma forma de evitamento experiencial na medida em que serve uma função de escape ou evitamento de eventos privados aversivos, nenhum estudo (que seja do conhecimento da autora da presente dissertação) abordou directamente esta questão. De facto são praticamente inexistentes os estudos que averiguaram empiricamente a relação existente entre a dissociação e o evitamento experiencial. Uma excepção é o estudo de Gratz (2004 citado por Chapman, Gratz, & Brown, 2006) que demonstrou a existência de uma associação positiva entre a dissociação e o evitamento experiencial. Adicionalmente, Marx e Sloan (2005) exploraram a possibilidade da dissociação peritraumática¹²⁴ ser um factor de risco proximal para o evitamento experiencial na relação que este estabelece com os sintomas de perturbação de stress pós-traumático (PSPT) numa amostra de estudantes que haviam vivenciado um acontecimento traumático. Usando um desenho prospectivo, os investigadores demonstraram que apesar de tanto a dissociação peritraumática como o evitamento experiencial (que apenas se apresentavam modestamente correlacionados entre si) predizerem a severidade dos sintomas de PSPT no primeiro momento de avaliação (linha de base), somente o evitamento experiencial (mas não a dissociação peritraumática) predizia a severidade dos sintomas de PSPT após as 4 e as 8 semanas do início da avaliação quando se controlavam os níveis iniciais de PSPT, o que sugere que ao contrário do esperado a relação entre a dissociação peritraumática e a severidade dos sintomas de PSPT não ocorre devido à relação entre a mesma e o evitamento experiencial (ou dito de outro modo o evitamento experiencial não medeia esta relação). Por último Kumpula, Orcutt, Bardeen e Varkovitzky (2011) analisaram a relação temporal entre a dissociação peritraumática, o evitamento experiencial e a severidade dos sintomas de PSPT numa amostra de estudantes que sobreviveram a um tiroteio ocorrido na sua universidade através de um estudo prospectivo (antes do tiroteio, um mês e oito meses após o evento traumático), tendo demonstrado que tanto o evitamento experiencial como a dissociação peritraumática têm um papel único (*i.e.*, têm efeitos temporais diferentes) enquanto factores de risco para o desenvolvimento de diferentes sintomas de PSPT após a vivência de um evento potencialmente traumático. Mais concretamente, os resultados mostraram que os níveis de evitamento experiencial apresentados antes do tiroteio prediziam mais dissociação peritraumática e mais sintomas de PSPT (intrusões e disforia) um mês após o evento traumático e de que a dissociação peritraumática estava associada a um aumento de todos os *clusters* de sintomas de PSPT um mês após o tiroteio. Adicionalmente os índices de evitamento experiencial apresentados um mês após o tiroteio estavam associados a um aumento de sintomas de PSPT (hiperactivação e disforia) oito meses após o mesmo. Por fim, o efeito da dissociação peritraumática avaliada um mês após o tiroteio nos *clusters* de sintomas de PSPT presentes oito meses após o evento não é directo, pois somente ocorre através da sua associação aos sintomas de PSPT que se verificaram um mês após o trauma. Mais uma vez se verificou que a dissociação peritraumática (avaliada um mês após o tiroteio) estava apenas modestamente associada aos níveis de evitamento experiencial apresentados antes e um mês após o evento traumático.

Dado que nenhum dos estudos descritos explorou directamente a hipótese da dissociação consistir numa forma específica de evitamento experiencial (na medida em que poderá ter como função o evitamento ou escape de eventos de stress agudo, de aspectos aversivos dos eventos traumáticos ou

¹²⁴ A dissociação peritraumática refere-se às experiências dissociativas que ocorrem durante um evento traumático ou imediatamente a seguir ao mesmo (Marmar, Weiss, Schlenger, Fairbank, Jordan, Kulka, & Hough, 1994).

de experiências privadas aversivas), e tendo em consideração que alguns investigadores sugerem, pelo menos teoricamente, essa possibilidade (e.g., Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Hayes, Strosahl et al., 2004; Marx & Sloan, 2005; Wagner & Linehan, 1998), no presente estudo foi explorada essa hipótese, ou seja, procurou-se averiguar se os fenómenos dissociativos, à semelhança de outros comportamentos/processos (e.g., o *coping* evitante, a supressão emocional e a ruminação), se podem tornar problemáticos/prejudiciais quando são aplicados de forma rígida e inflexível e visam o escape/evitamento experiencial (Hayes et al., 1996).

Para esse efeito, no presente estudo foi utilizada a versão portuguesa do *Dissociative Experiences Scale-II* (DES-II; Carlson & Putnam, 1993; versão portuguesa de Dinis, Matos, & Pinto-Gouveia, 2008), um dos questionários de auto-resposta mais amplamente utilizados na avaliação da variabilidade fenomenológica e da frequência dos fenómenos dissociativos. Apesar do DES-II avaliar diferentes tipos de sintomas (que se podem integrar em três áreas sintomáticas, i.e., a amnésia dissociativa, a despersonalização-desrealização e a absorção/ envolvimento imaginativo), alguns investigadores (e.g., Bernstein, Ellason, Ross, & Vanderlinden, 2001; Holtgraves & Stockdale, 1997) consideram que estes *clusters* podem ser considerados como manifestações (possivelmente de diferentes graus de severidade) do mesmo processo subjacente (a dissociação). Assim, no presente estudo considerou-se igualmente a dissociação como um fenómeno unifactorial geral composto por diferentes tipos de sintomas que representam graus de severidade diferente do mesmo processo subjacente.

Crenças de perigosidade acerca das emoções negativas

Por último, o presente estudo teve ainda um outro propósito. Averiguar se, como a abordagem ACT hipotetiza, o evitamento experiencial envolve uma avaliação negativa excessiva dos eventos privados como indesejados e aversivos (Hayes, 1994; Hayes et al., 1999 citados por Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). Mais concretamente, procurou-se averiguar a possibilidade da avaliação negativa dos eventos privados (e mais concretamente dos estados emocionais negativos) se tornar 'indissociável' da implementação de acções que visam a sua modificação (i.e., decréscimo ou extinção). Um dos únicos estudos que se debruçou sobre esta questão (Kashdan et al., 2006) demonstrou a existência de uma forte associação negativa entre a percepção de controlo sobre ansiedade associada a eventos emocionais e o evitamento experiencial ($r=-.50$; $p<.01$), sendo mesmo que se verificou que o evitamento experiencial medeia negativamente o efeito da percepção de controlo sobre a ansiedade na sensibilidade à ansiedade, no traço de ansiedade e no medo de sufocar, numa amostra de estudantes universitários. De referir ainda que, o estudo V (apresentado na presente dissertação) mostrou que o evitamento experiencial medeia a relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Como tal, perante o exposto e à semelhança do primeiro estudo apresentado (realizado numa amostra não-clínica), pretende-se testar a hipótese do evitamento experiencial funcionar como um mecanismo mediador na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e a sintomatologia depressiva numa amostra clínica, mesmo quando se controla a relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e os processos de regulação emocional específicos (i.e., ruminação-cismar, supressão emocional, *coping* evitante e dissociação) descritos anteriormente. Dito de outro modo pretende-se explorar a possibilidade de não ser tanto o conteúdo das crenças avaliativas negativas acerca das emoções e/ ou a frequência com que são endossadas a predizer directamente maiores índices de sintomatologia depressiva, mas sim possivelmente o enredamento/ fusão a esse conteúdo cognitivo que passa a dominar rigidamente o modo como o indivíduo se comporta, tornando o seu comportamento excessivamente rígido e inflexível, determinado pelas "tentativas de alterar a forma ou a frequência desses eventos e dos contextos que os ocasionam" (Hayes, et al., 1996, p.1155).

Em síntese, com este segundo estudo, pretende-se cumprir quatro objectivos:

1. Explorar, numa amostra clínica mista, em que medida o constructo de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica se distingue de outros constructo que existem no contexto da regulação emocional (*e.g.*, estilo de *coping* evitante, supressão emocional, ruminação-cismar e dissociação) significativamente estudados e reconhecidos na literatura. Adicionalmente, e ainda neste âmbito, averiguar se o evitamento experiencial é capaz de acrescentar validade incremental a estes processos.
2. Paralelamente, investigar a possibilidade destes processos auto-regulatórios poderem ser conceptualizados como representando diferentes formas de evitamento experiencial, propriedades topográficas diferentes do mesmo processo subjacente, todas elas padrões de resposta potencialmente problemáticos, na medida em que estão orientados para o evitamento. De facto, quer a supressão, quer o evitamento/ escape situacional, quer a dissociação têm vindo a ser apresentados, teoricamente, na literatura como exemplos prototípicos de evitamento experiencial (Feldner et al., 2003; Hayes, et al., 2004; Hayes et al., 1996), apesar de empiricamente esta possibilidade não ter sido ainda testada e/ou comprovada. Dado que estes processos têm vindo a ser associados a uma variedade de condições clínicas (Hayes et al., 1996), nomeadamente, aos sintomas depressivos, no presente estudo pretendeu-se testar a hipótese destas estratégias/ estilos de *coping* se tornarem disfuncionais (processos desadaptativos de regulação emocional) quando são empregues com a função de evitamento experiencial, ou seja, quando visam o “afastamento” (*i.e.*, atenuar, diminuir, eliminar, escapar) dos eventos privados aversivos e indesejáveis. Se assim for, espera-se então, que o seu impacto na sintomatologia depressiva dependa do facto de estes diferentes processos regulatórios serem implementados, de forma rígida e inflexível com o propósito de alterar a frequência, a intensidade e/ou duração das experiências internas avaliadas como aversivas e indesejáveis. Do ponto de vista estatístico, espera-se, que a natureza tóxica destes processos de regulação emocional seja “capturada” pelo constructo de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica, e por sua vez, seja este processo diagnóstico funcional a mediar o impacto negativo que os supracitados processos têm nos sintomas depressivos.
3. No caso particular da dissociação, por esta implicar uma alteração na ligação entre o Eu e o ambiente, ou uma ruptura ou incapacidade em integrar os processos mentais da consciência, memória e identidade, espera-se que o seu efeito na psicopatologia (depressiva) seja apenas parcialmente mediado pelo evitamento experiencial. Isto porque se coloca a possibilidade da dissociação consistir numa forma mais extrema de evitamento experiencial, em que o escape ou evitamento ocorre de forma abrupta, severa e num limite extremo de perda da capacidade de integrar a informação relativa aos próprios eventos experienciados (*cutt-off*).
4. Por último, pretende-se explorar, a possibilidade da avaliação negativa que os doentes fazem dos seus eventos privados internos (nos quais se inclui os estados emocionais) constituir um importante preditor na adopção de acções que visam o “escape/ afastamento” desses estados emocionais. Adicionalmente pretende-se averiguar a hipótese de não ser tanto o conteúdo/ frequência dessas avaliações negativas a conduzir directamente à psicopatologia, mas ser o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica a mediar esta relação. Neste sentido espera-se que as crenças negativas adquiram um carácter tóxico e patológico, preditor da sintomatologia depressiva, quando o indivíduo se deixa enredar/ fusionar nesse conteúdo cognitivo, conduzindo a que o seu comportamento passe a ser determinado/ guiado por esforços rígidos e inflexíveis de evitar ou escapar desses estados emocionais e dos julgamentos negativos acerca dos mesmos.

6.2. Metodologia

Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 299 indivíduos da população clínica. A amostra foi constituída por 240 (80.3%) indivíduos do sexo feminino, com uma idade média de 28.31 ($DP=8.64$) e 59 (17.3%) do sexo masculino, com uma idade média de 30.78 anos ($DP=8.72$). Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 14.03 ($DP=3.38$) anos de escolaridade para o género feminino e uma média de 14.27 ($DP=3.19$) anos de escolaridade para o género masculino. No que concerne ao estado civil, 72.6% ($n=217$) dos participantes era solteiro e 23.7% ($n=71$) era casado ou vivia em união de facto. Em relação à situação profissional, 38.8% ($n=116$) dos respondentes eram estudantes e 24.4% ($n=73$) tinha profissões de classe média. O cálculo dos testes t de Student para amostras independentes revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o género feminino no que concerne à idade e anos de escolaridade. O cálculo dos testes do qui-quadrado da independência, com simulação de Monte Carlo,¹²⁵ mostraram igualmente que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o género feminino em relação à profissão e ao estado civil. A caracterização demográfica da amostra total e por géneros apresenta-se na tabela 31.

Tabela 31
Caracterização demográfica da amostra em estudo ($n=299$).

	Total ($n=299$)		Género feminino ($n=240$)		Género masculino ($n=59$)		T	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	28.80	8.70	28.31	8.64	30.78	8.72	1.97	.050
Anos de escolaridade	14.08	3.34	14.03	3.38	14.27	3.19	0.50	.618
	Total		Género feminino		Género masculino		χ^2	P
	N	%	N	%	N	%		
Estado Civil								
Solteiro	217	72.6	175	72.9	42	71.2	0.63	.973
Casado/ União de facto	71	23.7	56	23.3	15	25.4		
Divorciado/ Separado	9	3.0	7	2.9	2	3.4		
Viúvo	2	0.7	2	0.8	0	0.0		
Situação Profissional								
Profissão de classe baixa	61	20.4	46	19.2	15	25.4	5.13	.163
Profissão de classe média	73	24.4	61	25.4	12	20.3		
Profissão de classe alta	49	16.4	35	14.6	14	23.7		
Estudantes	116	38.8	98	40.8	18	30.5		

Instrumentos

Cada participante preencheu uma bateria de questionários de auto -relato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy* – versão modificada (LESS – Leahy Emotional Schema Questionnaire; Leahy, 2002a, 2003a; versão portuguesa modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2008), o *Questionário de Estilos de Estilos Coping* (CSQ-3: Coping Styles Questionnaire, Roger, 1996; Roger et al., 1993; versão portuguesa de Dinis et al., 2011), o *Questionário de Respostas Ruminativas – versão reduzida* (RRS:

¹²⁵ No caso do estudo das diferenças de género para o estado civil utilizaram-se os resultados do teste exacto, que são consonantes com a simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do qui-quadrado não se verificaram (Marôco, 2010a), nomeadamente pelo facto de alguns células terem menos de cinco observações.

Ruminative Responses Scale – short version, Treynor et al., 2003; versão portuguesa de Dinis et al., 2011), o *Questionário de Regulação Emocional* (ERQ: Emotion Regulation Questionnaire, Gross, & John, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia & Dinis, 2006), a *Escala de Experiências Dissociativas – II* (DES-II: Dissociative Experiences Scale, Carlson & Putnam, 1993; traduzido para a língua portuguesa por Dinis et al., 2008), o *Questionário de Aceitação e Acção* (AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire, versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012) e as *Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress* (DASS -42: Depression Anxiety and Stress Scales, Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2).

Procedimentos

A amostra clínica do presente estudo foi recrutada em diversas Unidades de Saúde Mental nacionais, públicas (Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, E.P.E., Centro Hospitalar Cova da Beira da Covilhã, E.P.E. e do Hospital de S. Teotónio de Viseu) e privadas (Clínicas Privadas que têm disponíveis consultas de Psiquiatria e/ ou de Psicologia Clínica situadas em Coimbra, Porto e Lisboa). Antes de se proceder à recolha da amostra foram obtidas as autorizações, das Comissões de Ética para a Saúde, de todas as Instituições Hospitalares públicas nas quais decorreu a recolha da amostra. Todos os doentes que aceitaram participar voluntariamente no estudo assinaram um formulário de consentimento informado antes de ter início o processo de avaliação diagnóstica e da passagem da bateria de questionários.

Confirmação do diagnóstico clínico

O diagnóstico de todos os participantes foi comprovado através da aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I-SCID-I (First et al., 1996) e da Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV-SCID-II (First et al., 1997). Como critérios de inclusão para além da presença, num grau clinicamente significativo de sintomatologia psicopatológica, de modo a que o doente preenchesse os critérios de diagnóstico para atribuição de um diagnóstico do Eixo I e/ ou Eixo II, considerou-se a) o adequado preenchimento do protocolo de escalas, b) o preenchimento completo dos questionários que faziam parte da bateria de escalas, c) a aplicação das duas entrevistas de diagnóstico. Os critérios de exclusão aplicados foram: a) presença de um diagnóstico de Esquizofrenia (ou outra Perturbação Psicótica), de Perturbação Bipolar I ou II, de Perturbação Antissocial de Personalidade ou diagnóstico corrente de Dependência e/ou Abuso de Substâncias (num grau severo). Assim, dos 299 doentes que participaram no estudo, 21 (7.4%) preencheram critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo I, 56 (18.7%) preencheram critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo II e 220 (73.6%) preencheram simultaneamente critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo I e do Eixo II (tabela 32).

Tabela 32

Índices de comorbilidade da amostra clínica.

Comorbilidade	Eixo I (n=21)	Eixo II (n=56)	Comorbilidade Eixo I e Eixo II (n=220)
Eixo I			
Perturbações de Ansiedade	10 (45.5%)	---	132 (59.9%)
Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico	0	---	0
Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia	4 (18.2%)	---	21 (9.5%)
Fobia Social Generalizada	3 (13.6)	---	85 (38.6%)
Fobia Social Simples	0	---	9 (4.1%)

Perturbação Obsessivo-Compulsiva	2 (9.1%)	---	17 (7.7%)
Perturbação de Stress Pós-Traumático	1 (4.5%)	---	0
Perturbações do Humor	10 (45.5%)	---	125 (56.8%)
Perturbação Depressiva Major	9 (40.9%)	---	121 (55%)
Distímia	1 (4.5%)	---	4 (1.8%)
Perturbações do Comportamento Alimentar	11 (50%)	---	55 (25.2%)
Anorexia Nervosa	6 (27.3%)	---	24 (11%)
Bulimia Nervosa	3 (13.6%)	---	24 (11%)
Perturbação Alimentar sem Outra Especificação	2 (9%)	---	7 (3.2%)
Eixo II			
Evitante	---	19 (34%)	133 (60.6%)
Dependente	---	1 (1.8%)	17 (7.7%)
Obsessivo-Compulsivo	---	45 (80.4%)	151 (68.7%)
Passivo-Agressivo	---	2 (3.6%)	9 (4.1%)
Depressivo	---	9 (16.1%)	93 (42.2%)
Paranóide	---	5 (9%)	19 (8.6%)
Histriónico	---	1 (1.8%)	2 (0.9%)
Narcisista	---	1 (1.8%)	1 (0.5%)
<i>Borderline</i>	---	20 (35.7%)	62 (28.1%)

Estratégia Analítica

No sentido de avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das variáveis em estudo por género procedeu-se ao cálculo do teste t de Student para amostras independentes. Nas variáveis em que se verificou existirem diferenças estatisticamente significativas procedeu-se ao cálculo da magnitude das diferenças (tamanho do efeito) através do *eta squared*, sendo o valor interpretado de acordo com as directrizes de Cohen (1988, p.284-287 tal como citado por Pallant, 2010)¹²⁶.

Pelo facto de se ter verificado que os valores médios de algumas variáveis predictoras (ruminação, crenças de perigosidade acerca das emoções e dissociação) diferiam significativamente para o género masculino e feminino o passo seguinte foi averiguar a possibilidade do género moderar o efeito destas variáveis predictoras no evitamento experiencial e/ou na sintomatologia depressiva. Nesse sentido, as variáveis predictoras (ruminação, dissociação, supressão, *coping* evitante e crenças de perigosidade acerca das emoções) foram centradas à média (para eliminar a multicolinearidade não essencial) e em seguida foram criadas três novas variáveis que resultaram do produto da interação de cada uma das variáveis predictoras (em que se verificaram as diferenças) e a variável género. Adicionalmente, e tendo em consideração que o evitamento experiencial varia significativamente de acordo com o género, explorou-se em que medida é que o género modera o seu efeito (centrado à média) na sintomatologia depressiva. A existência de possíveis efeitos de moderação foi avaliada através da Análise de Trajetórias (*Path Analysis*), disponível no *software* AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008). Em seguida, recorreu-se à análise multigrupos (efectuada através do AMOS) para avaliar se a estrutura do modelo teórico hipotetizado se revelava equivalente (invariante) para o género feminino e para o género masculino. Mais concretamente, este procedimento estatístico permite avaliar se as trajetórias causais (coeficientes estruturais) entre as variáveis, as covariâncias e a estrutura dos resíduos se mantêm ou não invariantes nos dois grupos (género feminino e masculino), que são mutuamente exclusivos (Marôco, 2010b). A invariância do modelo de medida foi avaliada nos dois grupos (género feminino e género masculino) por comparação do modelo livre (com trajetórias estruturais, covariâncias e resíduos livres) com um modelo constricto onde foram fixados as trajetórias estruturais, as covariâncias e os resíduos dos dois grupos. A significância estatística das diferenças dos dois modelos

¹²⁶ Para a interpretação do valor *eta square* foram utilizadas as directrizes de Cohen (1988, p. 284-287 cit in Pallant, 2010) considerando-se um valor de .01 como indicador de um efeito pequeno, .06 como indicativo de um efeito moderado e .14 como indicador de um amplo efeito.

foi feita com o teste do qui-quadrado como descrito em Marôco (2010b). A opção em realizar este procedimento estatístico, em complementariedade com as análises aos efeitos de moderação, prende-se com o facto dos procedimentos, nos darem informações complementares. Assim, enquanto a análise aos efeitos de moderação nos permite averiguar se o género modera o efeito de cada uma das variáveis preditoras em que se verificou a existência de diferenças, na variável mediadora e na variável dependente, a análise multigrupos fornece informação adicional, ao permitir averiguar se a qualidade global do ajustamento do modelo difere para o género feminino e para o género masculino, bem como nos permite analisar se os coeficientes estruturais (a magnitude dos efeitos diretos, indirectos e totais), covariâncias existentes entre as variáveis preditoras e os resíduos associados às variáveis (mediadora e dependente) diferem entre os géneros.

Dado que o género não modera o efeito das variáveis preditoras na variável mediadora e na variável dependente, e a análise multigrupos se revelou invariante para ambos os géneros, a variável género foi desconsiderada nas análises subsequentes, ou seja, nas análises de mediação testadas.

No sentido de explorar a associação entre as variáveis em estudo procedeu-se ao cálculo das correlações produto-momento de Pearson, seguindo-se o cálculo das correlações parciais de modo a averiguar em que medida é que, removendo o impacto de diferentes constructos de regulação emocional (crenças de perigosidade acerca das emoções, estratégias de regulação emocional e estilos de *coping*), o evitamento experiencial mantém uma associação negativa com a psicopatologia (neste caso com a sintomatologia depressiva).

Em seguida, foi testado o modelo causal hipotético (de mediação) através da Análise de Trajectórias (*Path Analysis*), disponível no *software* AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008).

A análise à distância quadrada de *Mahalanobis* ($p_1; p_2 < 0.05$ como indicativo da existência de um *outlier*) demonstrou a inexistência de *outliers* multivariados nos modelos testados. Nenhuma das variáveis apresentou igualmente desvios significativos à distribuição normal (assimetria $< |3|$ e curtose $< |10|$) (Kline, 1998). De modo a assegurar a inexistência de problemas de multicolinearidade procedeu-se ao cálculo do VIF (Fator de Inflexão da Variância) no SPSS Statistics (v.20, IBM SPSS, Inc), tendo-se verificado que nenhuma das variáveis apresentava valores de VIF (> 5) indicadores de possíveis problemas de multicolinearidade.

Dado que no modelo inicial foram incluídos todos os efeitos directos e indirectos, sendo por isso um modelo saturado/ sobre-identificado (com ajustamento perfeito) não são reportados os índices de ajustamento global. A significância das trajectórias (dos coeficientes de regressão) e os índices de ajustamento dos modelos de trajectórias testados foram estimados através do Método da Máxima Verosimilhança, tendo-se optado pela remoção progressiva dos coeficientes de trajectória não significativos ($p > 0.05$), que como tal, não contribuíam significativamente para a explicação das variáveis incluídas no modelo.

Após a remoção das trajectórias não significativas, foi testado o ajustamento do modelo aninhado (simplificado) obtido através dos seguintes índices de ajustamento: *Chi-square* (χ^2), *Normed Chi-Square* (Wheaton et al., 1977), *Tucker Lewis Index* (TLI, Tucker & Lewis, 1973), *Comparative Fit Index* (CFI, Bentler, 1990) e o *Root-Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, Steiger, 1990) com um intervalo de confiança de 90%. No sentido de avaliar se o ajustamento do modelo aninhado era significativamente diferente do que o do modelo inicial foi calculado um teste de diferenças do χ^2 . No caso dos dois modelos não diferirem significativamente pode concluir-se que existe suporte empírico para a retenção do modelo aninhado e apenas analisar os efeitos directos e indirectos do modelo mais parcimonioso.

A significância dos efeitos totais, diretos e indiretos foi testada através do bootstrap paramétrico disponível no AMOS. Neste estudo foram geradas 2000 amostras bootstrap (cada uma com um $n=299$) que foram posteriormente utilizadas para calcular os intervalos de confiança (IC) associados a cada um dos efeitos estimados (Schumacker, & Lomax, 2004). Para cada efeito estimado calculou-se um intervalo de confiança acelerado corrigido de 95%, dado ser este o tipo de IC recomendado para estudos de mediação (MacKinnon, 2008; Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006). Pode concluir-se que um efeito é significativamente diferente de zero para um $p < .05$ (bi-caudal) se o zero não estiver contido no IC.

A estatística descritiva e inferencial foi efectuada com recurso ao software SPSS (v. 20 IBM SPSS, Chicago Inc.) enquanto a análise multigrupos e os modelos de moderação foram testados com recurso ao software AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008).

6.3. Resultados

Estatísticas Descritivas

Os valores de média, de desvio-padrão, de alfa de *Cronbach* e as correlações produto-momento de *Pearson* das variáveis em estudo são apresentados na tabela 33. Todas as variáveis apresentam uma elevada consistência interna ($\alpha > .70$), à excepção da variável estilo de *coping* evitante que apresentou um valor ligeiramente mais baixo ainda que aceitável. Os resultados dos testes t de Student para amostras independentes, mostraram que as respondentes do género feminino apresentam valores médios significativamente superiores aos do género masculino na dissociação [$t(138.164)=3.42$; $p=.001$; $\eta^2=.04$], nas crenças de perigosidade acerca das emoções [$t(297)=2.77$; $p=.006$; $\eta^2=.03$], na ruminação-cismar [$t(297)=2.07$; $p=.040$; $\eta^2=.01$], no evitamento experiencial [$t(297)=2.38$; $p=.018$; $\eta^2=.02$] e na sintomatologia depressiva [$t(97.632)=2.96$; $p=.004$; $\eta^2=.03$]. Contudo, a análise ao tamanho do efeito (valores e *eta square*) revela que apesar de estatisticamente significativas, as diferenças encontradas são baixa magnitude. Nas restantes variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros.

Tabela 33

Médias, desvio-padrão, consistências internas e estudo das diferenças de género entre as variáveis em estudo (n=299).

Variáveis	Amostra total (n=299)		Género Feminino (n=240)		Género Masculino (n=59)		T	P	η ²	α
	M	DP	M	DP	M	DP				
CSQ-3										
Evitante	1.15	0.41	1.15	0.40	1.14	0.44	0.20	.842	—	.63
ERQ										
Supressão	3.72	1.39	3.67	1.40	3.92	1.35	-1.24	.216	—	.78
RRQ-10										
Cismar	2.98	0.65	3.02	0.64	2.83	0.70	2.07	.040	.01	.74
DES-II¹²⁷										
Dissociação	2.10	1.58	2.22	1.67	1.62	1.06	3.42	.001	.04	.95
LESS										
Crenças de perigosidade	4.20	0.97	4.27	0.96	3.89	0.97	2.77	.006	.03	.89
AAQ-II										
Evitamento experiencial	4.73	1.36	4.82	1.35	4.36	1.35	2.38	.018	.02	.90
DASS										
Depressão	1.31	0.95	1.38	0.96	1.00	0.85	2.96	.004	.03	.97

Análise do efeito moderador da variável género nas variáveis em estudo

Com o intuito de averiguar se o género modera o efeito das variáveis predictoras no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva, conduzindo à existência de diferenças nos efeitos analisados por género, o primeiro modelo testado foi composto por nove variáveis predictoras exógenas (o estilo de *coping* evitante, a ruminação-cismar, a supressão da expressão emocional, a dissociação, as crenças de perigosidade acerca das emoções, o género, a ruminação-cismar x género, a dissociação x género, as crenças de perigosidade acerca das emoções x género), uma variável endógena mediadora (o evitamento experiencial) e uma variável endógena dependente (a sintomatologia depressiva).

Os resultados da Análise de Trajectórias mostraram que não existe uma interacção significativa da variável género com as variáveis predictoras em estudo. Mais concretamente, a variável género não modera o efeito da dissociação no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva. O mesmo acontece em relação à ruminação-cismar, quer em relação ao evitamento experiencial, quer em relação à sintomatologia depressiva, e para as crenças de perigosidade acerca das emoções, também em relação ao evitamento experiencial e à sintomatologia depressiva. Na tabela 34 apresentam-se os resultados do modelo de moderação testado.

Tabela 34

Modelo de moderação, com as variáveis predictoras, o género e componentes da sua interacção a predizerem o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva (n=299).

Variável mediadora/dependente	Variável independente	B	b	Z	P	R ²
-------------------------------	-----------------------	---	---	---	---	----------------

¹²⁷ Neste questionário, solicita-se aos participantes que respondam a cada um dos 28 itens de acordo com uma escala de percentagens, de modo a que essa % traduza a frequência com que cada sintoma dissociativo ocorre na sua vida diária (0% = nunca acontece; 100% = está sempre a acontecer). Contudo, de modo a assegurar a fiabilidade dos resultados nas análises estatísticas que se pretendiam conduzir, optou-se por fazer corresponder a escala de resposta de 0 a 100 para valores entre 0 e 10 (de modo a não existir uma disparidade tão acentuada na amplitude de respostas entre os diferentes instrumentos utilizados o que a verificar-se poderia enviesar os resultados obtidos).

Evitamento experiencial (AAQ-II)	RRQ-cismar	1.046	0.502	2.729	.006	.65
	Ruminação-cismar					
	DES-II	0.148	0.171	0.683	.495	
	Dissociação					
	CSQ-evitante	-0.307	-0.093	-2.428	.015	
	Estilo de <i>coping</i> evitante					
	ERQ-supressão	0.070	0.071	1.848	.065	
	Supressão da expressão emocional					
	LESS-CN					
	Crenças de perigosidade acerca das emoções	0.390	0.279	1.369	.171	
	Género	0.023	0.007	0.181	.857	
	Género x RRQ-cismar	-0.301	-0.263	-1.425	.154	
	Género x DES-II	-0.021	-0.046	-0.185	.854	
Género x LESS-CN	0.227	0.298	1.465	.143		
Sintomatologia depressiva (DASS-depressão)	RRQ-cismar	-0.037	-0.025	-0.113	.910	.49
	Ruminação-cismar					
	DES-II	0.221	0.370	1.222	.222	
	Dissociação					
	CSQ-evitante	0.085	0.037	0.794	.427	
	Estilo de <i>coping</i> evitante					
	ERQ-supressão	0.028	0.041	0.875	.382	
	Supressão da expressão emocional					
	LESS-CN					
	Crenças de perigosidade acerca das emoções	0.161	0.166	0.673	.501	
	Género	0.091	0.038	0.841	.400	
	Género x RRQ-cismar	0.082	0.103	0.460	.645	
	Género x DES-II	-0.044	-0.142	-0.472	.637	
Género x LESS-CN	-0.046	-0.086	-0.351	.725		

Em seguida, foi testado um segundo modelo (novamente através da Análise de Trajectórias) para avaliar se o género moderava o efeito do evitamento experiencial (AAQ-II) na sintomatologia depressiva (DASS-depressão). Mais uma vez de modo a eliminar a multicolinearidade não essencial o evitamento experiencial foi centrado à média e só depois criada uma nova variável produto da interacção entre o evitamento experiencial e o género. Os resultados mostraram que o género não modera o efeito do evitamento experiencial na sintomatologia depressiva. Na tabela 35 são apresentados os resultados da análise ao efeito de moderação.

Tabela 35

Modelo de moderação, com o evitamento experiencial, o género e o componente da sua interacção a predizerem a sintomatologia depressiva (n=299).

Variável dependente	Variável independente	B	B	Z	P	R ²
Sintomatologia depressiva (DASS-depressão)	AAQ-II	0.319	0.459	1.739	.082	.43
	Evitamento experiencial					
	Género	0.186	0.079	0.683	.495	
	Género x AAQ-II	0.070	0.185	0.903	.367	

Em seguida procedeu-se à análise multigrupos. O primeiro passo foi averiguar, através do teste da diferença de χ^2 (que compara o ajustamento modelo livre com o ajustamento do modelo com os coeficientes de trajectória estruturais fixos), se a estrutura dos coeficientes de trajectória diferia significativamente para o género masculino e feminino. Sendo $\chi^2_{dif}=9.953 < \chi^2_{0.95;(11)}=19.675$ e o p value

associado ao χ^2_{dif} igual a .535, verifica-se que a qualidade de ajustamento do modelo se revela invariante para o género masculino e feminino, e como tal, que os coeficientes das trajectórias causais não diferem significativamente por género. Em seguida foi comparado o modelo com trajectórias estruturais fixas com o modelo com as trajectórias estruturais e covariâncias fixas, tendo-se verificado que os modelos não diferem significativamente em relação à qualidade de ajustamento ($\chi^2_{\text{dif}}(15)=23.212$; $p=.080$). Por fim, a comparação do modelo com trajectórias estruturais e covariâncias fixas e erros livres com o modelo com trajectórias estruturais e covariâncias fixas também não difere significativamente $\chi^2_{\text{dif}}(2)=2.434$, $p=.296$).

Tendo em conta os resultados das análises de moderação (que mostraram que o género não modera o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções, da dissociação e da ruminação no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva) e da análise multigrupos (que revelou que os coeficientes estruturais/relações causais, covariâncias e resíduos são invariantes para o género feminino e masculino), não existem evidências para proceder a uma análise separada do modelo em estudo para cada um dos géneros.

Análises Correlacionais

Com o objectivo de explorar a relação entre as variáveis em estudo, foi calculada uma matriz de correlações produto-momento de *Pearson* (tabela 36). Tal como esperado todos os hipotéticos preditores (*i.e.*, ruminação-cismar, supressão emocional, estilo de *coping* evitante, dissociação, crenças de perigosidade acerca das emoções) apresentam correlações positivas e significativas com o evitamento experiencial, que variam entre $r=.14$ (estilo de *coping* evitante) e $r=.77$ (crenças de perigosidade acerca das emoções) e com a sintomatologia depressiva, que variam entre $r=.19$ (estilo de *coping* evitante) e $r=.57$ (crenças de perigosidade acerca das emoções). De igual modo, o evitamento experiencial apresenta uma correlação positiva significativa com a sintomatologia depressiva ($r=.65$).

Tabela 36
Correlações produto-momento de *Pearson* entre as variáveis em estudo ($n=299$).

Variáveis	CSQ-3 Evitante	ERQ Supressão	RRQ-10 cismar	DES-II dissociação	LESS crenças de perigosidade	AAQ-II evitamento experiencial	DASS depressão
CSQ-3 Evitante	1						
ERQ Supressão	.39**	1					
RRQ-10 Cismar	.18**	.05	1				
DES-II Dissociação	.20**	.15**	.35**	1			
LESS Crenças de perigosidade	.24**	.25**	.59**	.44**	1		
AAQ-II evitamento experiencial	.14*	.21**	.61**	.45**	.77**	1	
DASS Depressão	.19**	.20**	.47**	.50**	.57**	.65**	1

** $p < .01$; * $p < .05$

Correlações Parciais

Em seguida, o cálculo das correlações parciais (tabela 37) mostrou que mesmo quando se remove o impacto do *coping* evitante, da supressão emocional, da ruminação-cismar, da dissociação e das crenças de perigosidade acerca das emoções (separadamente), o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva continuam a apresentar uma associação positiva significativa entre si, o que sugere que o AAQ-II mede um processo único, que vai além do que é avaliado por cada um dos restantes processos individualmente.

Tabela 37

Correlações parciais entre o evitamento experiencial (AAQ-II) e a sintomatologia depressiva (DASS-depressão) quando a variância associada ao coping evitante (CSQ), à supressão emocional (ERQ), à ruminação-cismar (RSQ), à dissociação (DES-II) e às crenças de perigosidade acerca das emoções é removida (n=299).

	r parcial (AAQ-II e DASS-depressão)
CSQ-3	
Evitante	.64**
ERQ	
Supressão	.64**
RRQ-10	
Cismar	.52**
DES-II	
Dissociação	.55**
LESS	
Crenças de perigosidade	.40**

** p < .01

Análise de Trajectórias

O primeiro modelo testado foi constituído por quatro variáveis exógenas independentes, estilo de *coping* evitante (CSQ), a supressão da expressão emocional (ERQ), a ruminação - cismar (RRQ-cismar) e a dissociação (DES-II), uma variável endógena mediadora, que é o evitamento experiencial/inflexibilidade psicológica (AAQ-II), e uma variável endógena dependente, a sintomatologia depressiva (DASS-depressão)¹²⁸. Os resultados mostraram que o conjunto de variáveis predictoras explica 47% ($R^2=.467$) da variância do evitamento experiencial, e em conjunto com este, explicam 49% ($R^2=.486$) da sintomatologia depressiva.

Dado que o modelo inicial é um modelo sobre-identificado no qual foram incluídas todas as trajectórias directas e indirectas não faz sentido proceder à análise dos índices de ajustamento global (dado que nestes casos o modelo apresenta sempre um ajustamento perfeito).

A análise da matriz dos coeficientes não estandardizados mostrou que alguns dos coeficientes de regressão não eram estatisticamente significativos ($p>.05$), pelo que foram progressivamente removidos. Neste sentido, foram eliminadas as trajectórias directas entre as variáveis: 'supressão da expressividade emocional → sintomatologia depressiva' ($b=.027$, $EP=.032$; $p=.400$; $\beta=.039$), 'estilo de coping evitante → sintomatologia depressiva' ($b=.140$,

¹²⁸ A cada uma das variáveis endógenas foi adicionado um resíduo (erro de medida) que reflecte a proporção da variância total da variável que é explicada por outras variáveis não incluídas no modelo.

EP=.099; $p=.156$; $\beta=.061$), 'estilo de coping evitante \rightarrow evitamento experiencial' ($b=-.243$, EP=.156; $p=.118$; $\beta=-.073$) e por fim, 'ruminação-cismar \rightarrow sintomatologia depressiva' ($b=.132$, EP=.077; $p=.085$; $\beta=.091$).

Após a eliminação das trajectórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um bom ajustamento à matriz de dados observados $\chi^2(2, N=299)=4.706$, $p=.095$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$)=2.353, Comparative Fix Index (CFI)=.994, Tucker Lewis Index (TLI)=.968, Root-mean-square error of approximation (RMSEA)=.067 (IC=.000; .149). Em seguida, calculou-se o teste das diferenças do χ^2 para comparar a qualidade de ajustamento entre o modelo inicial e o modelo aninhado, no sentido de avaliar se ocorria uma diminuição estatisticamente significativa na qualidade do ajustamento global devido à remoção das trajectórias que se revelaram não significativas para a explicação da sintomatologia depressiva. Os resultados confirmaram a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre os dois modelos [$\chi^2_{Dif}=4.706 < \chi^2_{0.95}(2)=5.992$ $p > 0.05$], pelo que se optou pela escolha do modelo aninhado, por ser o modelo mais parcimonioso.

Análise do efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre os processos de regulação emocional e a sintomatologia depressiva

A significância dos efeitos directos, indirectos e totais do modelo aninhado foram calculados através do método *bootstrap* (com 2000 reamostragens) tendo sido considerados os intervalos de confiança de aceleração corrigida de 95% em torno de cada um dos efeitos estimados.

O modelo final (aninhado) explica 46% ($R^2=.463$) da variabilidade do evitamento experiencial e 48% ($R^2=.476$) da sintomatologia depressiva. A análise das trajectórias significativas mostrou que a ruminação-cismar, a dissociação e a supressão da expressão emocional são preditores significativos do evitamento experiencial. Já o estilo de *coping* evitante, quando se controla o efeito das restantes variáveis, deixa de prever significativamente quer o evitamento experiencial quer a sintomatologia depressiva. Ou seja, o estilo de *coping* evitante não tem um contributo único e independente dos restantes processos de regulação emocional no evitamento experiencial nem na sintomatologia, possivelmente, porque o seu poder preditivo é redundante (está já incluído) nos restantes processos de regulação emocional.

Em relação aos efeitos indirectos, os resultados do método de reamostragem *bootstrap* mostraram que o efeito da ruminação-cismar ($\beta=.275$; IC95%= [.210;.338] para um $p=.001$) e da supressão da expressão emocional ($\beta=.078$; IC95%= [.029;.124] para um $p=.001$) na sintomatologia depressiva são totalmente mediados pelo evitamento experiencial. Dado que o zero não está incluído nos intervalos de confiança estimados podemos concluir que os efeitos são significativamente diferentes de zero. Os resultados mostraram ainda que a dissociação tem um efeito total de $\beta=.394$ (IC95%= [.303;.483] para um $p=.001$) na sintomatologia depressiva, sendo o efeito directo de $\beta=.260$ (IC95%= [.169;.346] para um $p=.001$) e o efeito indirecto, que ocorre através do evitamento experiencial, de $\beta=.133$ (IC95%= [.084;.187] para um $p=.001$). O efeito indirecto explica 34% do efeito total estimado. O modelo final obtido é apresentado na figura 16.

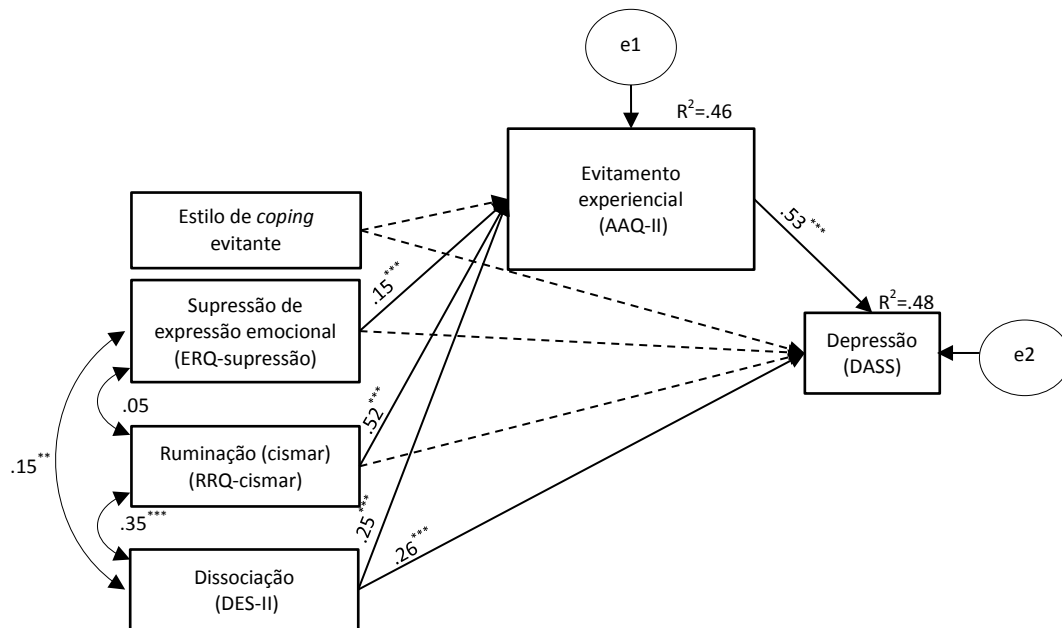


Figura 16. Modelo final. A função de evitamento experiencial dos processos de regulação emocional. O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre a dissociação, ruminação (cismar) e a supressão da expressão emocional na severidade da sintomatologia depressiva. As trajectórias não significativas estão representadas a tracejado (motivo pelo qual foram removidas do modelo estimado).*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

Em seguida, e tal como mencionado anteriormente foi adicionada uma nova variável ao modelo testado, mais concretamente, foram incluídas as crenças de perigosidade acerca das emoções (como variável independente exógena). Assim, começou-se por averiguar se, empiricamente, se justificava a inclusão desta variável no modelo, o que se veio a verificar, dado que a sua adição ao modelo se traduziu num contributo significativo para a explicação preditiva do evitamento experiencial. Mais concretamente, se no primeiro modelo, o conjunto de variáveis independentes explicou 47% da variância do evitamento experiencial, no segundo modelo, com a inclusão desta variável, ocorreu um acréscimo, com as variáveis independentes a passarem a explicar 65% da variância do evitamento experiencial. Adicionalmente, estes resultados sugerem que, quando se controla o contributo das restantes variáveis independentes, as crenças de perigosidade acerca das emoções continuam a ter um contributo único e significativo no evitamento experiencial, motivo pelo qual faz sentido adicionar esta variável ao modelo de trajectórias testado.

Assim, o modelo testado é constituído por cinco variáveis exógenas independentes, estilo de coping evitante (CSQ), supressão da expressão emocional (ERQ), ruminação - cismar (RRQ-cismar), dissociação (DES-II) e crenças de perigosidade acerca das emoções (LESS-CN), uma variável endógena mediadora, o evitamento experiencial (AAQ-II) e uma variável endógena dependente, a sintomatologia depressiva (DASS-depressão)¹²⁹.

Dado que o modelo inicial é mais uma vez um modelo sobre-identificado no qual foram incluídas todas as trajectórias directas e indirectas não faz sentido a análise dos índices de ajustamento global (dado o ajustamento ser perfeito).

A análise da matriz dos coeficientes não estandardizados mostrou que alguns dos coeficientes de regressão não eram estatisticamente significativos ($p > .05$), pelo que foram progressivamente

¹²⁹ A cada uma das variáveis endógenas foi adicionado um resíduo (erro de medida) que reflecte a proporção da variância total da variável que é explicada por outras variáveis não incluídas no modelo.

removidos. Neste sentido, foram eliminadas as trajectórias directas entre as variáveis: 'supressão da expressividade emocional → sintomatologia depressiva' ($b=.022$, $EP=.032$; $p=.480$; $\beta=.033$), 'estilo de *coping* evitante → sintomatologia depressiva' ($b=.116$, $EP=.100$; $p=.243$; $\beta=.050$), e por fim, 'ruminação-cismar → sintomatologia depressiva' ($b=.104$, $EP=.078$; $p=.186$; $\beta=.072$).

Após a eliminação das trajectórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados $\chi^2(3, N=299)=3.601$, $p=.308$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$)= 1.200 , Comparative Fix Index (CFI)= $.999$, Tucker Lewis Index (TLI)= $.995$, Root-mean-square error of approximation (RMSEA)= $.026$ (IC=.000; $.104$). Em seguida, calculou-se o teste das diferenças do χ^2 para comparar a qualidade de ajustamento entre o modelo inicial e o modelo aninhado, no sentido de avaliar se ocorria uma diminuição estatisticamente significativa na qualidade do ajustamento global devido à remoção das trajetórias que se revelaram não significativas para a explicação da sintomatologia depressiva. Os resultados confirmaram a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre os dois modelos [$\chi^2_{Dif}=3.601 < \chi^2_{0.95; (3)}=7.815$ $p > 0.05$], pelo que se optou pela escolha do modelo aninhado, por ser o modelo mais parcimonioso.

Análise do efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre os processos de regulação emocional e as crenças de perigosidade acerca das emoções e a sintomatologia depressiva

A significância dos efeitos directos, indirectos e totais do modelo aninhado foram calculados através do método Bootstrap (com 2000 reamostragens) tendo sido considerados os intervalos de confiança de aceleração corrigida de 95% em torno de cada um dos efeitos estimados.

O modelo final (aninhado) explica 65% ($R^2=.648$) da variabilidade do evitamento experiencial e 48% ($R^2=.483$) da sintomatologia depressiva.

A análise das trajectórias significativas mostrou que a ruminação-cismar, a dissociação, o *coping* evitante, a supressão da expressão emocional e as crenças de perigosidade acerca das emoções são preditores significativos do evitamento experiencial. Adicionalmente, quando se controla o efeito dos restantes preditores, as crenças de perigosidade acerca das emoções apresentam um contributo único e de maior magnitude em comparação com os restantes ($\beta=.571$; $p<.001$), seguindo-se respectivamente, a ruminação-cismar ($\beta=.246$; $p<.001$), a dissociação ($\beta=.125$; $p=.001$), o estilo de *coping* evitante ($\beta=-.094$; $p=.014$), e por fim, a supressão da expressão emocional ($\beta=.076$ $p=.048$). Curiosamente, em relação ao *coping* evitante, verificou-se que com a inclusão do LESS-M no modelo, ele deixa de ter uma predição positiva no evitamento experiencial, verificando-se inclusivamente que a sua influência passa a ser negativa (apesar da sua reduzida magnitude).

Mais concretamente, os resultados do método de reamostragem bootstrap mostraram que o efeito da ruminação-cismar ($\beta=.108$; IC95%= $.063;.165$ [para um $p = .001$]), do estilo de *coping* evitante ($\beta=-.041$; IC95%= $-.083;-.011$ [para um $p = .008$]) e da supressão da expressão emocional ($\beta=.033$; IC95%= $.001;.071$ [para um $p = .036$]) na sintomatologia depressiva são totalmente mediados pelo evitamento experiencial. Dado que o zero não está incluído nos intervalos de confiança estimados podemos concluir que os efeitos são significativamente diferentes de zero.

Os resultados mostram ainda que as crenças de perigosidade acerca das emoções têm um efeito total de $\beta=.380$ (IC95%= $.282;.476$ [para um $p = .001$]) na *sintomatologia depressiva*, sendo o efeito directo de $\beta=.129$ (IC95%= $.001;.264$ [para um $p = .046$]) e o efeito indirecto, que ocorre através do *evitamento experiencial*, de $\beta=.251$ (IC95%= $.177;.343$ [para um $p = .001$]). Associado ao facto do efeito directo se

situar no limiar da significância, o evitamento experiencial revela-se um mediador robusto, dado que 66% do efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções na sintomatologia depressiva ocorrem através do evitamento experiencial. Também a *dissociação* tem um efeito total positivo de $\beta = .301$ (IC95% = [.205;.394] para um $p = .001$) na *sintomatologia depressiva*, sendo o efeito directo de $\beta = .246$ (IC95% = [.150;.338] para um $p = .001$) claramente mais expressivo do que o efeito indirecto, que ocorre através do *evitamento experiencial*, de $\beta = .055$ (IC95% = [.024;.099] para um $p = .001$). O efeito indirecto explica 18% do efeito total estimado. Estes resultados demonstram que o evitamento experiencial se revela como sendo um mediador claramente mais robusto na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções na sintomatologia, do que na relação entre a dissociação e a sintomatologia depressiva. O modelo final obtido é apresentado na figura 17.

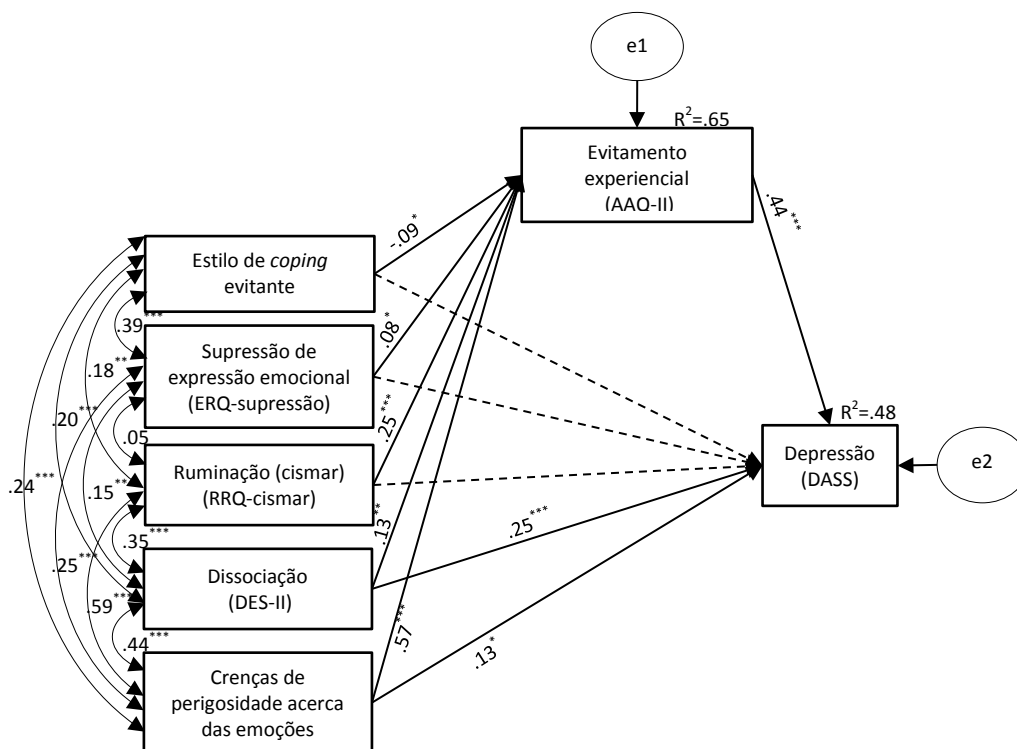


Figura 17. Modelo final. O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e os processos de regulação emocional (dissociação, ruminação, *coping* evitante e supressão da expressão emocional) e a severidade da sintomatologia depressiva. As trajetórias não significativas estão representadas a tracejado (e foram por esse motivo removidas do modelo de mediação). *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

6.4. Discussão

O valor conceptual do constructo de evitamento experiencial tem vindo a ser questionado por alguns investigadores, nomeadamente no que concerne à falta de clareza e à sua inadequada diferenciação relativamente a outros constructos (*e.g.*, processos auto-regulatórios) que se encontram igualmente difundidos na literatura e relativamente aos quais existe um forte suporte empírico (*e.g.*, Chawla & Ostafin, 2007; Kollman et al., 2009; Gloster et al., 2011). De facto, é inegável, pelo menos do ponto de vista teórico, a partilha de algumas similaridades entre o evitamento experiencial e alguns desses outros constructos da área da regulação emocional (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). A existência de uma eventual sobreposição conceptual entre o evitamento experiencial e outros constructos coloca a questão não só de se saber em que medida é que o evitamento experiencial se diferencia desses

constructos mas, sobretudo, em que medida é que ele acrescenta valor incremental (*i.e.*, valor preditivo para além do que já é explicado por esses constructos) e se constitui como uma mais-valia para os modelos explicativos da psicopatologia e para a prática clínica.

Assim, o primeiro objectivo do presente estudo foi contribuir para uma melhor diferenciação conceptual entre o evitamento experiencial e alguns processos auto-regulatórios (*i.e.*, ruminação-cismar, supressão emocional, *coping* evitante e dissociação), amplamente estudados no âmbito da regulação emocional e das perturbações emocionais, nomeadamente, averiguar se o evitamento experiencial acrescenta valor incremental a estes constructos na explicação da sintomatologia depressiva. Paralelamente, dado que nos últimos anos dezenas de estudos têm vindo a utilizar o AAQ-I e, recentemente, o AAQ-II no âmbito do modelo *ACT*, revela-se premente, contribuir para uma melhor clarificação acerca do constructo que se está efectivamente a avaliar quando se utiliza a recente medida (AAQ-II), sobretudo em estudos clínicos, até pela natureza das conclusões derivadas para o desenvolvimento dos modelos de psicopatologia e para a própria prática clínica. Neste seguimento, e dado que alguns investigadores sugerem que as similitudes entre o evitamento experiencial e alguns destes processos regulatórios se devem ao facto dos mesmos poderem ser conceptualizados como “aspectos ou exemplos prototípicos de evitamento experiencial” (Chawla & Ostafin, 2007, p.885), o segundo objectivo do presente estudo foi avaliar a possibilidade da eventual similitude entre o evitamento experiencial e alguns destes constructos residir no facto do evitamento experiencial representar uma vulnerabilidade psicológica generalizada (e.g., Kashdan et al., 2006), ou mais concretamente, uma função diagnóstica funcional da psicopatologia (e.g., Hayes et al., 1996), que poderá ser comum a estes diferentes processos auto-regulatórios. Neste âmbito, averiguou-se empiricamente, se os diferentes processos auto-regulatórios em estudo (*i.e.*, supressão emocional, *coping* evitante, ruminação-cismar e dissociação) podiam ser conceptualizados como diferentes formas de evitamento experiencial, que se tornam potencialmente patológicas quando são empregues de forma rígida e inflexível com o intuito de escapar ou evitar dos eventos privados aversivos e indesejáveis ou dos contextos que os ocasionam. De modo a testar esta hipótese avaliou-se em que medida, o efeito dos referidos processos regulatórios na sintomatologia depressiva ocorria, indirectamente, através do evitamento experiencial.

Assim, e tendo-se verificado aquando a revisão da literatura (apresentada na introdução do presente estudo) que são escassos os estudos que exploraram estas hipóteses, e que salvo raras excepções (e.g., Gloster et al., 2011), os mesmos foram conduzidos em amostras não-clínicas (e.g., Bond et al., 2011; Hayes, Strosahl et al., 2004; Kashdan et al., 2006), o presente estudo foi conduzido numa amostra clínica mista, o que pela natureza e multiplicidade dos diagnósticos clínicos presentes, comprova a presença de notórias dificuldades de regulação emocional e de elevados índices de psicopatologia nos participantes do presente estudo.

De ressaltar ainda que dada a escassez de estudos que tenham explorado o papel do género em diferentes processos emocionais (*i.e.*, estratégias de regulação emocional/ estilos de *coping*, crenças negativas acerca dos estados emocionais), e sobretudo a influência que essas diferenças poderão ter na explicação do evitamento emocional e da psicopatologia, no presente estudo foi endereçada esta questão. Mais concretamente, começou-se por analisar as diferenças entre homens e mulheres (na amostra clínica em estudo) em relação aos diferentes processos de regulação emocional e às crenças negativas acerca das emoções e, em seguida, testou-se em que medida estas diferenças poderiam explicar, ainda que parcialmente, as diferenças de género encontradas no âmbito do evitamento experiencial e da sintomatologia depressiva. Os resultados das análises conduzidas mostraram que os doentes do género feminino (em comparação com os do género masculino) tendem a apresentar um estilo de *coping* ruminativo mais patológico, a avaliar os seus estados emocionais como sendo mais incontrolláveis, indesejados, perigosos e patológicos e a vivenciar mais fenómenos dissociativos. Adicionalmente foi ainda no género feminino que se constataram índices mais elevados de evitamento

experencial/ inflexibilidade psicológica e de sintomatologia depressiva. Em relação ao estilo de *coping* ruminativo, à dissociação e ao evitamento experencial estes resultados são concordantes com os obtidos por outros investigadores, que obtiveram igualmente índices significativamente mais elevados nas participantes do género feminino em comparação aos participantes do género masculino (e.g., Nolen-Hoekseman, Larson, & Grayson, 1999; Spitzer, Klauer, Grabe, Lucht, Stieglitz, Schneider, Freyberger, 2003; Karekla & Panayiotou, 2011). Já em relação às crenças de perigosidade acerca das emoções desconhece-se a existência de estudos publicados que tenham explorado as diferenças de género em amostras clínicas, sendo que mesmo em relação a amostras não-clínicas esses estudos são praticamente inexistente (uma excepção é o estudo conduzido por Yavuz, Türkçapar, Demirel, e Karadere, em 2011, numa amostra não-clínica, mas na qual foi utilizada a versão original do *Leahy Emotional Schemas Scale*).

De referir ainda que apesar de no presente estudo não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas entre o género feminino e masculino quanto ao estilo de *coping* evitante e à supressão expressiva, encontramos na literatura alguns estudos que sugerem que as mulheres tendem a apresentar índices significativamente superiores de *coping* evitante (e.g., Matud, 2004) e significativamente inferiores de supressão expressiva (e.g., Gross & John, 2003) em comparação com os homens. Contudo o facto de estes estudos terem sido conduzidos respectivamente numa amostra da população geral e de estudantes poderá eventualmente explicar as diferenças encontradas¹³⁰.

Por fim, o maior predomínio de sintomatologia depressiva apresentado pelos doentes do género feminino na amostra em estudo é concordante com diversos estudos anteriormente publicados, que revelaram que o género feminino apresenta cerca do dobro da probabilidade de desenvolver uma perturbação depressiva comparativamente ao género masculino (e.g., Weissman & Klerman, 1977; Weissman, Bland, Joyce, Newman, Wells, & Wittchen, 1993; Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer, & Nelson, 1993).

Ainda a propósito das diferenças de género alguns investigadores alertam para a importância de nos estudos clínicos serem examinadas as diferenças de género, nomeadamente, pelas implicações que poderão ser derivadas para os modelos explicativos da psicopatologia e para o desenvolvimento de intervenções clínicas mais eficazes. Por exemplo, diversos investigadores concordam que a elevada prevalência da depressão no género feminino (i.e., cerca do dobro do que se verifica para o género masculino; DSM-IV-TR; APA, 2000) poderá dever-se ao facto das mulheres tenderem a ser igualmente mais ruminativas que os homens (e.g., Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). Assim, como perante os resultados obtidos no presente estudo, se poderia colocar a possibilidade das diferenças de género encontradas em relação aos processos de regulação emocional (i.e., ruminação-cismar, dissociação, crenças de perigosidade acerca das emoções) poderem explicar, pelo menos parcialmente, as diferenças de género encontradas no evitamento experencial e na sintomatologia depressiva, foram utilizados dois procedimentos estatísticos para analisar esta questão: as análises aos efeitos de moderação da variável género e a análise multigrupos. A opção em realizar a análise multigrupos, em complementariedade com as análises aos efeitos de moderação, justifica-se pelo facto dos dois procedimentos, fornecerem informações complementares. Mais especificamente, a análise aos efeitos de moderação permitiu-nos verificar que o género não modera o efeito da ruminação-cismar, da dissociação e das crenças de perigosidade acerca das emoções no evitamento experencial e na sintomatologia depressiva, bem como não modera o efeito do evitamento experencial na sintomatologia depressiva. Como tal, estes resultados sugerem que o género não afecta nem força nem a direcção do efeito dos referidos processos emocionais (crenças de perigosidade acerca das emoções, dissociação e ruminação) no evitamento experencial e na sintomatologia depressiva. Já a análise

¹³⁰ No que concerne estas variáveis não são conhecidos estudos que tenham explorado as diferenças de género em amostras clínicas.

multigrupos forneceu-nos informação adicional, ao permitir-nos averiguar que a qualidade global do ajustamento dos modelos de mediação em análise não diferia entre o género feminino e o género masculino, assim como não diferiam significativamente os coeficientes estruturais (*i.e.*, a magnitude dos efeitos diretos, indiretos e totais estimados). Dito de outro modo a análise multigrupos demonstrou que os efeitos de mediação encontrados (bem como o poder preditivo) das variáveis em análise eram tão “verdadeiros” (de magnitude e direcção semelhantes) para o género feminino como para o género masculino. Em consequência, porque o papel mediador do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica na relação entre as diferentes estratégias de regulação emocional (*i.e.*, ruminação, supressão emocional, dissociação e *coping* evitante) e as crenças negativas acerca das emoções na sintomatologia depressiva; não diferia significativamente, caso se optasse pela análise separada da amostra em estudo de acordo com o género dos participantes, as análises subsequentes foram conduzidas na amostra total.

Em síntese, os resultados obtidos no presente estudo, acerca do papel do género, sugerem que o modelo da psicopatologia proposto é válido tanto para os doentes do género masculino como feminino, bem como as implicações clínicas derivadas são válidas para ambos os géneros.

De seguida, de modo a explorar a relação entre os processos de regulação emocional específicos (ruminação-cismar, supressão emocional, *coping* evitante e dissociação), o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva, foram calculadas as correlações produto-momento de Pearson. Desde logo, e à semelhança de estudos prévios (*e.g.*, Hayes, Strosahl, et al., 2004; Bond et al., 2011; uma revisão destes estudos foi ainda apresentada por Hayes et al., 2006 e por Ruiz, 2010) os resultados sugerem que o evitamento experiencial está positiva e fortemente associado à sintomatologia depressiva. Adicionalmente, os resultados corroboram estudos prévios conduzidos em amostras clínicas (*e.g.*, Nolen-Hoeksema et al., 2008) e não-clínicas (*e.g.*, Nolen-Hoeksema et al., 2008; Gross & John, 2003; Kashdan et al., 2006 Lipsanen, Saarijärvi, & Lauerma, 2004) ao demonstrarem que respectivamente a ruminação-cismar, a supressão emocional, o *coping* evitante e a dissociação estão positiva e significativamente associadas à sintomatologia depressiva, e como tal, parecem constituir-se como processos desadaptativos de regulação emocional.

Os resultados mostraram ainda, tal como hipotetizado, que as diferentes estratégias de regulação emocional/ estilos de *coping* estão positivamente associadas ao evitamento experiencial. Contudo, a análise às magnitudes encontradas mostrou que enquanto o estilo de *coping* evitante apenas se encontra marginalmente associado ao evitamento experiencial ($r=.14$; $p<.05$), pelo contrário, o estilo de *coping* ruminativo (sobretudo na sua vertente mais patológica) encontra-se fortemente associado ao evitamento experiencial ($r=.61$; $p<.01$). Já a supressão emocional ($r=.21$; $p<.01$), e a dissociação ($r=.45$; $p<.01$), encontram-se, respectivamente, fraca e moderadamente associadas ao evitamento experiencial. Assim, no seu conjunto, os resultados obtidos sugerem que apesar de estes diferentes processos de regulação emocional poderem apresentar algumas similitudes com o constructo de evitamento experiencial (pois a ele se associam de forma positiva e significativa), fazem-no em graus claramente distintos, com a ruminação-cismar, a se apresentar como sendo possivelmente o constructo que do ponto de vista conceptual mais se assemelha ao evitamento experiencial. Contudo, é importante, ressaltar que a magnitude das correlações não é tão elevada que leve a equacionar a possibilidade dos dois constructos (ruminação-cismar e evitamento experiencial) serem sobreponíveis e se referirem exactamente ao mesmo processo psicológico.

Mais ainda, a análise aos coeficientes de correlação revelou ainda um resultado interessante que foi o facto da associação encontrada entre o evitamento experiencial e a supressão emocional ser de baixa magnitude (sobretudo se pensarmos que este resultado foi obtido numa amostra clínica). Isto porque, o resultado obtido na amostra em estudo não corrobora a ideia defendida por alguns investigadores (*e.g.*, Hofmann & Asmundson, 2008; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010) de que o evitamento experiencial é marcadamente semelhante à supressão emocional, na medida em que ambos podem ser

conceptualizados como estratégias de regulação emocional “apenas” focadas na resposta emocional. De facto, perante a magnitude da correlação encontrada entre ambos os constructos, e se atendermos ao facto de que mesmo quando se controla a variância da supressão emocional, o evitamento experiencial mantém-se fortemente associado à sintomatologia depressiva (sendo que o contrário não acontece, *i.e.*, quando se controla o impacto da variância do evitamento experiencial, a supressão emocional deixa de se associar significativamente à sintomatologia depressiva, $r=.08$; $p=.159^{131}$), surge como mais provável que o evitamento experiencial não possa ser meramente conceptualizado como mais uma medida de supressão emocional (ou simplesmente como sendo uma estratégia de regulação emocional que visa intencionalmente modificar a resposta emocional expressiva). Este foi aliás o ponto de partida para fundamentar a primeira hipótese delineada para o presente estudo, ou seja, determinar se o evitamento experiencial avalia algo de único (acrescenta valor incremental) ao valor preditivo, já empiricamente comprovado, por parte de outros constructos amplamente difundidos na literatura.

Neste sentido, num primeiro momento procedeu-se ao cálculo de correlações parciais entre o AAQ-II e a sintomatologia depressiva, quando eliminada a variância explicada por diferentes constructos isoladamente (mais especificamente, da supressão emocional, ruminação-cismar, estilo de *coping* evitante e dissociação). A este respeito, e tal como esperado, os resultados obtidos sugerem que o AAQ-II não é simplesmente uma outra medida que avalia a regulação emocional (*i.e.*, o *coping* evitante, a ruminação, a supressão emocional ou a dissociação), mas sim um instrumento de medida que avalia algo único, que está fortemente associado à psicopatologia (neste caso à sintomatologia depressiva). Neste sentido, os resultados obtidos são concordantes com a teoria subjacente ao modelo ACT de que o AAQ-II avalia algo possivelmente mais abrangente (*e.g.*, Bond et al., 2011; Hayes et al., 1998; Hayes, Strosahl et al., 2004), uma vulnerabilidade psicológica geral (*e.g.*, Kashdan et al., 2006) e que neste sentido, é possivelmente melhor conceptualizado como representando uma *função* de regulação emocional ou invés de mais uma estratégia específica de regulação emocional (Boulanger et al., 2010). Dito de outro modo uma explicação possível para os resultados obtidos é de que apesar de existirem similitudes entre estas estratégias/ estilos de *coping* e o evitamento experiencial (*e.g.*, Chawla & Ostafin, 2007), estes constructos parecem diferenciar-se no modo como são operacionalizados (Fledderus, Bohlmeijer, & Pieterse, 2010), com o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica a se referir mais ao *contexto* e à *função* com que o comportamento é empregue, e as estratégias de regulação emocional e os estilos de *coping* específicos a referirem-se sobretudo à forma/tipo, frequência, duração e intensidade com que as acções são empregues para lidar com os eventos privados indesejados (*e.g.*, Hayes et al., 1996; Kashdan et al., 2006). Uma análise mais detalhada acerca do modo como estes processos de regulação emocional são conceptualizados na literatura fundamenta igualmente esta possibilidade. De facto, enquanto 1) a *supressão emocional* (avaliada através do ERQ) consiste numa estratégia intencional de regulação emocional que visa influenciar, o mais directamente possível, a resposta fisiológica, comportamental e subjectiva da experiência emocional em curso (Gross & Thompson, 2007; Werner & Gross, 2010) através da “inibição consciente do comportamento emocional expressivo” (Gross & Levenson, 1993, p.970); 2) o estilo de *coping* evitante (avaliado através do CSQ-3) se refere à adopção de um estilo defensivo, que envolve estratégias cognitivas ou comportamentais, que consistem em ignorar, escapar ou distorcer as respostas emocionais aos eventos perturbadores (Roger, Jarvis & Najarian, 1993; Elklit, 1996); 3) a ruminação (avaliada através do RRQ-10) remete para o pensamento passivo e repetitivo acerca das emoções negativas, dos sintomas de perturbação, e das suas possíveis causas e conseqüências (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema et al., 1999; Nolen-

¹³¹ Dado que o cálculo das correlações parciais entre os diferentes processos de regulação emocional e a sintomatologia depressiva quando controlada a variância do evitamento experiencial não acrescenta informação relevante à que se obteve através das análises de mediação conduzidas (dado que este procedimento estatístico é mais abrangente e fornece mais informação) optou-se por não apresentar no presente estudo essa tabela de resultados (mas apenas a tabela das correlações parciais entre o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva quando se controla individualmente a variância de cada um dos processos de regulação).

Hoeksema, et al., 1994); e por fim, 4) a dissociação (avaliada através do DES-II) remete para o evitamento da realidade, para um défice na acessibilidade à memória e conhecimento, na integração do comportamento e no sentido do Eu, habitualmente em resposta a eventos stressantes ou mesmo severamente traumáticos (e.g., Putman, 1994; van der kolk et al., 1996), o AAQ-II refere-se a um fenómeno psicológico mais abrangente, transversal a todas estas estratégias de regulação emocional específicas, na medida em que não se foca numa forma de acção específica, nem num domínio de resposta em particular (e.g., Hayes et al., 2004).

No seguimento destes resultados, que apontavam para o carácter mais abrangente, e possivelmente mais integrador do constructo de evitamento experiencial, foi testada a segunda hipótese do presente estudo através de um modelo de mediação. Mais concretamente averiguou-se a hipótese dos diferentes processos de regulação emocional em estudo se diferenciarem topograficamente mas partilharem a mesma função subjacente, e como tal, poderem predizer níveis mais elevados de sintomatologia depressiva mas somente na medida em que são implementados com a função de evitamento experiencial. É importante neste âmbito explicar que a opção por se incluir no mesmo modelo de mediação os quatro processos regulatórios (ruminação-cismar, supressão emocional, dissociação e *coping* evitante) justifica-se na medida em que, tal como se esperava, se verificou através das análises correlacionais conduzidas, que estes processos regulatórios não se encontravam (somente) associados ao evitamento experiencial, como também estavam significativamente associados entre si. Dado que era possível considerar a existência de uma sobreposição/ similitude conceptual entre os diferentes processos regulatórios que não somente a função de escape/ evitamento experiencial (que é precisamente aquela que se pretendia testar), e que a existir poderia enviesar os resultados obtidos, optou-se por avaliar o efeito indirecto de cada um destes processos (via evitamento experiencial) enquanto se controlava o efeito dos restantes (*i.e.*, se controlava a variância comum). Deste modo foi possível estimar de um modo mais confiável e fidedigno as hipóteses de mediação em estudo.

De facto, os resultados, ao mostrarem que o evitamento experiencial medeia o efeito da supressão emocional, da ruminação-cismar e da dissociação (ainda que esta última parcialmente) na sintomatologia depressiva, forneceram suporte empírico à hipótese de que somente quando os processos regulatórios em estudo visam a modificação, o evitamento ou o escape dos eventos internos aversivos e indesejáveis ou das circunstâncias que os provocam, e são implementados de forma rígida e inflexível, é que se tornam patológicos e disfuncionais, e conseqüentemente, conduzem a índices mais elevados de sintomatologia depressiva. Dito de outro modo, e à semelhança do que se verificou no primeiro estudo (em relação à ruminação-cismar) os resultados parecem sugerir que o carácter 'tóxico' destas estratégias de regulação emocional depende do *contexto* e *flexibilidade* com que são implementadas, ou seja, reside, particularmente, na sua função evitante e revela-se quando são implementadas, de forma rígida e inflexível (*i.e.*, de forma crónica e transversalmente a todos os contextos) com a função de controlar, evitar ou até mesmo escapar (*i.e.*, diminuir a sua frequência, duração e intensidade) dos eventos privados indesejados e aversivos ou dos contextos que os ocasionam.

Numa análise mais abrangente, os resultados são ainda concordantes com a conceptualização defendida pelos autores da *ACT* , de que o evitamento experiencial representa um constructo integrador, constituindo-se como um preditor mais robusto da psicopatologia comparativamente a outros processos psicológicos (e.g., Kashdan et al., 2006), e como uma dimensão funcional diagnóstica da psicopatologia (e.g., Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010), capaz de integrar diferentes processos auto-regulatórios específicos que partilham a mesma função de evitamento, controlo ou escape dos eventos privados avaliados negativamente. Adicionalmente, o presente estudo ajuda ainda a responder às críticas de diversos investigadores que questionam os limites/ distinção do evitamento experiencial com outros constructos similares (e.g., Chapman et al., 2011; Chawla & Ostafin, 2007; Gloster et al., 2011),

ao fornecer um forte suporte empírico à possibilidade do evitamento experiencial ser melhor definido como representando uma *função* de regulação emocional (uma dimensão diagnóstica funcional) e não um *tipo/forma* de estratégia de regulação emocional específica (e.g., Boulanger et al., 2010). Para além disso os resultados obtidos no presente estudo, são concordantes com os obtidos em estudos prévios com amostras não clínicas (Kashdan et al., 2006), ao fornecerem suporte empírico à ideia de que não será porventura a natureza das próprias estratégias de regulação emocional por si mesmas, mas ao invés, a sua aplicação rígida e inflexível que interfere negativamente com a eficácia da sua implementação (e.g., Bonanno et al., 2004). Ou seja, quando a supressão emocional, a ruminação e a dissociação são implementadas esporadicamente e de modo flexível (i.e., quando são adequados a esse contexto porque são concordantes com os valores pessoais) é menos provável que se tornem mal-adaptativas.

Adicionalmente, os resultados sugerem que as referidas estratégias de regulação emocional, quando implementadas de forma rígida e inflexível com a função de evitamento experiencial, ao invés de conduzirem a uma diminuição desses eventos (como seria sua intenção), pelo contrário parecem conduzir à vivência de mais sintomatologia depressiva. De facto, os resultados parecem sugerir a elevada probabilidade de se instalar um ciclo perpetuador, no qual quanto mais o indivíduo procura evitar e controlar experiencialmente os eventos privados que considera aversivos e indesejáveis, mais dificuldades emocionais vai experienciar, e conseqüentemente, mais vai rigidificar o uso de estratégias cada vez mais mal-adaptativas que visam o controlo/ evitamento dessas experiências internas, a tal ponto que a sintomatologia depressiva poderá ela própria ser uma manifestação do próprio evitamento experiencial. Assim, de acordo com o modelo teórico da ACT, é possível supor que processos regulatórios topograficamente diferentes analisados no presente estudo, ao partilharem a mesma função comum, a de evitamento ou escape experiencial, apesar de inicialmente poderem conduzir a um decréscimo na frequência ou severidade dos eventos privados aversivos e indesejados, a longo-prazo se revelem ineficazes, por conduzirem, paradoxalmente, a uma maior ocorrência desses eventos que precisamente pretendiam escapar ou evitar, e conseqüentemente, por conduzirem a elevados níveis de sintomatologia depressiva. De facto, na literatura encontram-se estudos que comprovam que as tentativas de controlar eventos privados conduzem, frequentemente, a um aumento desses mesmos eventos privados (e.g., Clark et al., 1991; Gold & Wegner, 1995; Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Wegner, 2000), e que como tal, o evitamento experiencial apesar de a curto-prazo poder conduzir a uma redução dos eventos privados aversivos e indesejáveis, é provável que a longo-prazo conduza a um aumento desses mesmos eventos internos que pretendia controlar ou extinguir (e.g., Hayes et al., 1996; Hayes et al., 1999). Como tal, os resultados do presente estudo são concordantes com os de estudos que mostram que quando as estratégias de regulação emocional são implementadas de forma rígida e inflexível, com a função de evitamento experiencial, elas diminuem a vivência de afecto positivo e de satisfação com a vida, e impossibilitam a concretização de objectivos congruentes com os valores de vida almejados (e.g., Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2004, 2006; Kashdan et al., 2006). Possivelmente esta ligação verifica-se porque os gastos excessivos de energia, tempo e esforço para controlar os eventos privados indesejados e aversivos associam-se a uma maior inflexibilidade e restrição do repertório comportamental, e como tal, impedem o indivíduo de actuar e viver uma vida baseada nos seus valores (e.g., Hayes et al., 1999; Kashdan et al., 2006). De facto, tal como advogado na literatura, os resultados obtidos sugerem que, quanto mais os doentes procuram escapar, modificar ou controlar as suas experiências internas, maior o seu sofrimento emocional e maiores as conseqüências adversas associadas ao uso dessas estratégias, nomeadamente, o desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (e.g., Hayes et al., 1996, 1999).

Por último (e ainda em relação a este estudo mediacional) é importante mencionar que quando se controlou o efeito dos restantes processos de regulação emocional (i.e., ruminação-cismar, dissociação e supressão emocional), o estilo de *coping* evitante deixou de exercer um efeito estatisticamente

significativo tanto no evitamento experiencial como na sintomatologia depressiva. Contudo, apesar de este resultado poder dever-se ao facto da *função* evitante (*i.e.*, de evitamento experiencial) deste constructo poder já estar “contida” nos outros processos em análise, pelo que quando a variância destes é controlada, ele deixa de se evidenciar como um preditor único e independente do evitamento experiencial e da sintomatologia depressiva, é necessário interpretar este resultado com precaução, na medida em que a consistência interna ($\alpha=.63$) do mesmo se revelou marginalmente aceitável na amostra em estudo. Assim, e porque se revela prudente não deduzir uma explicação detalhada para este resultado, conclui-se que o mesmo carece de maior investigação em estudos futuros.

Ainda outro resultado interessante do presente estudo, foi o de que ao contrário da ruminação e da supressão emocional, o evitamento experiencial só medeia parcialmente o efeito da dissociação na sintomatologia depressiva. Este resultado poderá fazer contudo sentido se tivermos em consideração que a dissociação, como referido anteriormente, ocorre sobretudo em consequência de níveis elevados de stresse ou perante a vivência de acontecimentos severamente traumáticos, e que nas suas formas mais severas, implica uma interrupção abrupta na integração dos diversos componentes da experiência privada e sobre a própria percepção do ambiente externo. Ou seja, é possível que, os fenómenos dissociativos que ocorrem num grau ligeiro ou moderado (*e.g.*, despersonalização/ desrealização, amnésia dissociativa) possam ser colocados sobre a alçada do constructo de evitamento experiencial (tal como este constructo se encontra conceptualizado na literatura), mas que quando se manifestam de forma mais extrema, prolongada e patológica (*e.g.*, como no caso da perturbação de identidade dissociativa) a dissociação não se restrinja ao evitamento experiencial, mas em última análise, se constitua como uma forma ainda mais extrema de supressão, escape e evitamento, de “corte” total com as experiências privadas. Assim, se tivermos em consideração que este estudo foi conduzido numa amostra clínica alargada de constituição mista (com participantes que manifestamente apresentam um índice elevado de fenómenos dissociativos no seu grau mais severo, como é o caso, dos vinte doentes que preenchem critérios para perturbação estado-limite de personalidade), ganha alguma fundamentação a explicação acima delineada. De facto, seria interessante, em estudos futuros, replicar o presente estudo em amostras não-clínicas (cuja gravidade dos fenómenos dissociativos é claramente menor), mas sobretudo, explorar em amostras não-clínicas e clínicas a relação entre os diferentes graus de severidade dos fenómenos dissociativos (por exemplo, utilizar os diferentes componentes do DES-II em vez do total da escala, para se ter diferentes graus de gravidade dos fenómenos dissociativos avaliados) e o evitamento experiencial.

Em síntese, os resultados de este estudo mediacional permitiram-nos comprovar a independência conceptual do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica em relação a outros processos teórica e clinicamente relevantes, como são a ruminação-cismar, e dissociação, a supressão emocional e o *coping* evitante (apesar de em relação a este último não ficar claro em que medida é que ele se diferencia das restantes estratégias de regulação emocional específicas analisadas) numa ampla amostra clínica de constituição mista. Adicionalmente, os resultados obtidos, fornecem suporte empírico ao pressuposto de que mais do que a frequência, intensidade ou a duração das estratégias de regulação emocional específicas, o que contribui para o desenvolvimento e/ ou manutenção da sintomatologia depressiva, é a função evitante com que estes processos regulatórios são implementados e o facto de as suas acções passarem a ser rigidamente guiadas pelas suas reacções psicológicas e não pelas contingências situacionais e/ ou valores escolhidos. Como tal, e à semelhança do defendido por Gloster, Klotsche, Chacker, Hummel e Hoyer (2011), o presente estudo atesta empiricamente a importância nuclear de incluir o constructo de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica nos modelos teóricos explicativos da vulnerabilidade emocional, bem como comprova a importância de desenhar intervenções clínicas assentes neste constructo.

Por último, foi testado um segundo modelo de mediação, no qual se incluiu uma nova variável _ as crenças de perigosidade acerca das emoções_ como possível preditora do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica e da sintomatologia depressiva. Mais concretamente, tendo em consideração os resultados do primeiro estudo (conduzido numa amostra não-clínica) e o facto de se estar a utilizar o AAQ-II, que poderá avaliar segundo os autores do instrumento (Bond et al., 2011) não só o evitamento experiencial como ainda reflectir o constructo mais abrangente de inflexibilidade psicológica; explorou-se a possibilidade de não ser tanto a frequência e o conteúdo das crenças de perigosidade acerca dos estados emocionais negativos que contribuem para uma maior psicopatologia (neste caso concreto para a predição de maiores índices de sintomatologia depressiva), mas ser sobretudo o grau em que o doente está cognitivamente enredado com essas avaliações e julgamentos severos e que adopta de forma excessiva e inflexível acções que visam o escape/ evitamento desses estados emocionais julgados negativamente (mesmo que essas acções sejam inconsistentes com os seus valores e objectivos a longo-prazo).

Os resultados das correlações produto-momento de Pearson mostraram, à semelhança do que se verificou quer no primeiro estudo (conduzido numa amostra não clínica) quer em estudos prévios (e.g., Leahy, 2002a), que os doentes que avaliam e julgam mais negativamente as suas emoções (como inaceitáveis, incontroláveis, envergonhadoras e perigosas) apresentam níveis mais elevados sintomatologia depressiva. No mesmo sentido, tal como seria de esperar, as crenças de perigosidade acerca das emoções (LESS-M) apresentam-se fortemente associadas ao evitamento experiencial/inflexibilidade psicológica (AAQ-II) resultado este que corrobora o modelo ACT na medida em que este sugere que é a avaliação e o julgamento negativo dos eventos privados que suporta/ contribui para adopção de estratégias de evitamento experiencial e que contribui para uma maior inflexibilidade psicológica (Hayes et al., 1996; Hayes, Luoma et al., 2006). Contudo, apesar da forte associação ($r > .70$) entre estas variáveis (permitir equacionar a hipótese de ambos os instrumentos avaliarem o mesmo constructo), o cálculo das correlações parciais, evidenciou que mesmo quando se controla o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções, o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica (AAQ-II) continua a manter-se significativamente associado à sintomatologia depressiva (DASS-depressão). Como tal, estes resultados parecem sugerir que, apesar da avaliação e do julgamento das experiências privadas transportar em si mesmo implicações para o evitamento experiencial (Hayes et al., 1996) _ o que torna possivelmente estes processos indissociáveis_ do ponto de vista conceptual, não se pode derivar (pelo menos inequivocamente) que eles se referem exactamente ao mesmo fenómeno psicológico. Talvez, a explicação mais razoável seja de que se trata de processos complementares, na medida em que possivelmente o evitamento experiencial só ocorre como/ e na sequência de uma avaliação severamente negativa das experiências privadas. De facto, esta é a perspectiva teórica do modelo ACT, que considera que é possivelmente o enredamento cognitivo excessivo, com os julgamentos negativos das experiências privadas, que desencadeia tentativas deliberadas de controlo, evitamento ou supressão dessas mesmas experiências (Hayes et al., 1999; Hayes, Strosahl, et al., 2004; Orsillo et al., 2005; Roemer & Orsillo, 2009).

A própria análise dos resultados do modelo de mediação sugere desde logo (tal como se havia antecipado pela análise das correlações) que as crenças de perigosidade acerca das emoções constituem-se como um forte preditor do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica (comparativamente, e quando se controla, o efeito de outros constructos/ processos de regulação emocional) e que o seu efeito na sintomatologia depressiva é, pelo menos parcialmente, mediado pelo evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica. Estes resultados fazem sentido se tivermos em consideração não só o anteriormente exposto, mas também o facto, de que um dos pressupostos do modelo ACT, é que devido à bidirecionalidade da linguagem e à transferência das funções de estímulo¹³²,

¹³² Segundo Blackledge e Hayes (2001), a bidirecionalidade da linguagem humana conduz a que as emoções deixem de ser um conjunto de alterações fisiológicas corporais naturais e de predisposições comportamentais, e passem a ser uma categoria

o indivíduo reage às palavras que usa para descrever, interpretar, rotular e julgar as suas experiências privadas como se essas palavras fossem essas mesmas experiências, ou seja, representassem a verdade literal da vivência desse estado emocional e das consequências associadas à vivência do mesmo, conduzindo a que sinta como premente a necessidade de se proteger desses estados emocionais e das consequências que imagina que aconteceriam se os experienciasse (Blackledge & Hayes, 2001). Adicionalmente, os resultados do modelo de mediação testado sugerem que não será tanto o conteúdo/ frequência das crenças de perigosidade acerca das emoções negativas (*i.e.*, avaliações/ julgamentos de que as emoções experienciadas são inaceitáveis, incontroláveis e perigosas) que conduz directamente à psicopatologia (neste caso em particular à sintomatologia depressiva) mas sobretudo o facto do enredamento cognitivo com essas avaliações/ julgamentos negativos conduzir a uma percepção de incapacidade para permanecer em contacto com essas emoções e, conseqüentemente, levar à implementação de respostas/ estratégias comportamentais e cognitivas que visam o seu evitamento, escape e controlo. De facto, se analisarmos o conteúdo dos itens do AAQ-II, que segundo os autores do questionário pretendem avaliar “o enredamento com pensamentos, as avaliações negativas das experiências privadas, e a habilidade para agir na presença de pensamentos e sentimentos difíceis, para além de itens de controlo, escape ou evitamento experiencial, no sentido mais comum do uso desses termos” (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010, p.110), é possível derivar a partir desta conceptualização de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica, a hipótese (comprovada no presente estudo) de não ser tanto a o conteúdo/ frequência das crenças acerca das emoções, mas sim a sua *função* (*i.e.*, o facto de que quando o indivíduo se funde com o seu conteúdo literal ele passa a adoptar estratégias que visam regular e evitar esses estados emocionais) a predizer a ocorrência de mais sintomatologia depressiva. De facto, a literatura sobre as investigações conduzidas neste âmbito (*e.g.*, Hayes, Luoma, et al., 2006) demonstra que quanto mais os indivíduos procuram escapar ou evitar os eventos privados ou as consequências negativas que antecipam, mais importância funcional lhes conferem, e conseqüentemente, mais lhes reagem negativamente, conduzindo a uma espiral de sofrimento emocional.

Adicionalmente se tivermos em consideração que as crenças de perigosidade acerca das emoções representam as concepções que os respondentes têm acerca da natureza das suas experiências emocionais (como aversivas, ameaçadoras, prejudiciais, envergonhadoras, inaceitáveis e incontroláveis), das consequências nefastas antecipadas no caso de se permitirem experimentar determinados estados emocionais, e das regras de como actuar para evitar, ou pelo menos controlar ou extinguir esses estados emocionais, então é de esperar que os doentes procurem, através do evitamento experiencial, evitar não só os estados emocionais a que esses julgamentos negativos se reportam, mas os próprios julgamentos negativos em si mesmos (já que devido à transformação bidireccional das funções de estímulo se tornaram eles próprios aversivos e indesejáveis e capazes de ativar respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais; Hayes et al., 1999). Dito de outro modo, os resultados obtidos sugerem que o conteúdo/ frequência das crenças de perigosidade acerca das emoções não é inerentemente patológico, sendo que, somente quando essas crenças são tratadas como se fossem uma representação fiel/verdadeira da realidade (e não como resultantes do processo contínuo de avaliar, julgar e comparar da mente humana) e conduzem à adopção crónica, rígida e inflexível de estratégias que visam o evitamento experiencial, é que vão conduzir à ocorrência de níveis elevados de psicopatologia.

Por último, é importante a este nível acrescentar que os resultados obtidos fornecem suporte empírico à ideia de que quando as estratégias de supressão, controlo ou escape são aplicadas em relação aos nossos eventos internos revelam-se ineficazes (Hayes et al., 1996; 1999), tendem a conduzir a efeitos

descritiva e avaliativa altamente aversiva, e que, em vez de considerar os seus julgamentos negativos como resultantes do processo de pensar, o indivíduo passe a considerar que as conotações negativas e depreciativas que atribui às emoções representam qualidades intrínsecas e inerentes às mesmas.

paradoxais (e.g. Clark et al., 1991; Wegner & Zanakos, 1994; Hayes et al., 1996; Hayes, Strosahl, et al., 2004), e conduzem mesmo à ocorrência de um maior grau de psicopatologia (Hayes et al., 1999; Hayes et al., 2005). De facto, a este nível Blackledge e Hayes (2001) defendem que enquanto a comunidade social transmitir a mensagem que são as crenças e emoções que justificam o comportamento, o indivíduo tenderá sempre a perpetuar as suas crenças acerca das emoções e o modo como deve actuar perante as mesmas, ou seja, de que determinados eventos emocionais por serem julgados como aversivos e indesejados devem estar sob o controlo do indivíduo, sendo esperado e de crucial importância que todos os esforços sejam empregues com vista à sua redução, evitamento ou extinção.

Estudo VII

O constructo de evitamento experiencial: qual a sua utilidade para os modelos explicativos da psicopatologia em comparação com outros constructos ‘adaptativos’ existentes?

7.1. Objectivos

No estudo VI, obtivemos suporte empírico para o pressuposto da ACT de que o evitamento experiencial integra na sua ‘alçada’ diversas estratégias de regulação emocional topograficamente distintas (Hayes et al., 1996) e até mesmo um componente avaliativo dessas experiências emocionais (Kashdan et al., 2006). De facto, os resultados obtidos, ao sugerirem que o evitamento experiencial acrescenta valor preditivo a outros constructos ‘desadaptativos’ na explicação da sintomatologia depressiva, permite dar algum suporte à ideia de que o evitamento experiencial está subjacente a diferentes processos regulatórios, podendo neste sentido ser conceptualizado como uma dimensão diagnóstica funcional da psicopatologia (Hayes et al., 1996), uma vulnerabilidade generalizada (Kashdan et al., 2006), que representa uma função de regulação emocional (Blackledge & Hayes, 2001; Boulanger et al., 2010). No seguimento destes resultados, revela-se pertinente averiguar se os processos regulatórios difundidos na literatura como ‘adaptativos’, ‘protectores’ ou ‘benéficos’ (que à semelhança dos outros também têm um claro impacto na experiência emocional) possam estar sob a alçada/ ou serem exemplos topograficamente diferentes da aceitação psicológica/ flexibilidade psicológica (considerando que a

aceitação psicológica é a dimensão contrária, num contínuo, do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica).

Ou seja, seguindo a linha de raciocínio apresentada no estudo anterior, pretendeu-se no estudo VI, igualmente conduzido numa amostra clínica, testar a possibilidade dos estilos de *coping* distanciado/ emocional e racional, da reavaliação cognitiva e do *mindfulness*, todas difundidos na literatura como sendo ‘adaptativos’ (por estarem associados a um maior bem-estar e a menores índices de psicopatologia mental), predizerem um menor grau de sintomatologia depressiva, na medida em que conduzem (pelo menos em parte) a um menor evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica, ou por contraposto, a uma maior aceitação/flexibilidade psicológica.

Neste âmbito, é importante ter em atenção que na perspectiva da ACT, a aceitação psicológica, situada no extremo oposto, do mesmo contínuo, ao evitamento experiencial (Hayes, Jacobson, Follette, & Dougher, 1994; Hayes et al., 1996; Kashdan et al., 2006; Blackledge & Hayes, 2001) não significa tolerância ou resignação, ou seja, a adopção de uma atitude de passividade ou fatalista perante os eventos privados (Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005; Hayes, Pistorello, & Levin, 2012), mas antes, implica uma mudança de perspectiva caracterizada pelo abandono da ‘agenda de controlo’ e pela adopção de uma postura de abertura de modo a “experienciar os eventos na sua plenitude, sem defesas, como eles são e não como eles dizem que são” (Hayes, 1994, p. 30). Assim, se etimologicamente aceitar significa tomar o que é oferecido (Hayes, Strosahl, & Wilson 1999), no âmbito da ACT/RFT, aceitar refere-se à atitude de experienciar os eventos privados internos (mesmo os indesejados e aversivos), sem lhes reagir com base na literalidade desses eventos e sem os tentar manipular/ modificar (Twohig et al., 2010), enquanto se fomenta a adopção de comportamentos que visem o alcance de objectivos orientados e concordantes com os valores pessoais (Ruiz, 2010; Hayes et al., 1996; Bond et al., 2011).

Como tal, enquanto o *evitamento experiencial* parece representar uma atitude/ padrão de resposta aos eventos internos marcado pelas tentativas de modificação (*i.e.*, redução da intensidade, frequência ou duração) ou escape da sua forma, conteúdo ou das situações ou actividades que os desencadeiam (Boulanger et al., 2010; Kashdan et al., 2006; Hayes et al., 1996), a *aceitação psicológica*, como seu oposto, refere-se a uma atitude/ padrão de resposta caracterizado pela adopção de uma postura de abertura ou tolerância plena aos eventos privados (independentemente da sua valência ou desejabilidade), sem recurso a comportamentos defensivos que visem o escape, o controlo, ou o evitamento (*i.e.*, sem procurar tentar alterar-lhes a forma, a frequência ou a duração), permitindo que o indivíduo possa escolher o seu padrão de actuação com base na prossecução de objectivos e valores pessoais (*e.g.*, Bond et al., 2011).

De facto, de acordo com ACT/TQR a aceitação deve ser conceptualizada como “uma função ao invés de uma forma ou topografia, e é uma acção em vez de o conteúdo da cognição ou emoção (Dougher, 1994 citado por Hayes & Pankey, *in press*). Daqui deriva, que a natureza ‘adaptativa’ ou ‘desadaptativa’ dos processos de regulação emocional depende da extensão com que representam ou não um esforço para controlar, modificar ou evitar os eventos privados (Boulanger et al., 2010; Kashdan et al., 2006), e das exigências contextuais, dado que “nenhuma forma de regulação emocional é necessariamente boa ou má” (Thompson & Calkins, 1996 citado por Gross & Thompson, 2007, p.11) . Dito de outro modo, de um modo geral, será mais adaptativo o uso flexível de diferentes estratégias de regulação emocional, do que a implementação de uma estratégia de regulação emocional em particular (*e.g.*, Bonnanno, Papa, Lalande, Westphal, & Coifman, 2004; Kashdan et al., 2006).

Tendo então por base o contexto da regulação emocional segundo a perspectiva da ACT, hipotetiza-se que os estilos de *coping* distanciado/ emocional e racional, as estratégias de reavaliação cognitiva e o *mindfulness*, não são inerentemente ‘adaptativas’, ‘benéficas’ ou ‘protectoras’ na predição de menores índices de sintomatologia depressiva, mas que somente o são (ou são-no particularmente), quando

implementados de forma flexível e sensível ao contexto (e não de acordo com regras rígidas auto-impostas baseadas em julgamentos de como o indivíduo considera que se deve sentir e de como deve agir, ou seja, da fusão com os seus eventos internos). Adicionalmente especula-se que estes processos partilhem uma função comum _ a de aceitação psicológica (como oposto ao evitamento experiencial) na medida em que a sua qualidade adaptativa depende do fomentar de uma postura de 'aproximação'/ 'aceitação' das emoções ou pensamentos à medida que estes surgem sem lhes reagir defensivamente. Em síntese, esperamos que os resultados do presente estudo apoiem a predição de que a toxicidade do evitamento experiencial, e a inofensibilidade da aceitação psicológica, resultam respectivamente da forma inflexível ou flexível e da (in) sensibilidade com que são aplicadas ao contexto.

Em seguida, serão sumariamente descritos os processos regulatórios analisados no presente estudo, e mencionados os estudos que serviram de enquadramento teórico às hipóteses desenvolvidas.

Reavaliação Cognitiva

A reavaliação cognitiva surge descrita na literatura como uma estratégia cognitiva de regulação emocional (Gross, 1998a; 2002; John & Gross, 2007) que consiste em modificar o modo como dada situação é avaliada (Gross, 1999), ou seja, o significado que lhe é atribuído de modo a alterar o seu impacto emocional (Gross, 1998a, 1998b; 2002; Gross & Thompson, 2007; Werner & Gross, 2010). Alguns estudos demonstram que em comparação com a supressão expressiva, a reavaliação cognitiva revela-se como uma estratégia mais adaptativa para responder a estímulos emocionais aversivos (Gross, 2001, 2002; Werner & Gross, 2010). Por exemplo, Gross (1998a), mostrou que tal como a supressão expressiva a reavaliação também conduz a uma diminuição da expressão comportamental da emoção, mas que ao contrário desta, a reavaliação conduz igualmente a uma diminuição da experiência subjectiva da emoção, sem contudo ocorrer uma elevação da resposta fisiológica a estímulos emocionais perturbadores. Adicionalmente, estudos conduzidos por Gross e John (2002, 2003) mostraram que, comparativamente ao uso da supressão expressiva, a reavaliação cognitiva está associada a uma maior experiência e expressão de emoções positivas (e pelo contrário, a menores índices de afecto negativo), bem como a um melhor funcionamento social (*e.g.*, obtenção de suporte social) e a níveis mais elevados de satisfação com a vida e de bem-estar. De facto, a reavaliação cognitiva parece aumentar a tolerância para os estímulos emocionais sem acarretar efeitos nocivos (Richards & Gross, 2000), dado que contribui não só para uma diminuição da experiência emocional negativa (*e.g.*, Gross, 1998a; 2001, Gross & John, 2002; Ochsner & Gross, 2004) como parece fazê-lo sem implicar necessariamente a ocorrência de elevados custos fisiológicos (*e.g.*, Butler et al., 2003; Gross, 1998a; Levesque et al., 2003; Ochsner et al., 2004), interpessoais (*e.g.*, Gross & John, 2003) e/ ou cognitivos (*e.g.*, Richards & Gross, 2000). Uma explicação possível que tem sido avançada é a de que a reavaliação cognitiva, por ocorrer numa fase mais inicial do processo gerador das emoções, antes das tendências de resposta (dos componentes fisiológico e comportamental das emoções; Werner & Gross, 2010) serem completamente activados (Gross & John, 2000; Ochsner & Gross, 2004) sendo por isso capaz de modificar toda a trajectória da resposta emocional subsequente (Gross, 2002), nomeadamente o comportamento e a resposta fisiológica periférica (John & Gross, 2004; Gross, Richards & John, 2006), e ainda o seu impacto emocional (Gross & Thompson, 2007). Contudo, Gross (2002) ressalva que nem sempre é preferível optar pela reavaliação em detrimento da supressão expressiva, dado que há contextos em que a única forma de regular as emoções negativas poderá ser mesmo suprimindo-as, ou em que poderá até ser desaconselhável ou prejudicial reavaliar a situação, e como tal, é mais vantajoso ter disponível um leque variado de estratégias, que possam ser flexivelmente usadas tendo em conta a análise aos custos *versus* benefícios do seu uso num contexto em particular. Em síntese, é possível dizer que a resposta emocional em si mesma não é inerentemente adaptativa ou desadaptativa, sendo somente possível aferi-lo analisando a resposta emocional no seu contexto imediato (Gross &

Thompson, 2007). Contudo, e apesar de teoricamente ser legítimo colocar a hipótese do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica poderem mediar o efeito da reavaliação cognitiva em variáveis psicopatológicas ou de bem-estar, são praticamente inexistentes os estudos que exploraram esta possibilidade.

Uma exceção foi o estudo conduzido por Kashdan e colaboradores (2006) numa amostra de 97 estudantes universitários, que mostrou que o evitamento experiencial medeia (parcialmente) a relação entre a reavaliação cognitiva avaliada através do *Emotion Regulation Questionnaire* – ERQ (Gross & John, 2003) e algumas medidas (avaliadas ao longo de 21 dias) do funcionamento diário, em particular, a gratidão, a satisfação com a vida e a curiosidade. Também Wolgast, Lundh e Viborg (2013), analisaram em que medida é que o evitamento comportamental, a reavaliação cognitiva e a supressão emocional (avaliadas através do *Emotion Regulation Questionnaire* – ERQ) mediam as diferenças em medidas de bem-estar psicológico (emocionalidade positiva, emocionalidade negativa e qualidade de vida), entre uma amostra não-clínica e uma amostra clínica (cujo diagnóstico não foi identificado), e o que acontece a esses efeitos indirectos quando o efeito do evitamento experiencial no modelo explicativo passa a ser estatisticamente controlado.

Os resultados deste estudo mostraram que o do efeito indirecto do estatuto clínico (amostra não-clínica vs. amostra clínica), através da reavaliação cognitiva, somente passava a ser estatisticamente não significativo com a adição do evitamento experiencial ao modelo no caso da emocionalidade negativa (mas não para a emocionalidade positiva e qualidade de vida). Já o efeito indirecto do estatuto clínico nas três variáveis dependentes através da supressão expressiva, passou sempre a ser não significativo quando se controlava o efeito do evitamento experiencial. Perante estes resultados os autores do estudo consideram que os resultados obtidos não corroboram totalmente a predição de que o evitamento experiencial é melhor conceptualizado como uma função de regulação emocional ou como uma dimensão funcional da psicopatologia, subjacente a várias estratégias topograficamente diferentes (posição defendida por Boulanger et al., 2010), mas que antes parecem fornecer suporte empírico apenas à posição de que o evitamento experiencial é melhor conceptualizado como mais uma estratégia de regulação emocional (à semelhança de outras existentes), que segundo o momento em que é accionado no processo gerador de emoções se posiciona mais próximo de outras estratégias que visam a modelação da resposta emocional, como é o caso da supressão expressiva (posição defendida por Hofmann & Asmundson 2008). Também os resultados do estudo de Kollman, Brown e Barlow (2009) sugerem que a aceitação psicológica apenas consiste numa estratégia de regulação emocional (e neste sentido, podemos derivar que os resultados sugerem não ser melhor conceptualizada como representando uma função de regulação emocional), cujo valor clínico não está ainda empiricamente comprovado. Mais concretamente estes investigadores, utilizando um *design* multi-traço/ multi-método, numa amostra clínica constituída por 210 doentes com diagnóstico de perturbação ansiosa ou de humor, procuraram examinar a validade de constructo da aceitação psicológica em comparação com dois constructos similares, mais concretamente, a reavaliação cognitiva e a percepção de controlo emocional. No estudo, a *aceitação psicológica* foi definida como a disponibilidade para experienciar na totalidade os eventos internos (e.g. sentimentos, pensamentos, memórias e reacções fisiológicas) “sem tomar medidas para alterar a forma e a frequência dessas experiências” (Hayes, Strosahl, et al., 2004, p.553 citado por Kollman et al., 2009, p. 206), a *reavaliação cognitiva* foi definida como “uma forma de mudança cognitiva que envolve interpretar uma situação que potencialmente provoca uma emoção de um modo que muda o seu impacto emocional ” (Gross & John, 2003, p.349 citado por Kollman et al., 2009, p.206) e por fim, o *controlo emocional percebido* foi definido como o “controlo comportamental ou indirecto percebido sobre os eventos internos ou a medida em que as pessoas acreditam que podem continuar a agir em direcções valorizados e a enfrentar desafios da vida independentemente das suas experiências internas” (Kollman et al., 2009, p.207). Contudo, o estudo conduziu à obtenção de resultados mistos, dado que se por um lado os resultados forneceram evidências empíricas para a

independência conceptual do constructo de aceitação psicológica em comparação aos restantes constructos; por outro lado, e ao contrário do que se verificou com a reavaliação cognitiva e a percepção de controlo emocional, a aceitação não se mostrou significativamente associada com medidas clinicamente relevantes, entre as quais, a preocupação, a ansiedade nas interações sociais e diversas dimensões do bem-estar psicológico (*i.e.*, a mestria ambiental, o crescimento pessoal, o propósito na vida, e a auto-aceitação). Perante os resultados obtidos os autores do estudo consideram que não está demonstrado em que medida o constructo de aceitação psicológica é clinicamente útil, dado que “permitir activamente eventos internos, sem empregar outros processos e comportamentos relevantes, pode ser pouco para diminuir a psicopatologia e melhorar o bem-estar psicológico” (Kollman, et al., 2009, p. 213). Contudo, existe outra possibilidade, não contemplada pelos autores do estudo, que é a dos resultados obtidos poderem dever-se ao conteúdo dos itens utilizados para avaliar os três constructos e não à falta de valor clínico do constructo de aceitação psicológica. Isto porque, na definição que adoptaram, os autores excluíram um elemento central da aceitação psicológica tal como ela é conceptualizada no modelo da ACT, o de que a aceitação não é um fim em si mesmo. Ou seja, de acordo com o modelo ACT, a aceitação só faz sentido quando é empregue no sentido de fomentar a adopção de acções dirigidas para objectivos de acordo com os valores nucleares do indivíduo (Biglan, Hayes, & Pistorello, 2008). Adicionalmente, e de acordo com Herbert e Forman (2011) os itens do “controlo emocional percebido” não avaliam a habilidade para controlar as emoções (como o nome sugere), mas sim a crença de que o indivíduo pode continuar a ter comportamentos eficazes que lhe permitam atender às exigências da sua vida mesmo na presença de eventos privados aversivos e perturbadores, sendo que esta definição se encontra bem mais próxima do conceito de aceitação psicológica tal como ele é comumente apresentado no modelo ACT.

Neste sentido, de modo a endereçar os objectivos mencionados anteriormente no presente estudo explorou-se em que medida é que o efeito da reavaliação cognitiva (avaliada através *Emotion Regulation Questionnaire* – ERQ, Gross & John, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia & Dinis, 2006) na sintomatologia depressiva é mediado pelo evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica.

Coping Racional e Distanciado/ Emocional

Se os estilos de *coping* emocional e evitante¹³³ (tal como mencionado na introdução do estudo VII) têm vindo ser teorizados como formas prototípicas de evitamento experiencial (Hayes et al., 1996), é legítimo colocar a hipótese dos estilos de *coping* distanciado/ emocional e racional também poderem estar sob a alçada do constructo de aceitação psicológica (ou no seu inverso, de evitamento experiencial). Ou seja, a hipótese que se coloca é a de que estes estilos de *coping* representam uma forma de actuar perante os eventos aversivos e indesejáveis, que pode ser ‘capturada’ pela função de evitamento experiencial/ aceitação psicológica. Assim, espera-se que estes estilos de *coping* somente se revelem ‘adaptativos’ quando são empregues de forma flexível e sensível ao contexto e quando não visam controlar, evitar ou modificar os eventos privados internos.

¹³³ A versão original do *Coping Style Questionnaire* (CSQ; Roger, Jarvis & Najarian, 1993) é constituída por 60 itens que se dividem por quatro dimensões/ estilos de *coping*, denominadas por *coping* evitante, *coping* emocional, *coping* racional e *coping* desligado, sendo que os dois primeiros são conceptualizados como sendo estilos de *coping* desadaptativos e os dois últimos como representando estilos de *coping* adaptativos. Contudo, mais recentemente, Roger (1995) propôs uma versão reduzida do questionário (com 41 itens) na qual os estilos de *coping* emocional e distanciado são fundidos numa dimensão bipolar designada por *coping* distanciado/ emocional. Dado que ambos os factores estão presentes nesta ‘nova’ dimensão, a interpretação enquanto estilo de *coping* distanciado ou enquanto estilo de *coping* emocional apenas depende do modo como os itens são cotados. Na presente dissertação optou-se por seguir as orientações do autor original da medida e cotar os itens de modo a que pontuações mais elevadas nos itens que compõem esta dimensão representam a presença de mais *coping* distanciado (ou pelo contrário, de menos *coping* emocional).

De acordo com a literatura, o *coping* desligado/ distanciado refere-se às estratégias que ajudam o indivíduo a criar uma distância cognitiva de um evento stressor (Elklit, 1996), sem que isso signifique que o indivíduo deixe de reconhecer a sua ocorrência (Folkman & Lazarus, 1988). Dito de outro modo, estar desligado/ distanciamiento de uma situação geradora de stresse, e da emoção a ela associada, significa que o indivíduo procura estar menos envolvido com essa situação, distanciar-se do seu significado emocional, mas somente para conseguir lidar mais eficazmente com a mesma, e não no sentido de a negar ou de tentar evitar o stresse a ela associado (Roger et al., 1993). Esta definição coloca o estilo de *coping* distanciado/emocional no sentido oposto ao estilo de *coping* emocional, na medida em que este último engloba as estratégias que visam modificar ou distorcer o modo como o indivíduo se sente acerca do evento/ situação (Roger et al., 1993). Já o estilo de *coping* racional ou focado na resolução de problemas envolve o recurso activo a estratégias instrumentais quando o indivíduo enfrenta situações stressantes (Roger et al., 1993).

É importante referir que tanto o *coping* distanciado/ emocional como o *coping* racional têm sido frequentemente descritos na literatura como sendo estilos de *coping* adaptativos (Elklit, 1996, Roger et al., 1993), na medida em que estão associados a índices mais baixos de ansiedade, depressão e de afecto negativo e a índices mais elevados de bem-estar, nomeadamente de satisfação com a vida, de felicidade e de afecto positivo (e.g., Wilkinson, Walford, & Espnes, 2000). Adicionalmente, alguns estudos têm vindo a demonstrar que o menor uso destes estilos de *coping* está associado a níveis mais elevados de paranóia (Freeman et al., 2005), e mais baixos de ruminação (Roger et al., 1993; Kashdan et al., 2006). Também o estilo de *coping* racional apresenta uma correlação positiva significativa com o *mindfulness* (Palmer & Rodger, 2009) e com a inteligência emocional (Saklofske, Austin, Galloway, & Davidson, 2007). De referir contudo, que resultados de estudos recentes (por exemplo, Palmer e Roger, em 2009, obtiveram uma associação positiva entre o estilo de *coping* racional e o stresse percebido) permitem colocar em causa esta categorização. Uma explicação possível é a de que o carácter 'adaptativo' ou 'benéfico' destes estilos de *coping*, poderá depender, pelo menos em parte, do facto de envolvem ou não estratégias que visam o controlo, a modificação ou a manipulação dos eventos stressantes, e se são ou não os estilos mais adequados a esse contexto em particular (i.e., se são ou não implementadas de forma rígida e inflexível pelo indivíduo). Contudo, e apesar de teoricamente se poder colocar esta hipótese são escassos os estudos que exploraram a relação entre estes dois estilos de *coping* e o evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica. Num dos estudos desenvolvidos neste âmbito, numa amostra de estudantes universitários, o evitamento experiencial parece mediar o efeito dos diferentes estilos de *coping*, entre os quais o distanciado e o racional (avaliados através do *Coping Styles Questionnaire*, Roger et al., 1993) e medidas associadas à sintomatologia ansiosa (Kashdan et al., 2006). Mais concretamente, os investigadores verificaram que o evitamento experiencial mediava o efeito do *coping* racional na sensibilidade à ansiedade, no medo das sensações corporais e no medo de sufocar; bem como mediava (ainda que parcialmente) o efeito do *coping* desligado na sensibilidade à ansiedade, no traço de ansiedade e no medo de sufocar. No mesmo sentido Costa e Pinto-Gouveia (2011), numa amostra de doentes com dor crónica, mostraram que o evitamento experiencial mediava parcial ou totalmente o efeito do *coping* racional e distanciado (avaliados igualmente através do *Coping Styles Questionnaire*, Roger et al., 1993) e a sintomatologia depressiva e a sintomatologia associada ao stresse.

Neste seguimento, no presente estudo, testou-se numa amostra clínica alargada a hipótese, do efeito dos estilos de *coping* distanciado/ emocional e racional (avaliados através da versão portuguesa do *Coping Styles Questionnaire* - CSQ-3; Roger, 1996; Roger et al., 1993; versão portuguesa de Dinis et al., 2011) na sintomatologia depressiva, ocorrer indirectamente, através do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica.

Mindfulness

Na literatura encontramos uma multiplicidade de definições do *mindfulness* (apresentadas no Capítulo 1 da presente dissertação), que na sua grande maioria apontam para a atenção receptiva e para a consciência plena aos eventos momento-a-momento (e.g., Brown & Ryan, 2003, 2004; Brown, Ryan, & Creswell, 2007) enquanto se adopta uma atitude de abertura, curiosidade e de aceitação não-julgamental perante esses eventos (e.g., Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1994; Baer, 2003). Apesar da prática da meditação *mindfulness* não visar o alcance de um estado mental idealizado ou não-aversivo (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985), nem a redução dos sintomas de perturbação emocional (Roemer & Orsillo, 2003), vários estudos demonstram que as abordagens baseadas no *mindfulness* são eficazes na redução de sintomas físicos e psicopatológicos, numa ampla variedade de condições clínicas, e melhoram o bem-estar psicológico (e.g., Allen et al., 2006; Baer, 2003; Bishop, 2002; Brown et al., 2007; Chiesa & Serretti, 2011; Grossman, et al., 2004; Hofman, et al., 2010; Keng et al., 2011; Khoury et al., 2013; Salmon et al., 2004; só para citar alguns). No mesmo sentido, diversos estudos demonstram que os indivíduos que apresentam um elevado traço *mindfulness* tendem a apresentar uma melhor saúde mental (encontramos na literatura diversos artigos de meta-análise que procederam a uma revisão teórica dos estudos que neste âmbito têm vindo a ser publicados; e.g., Brown et al., 2007; David & Hayes, 2011; Gordon, 2009; Keng et al., 2011).

Mais recentemente, os investigadores têm vindo a interessar-se pelos efeitos salutares do *mindfulness* no âmbito da regulação de estados emocionais aversivos e indesejados (e.g., uma revisão destes estudos foi apresentada por Davis & Hayes, 2011). De um modo geral, os estudos apontam para a possibilidade do *mindfulness* poder ser conceptualizado como um processo de regulação emocional adaptativo (e.g., Brown & Ryan, 2003; Chambers et al., 2009; Masuda, Price, & Latzman, 2012), e do treino da meditação *mindfulness* ser clinicamente útil para fomentar uma regulação emocional eficaz (A. Hayes & Feldman, 2004; Linehan, 1993; Ochsner & Gross, 2008). De facto, os indivíduos que apresentam níveis elevados de *mindfulness* tendem a utilizar estratégias de regulação emocional mais adaptativas (Brown, et al., 2007a, Roemer et al., 2009; Feldman et al., 2007), o que possivelmente explica as alterações cerebrais nas áreas responsáveis pela regulação das emoções que resultam da intervenção *mindfulness* (e.g., Farb et al., 2010; Goldin & Gross, 2010; Williams, 2010).

Neste contexto da regulação emocional, uma área que tem vindo a despertar o interesse nos investigadores é o da possível relação entre os constructos de *mindfulness* e de evitamento experiencial/ aceitação psicológica. A este respeito, Baer, Smith e Allen (2004), numa amostra de estudantes do Ensino Superior, mostraram que algumas das facetas do constructo de *mindfulness* (descrever, agir com consciência e aceitar sem julgar, avaliadas através do *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills - KIMS*) apresentavam uma correlação negativa significativa com o evitamento experiencial (avaliado através do AAQ-I, versão de 9 itens; Hayes et al., 2004). Também num outro estudo, conduzido numa amostra de estudantes universitários, Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer e Toney (2006), demonstraram que diferentes facetas do *mindfulness* (descrever, agir com consciência, não-reagir e não-julgar, avaliadas através do *Five Facets Mindfulness Questionnaire - FFMQ*) se associavam significativamente e no sentido esperado ao evitamento experiencial. Já numa amostra de doentes que preenchiam critérios para Perturbação Depressiva Major e cujo protocolo terapêutico incluía o treino de competências *mindfulness* verificou-se que o aumento no traço *mindfulness* (definido no estudo como a consciência não julgamental das experiências, emoções e pensamentos que ocorrem no presente) estava significativamente correlacionado às reduções verificadas no evitamento experiencial e na ruminação (Kumar, Feldman, & Hayes, 2008). Já recentemente, Weinrib (2011) mostrou que o evitamento experiencial funciona como um mecanismo de acção nas intervenções *mindfulness*, dado que este processo medeia a relação entre o aumento verificado no *mindfulness*

(resultante da aplicação do MBSR) e o afecto positivo, o afecto negativo e a satisfação com a vida. E Masuda e Tully (2012), numa amostra de estudantes universitários mostraram que o *mindfulness* (avaliado através do *Mindful Attention Awareness Scale* - MAAS) e a flexibilidade psicológica (avaliada através do AAQ-I versão de 16 itens)¹³⁴ apesar de significativamente associados entre si têm um contributo único e independente na predição de diversas medidas de perturbação emocional (*i.e.*, na somatização, depressão, ansiedade e perturbação psicológica). Por fim Fledderus, Voshaar, Klooster e Bohlmeijer (2012) numa ampla amostra de adultos que apresentam níveis ligeiros a moderados de depressão e ansiedade mostraram que o evitamento experiencial (avaliado através do AAQ-II-versão de 10 itens) apresentava uma validade preditiva superior às cinco facetas do *mindfulness* avaliado através (*Five Facets Mindfulness Scale* – FFMQ; Baer et al., 2006) na explicação da depressão, ansiedade e saúde mental positiva. No seu conjunto estes estudos assumem que apesar dos constructos de *mindfulness* e de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica se inter-relacionarem eles são fundamentalmente processos funcionais distintos importantes na explicação da psicopatologia (*e.g.*, Baer et al., 2006; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes et al., 2006; Masuda & Tully, 2012; Weinrib, 2011).

Contudo, e apesar da ampla literatura existente acerca de cada um destes processos regulatórios separadamente, são escassos os estudos que tenham explorado a relação entre estes dois constructos (*e.g.*, Baer et al., 2004, 2006), e sobretudo quase inexistentes os estudos que exploraram a existência de uma eventual sobreposição conceptual entre ambos (*e.g.*, Masuda & Tully, 2012; Weinrib, 2011; Fledderus, Voshaar, Klooster, & Bohlmeijer, 2012). Adicionalmente, não são conhecidos estudos que tenham endereçado esta questão numa amostra clínica apesar de se tratarem de processos nucleares nos modelos psicoterapêuticos dos quais derivam. Assim, e tendo como ponto de partida a revisão da literatura efectuada no presente estudo explorou-se a hipótese do efeito do *mindfulness* na sintomatologia depressiva poder ser mediado em parte pelo evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica.

Em síntese, o modelo teórico desenvolvido teve como objectivo testar dois hipóteses centrais:

1) O primeiro objectivo do presente estudo, é averiguar em que medida é que o evitamento experiencial se diferencia conceptualmente dos estilos de coping distanciado/ emocional, do estilo de coping racional, do *mindfulness* e da reavaliação cognitiva. Para que o evitamento experiencial se evidencie como sendo um constructo abrangente, subjacente aos restantes processos em análise, ou seja, como uma dimensão diagnóstica funcional da psicopatologia que representa uma função de regulação emocional, então ele tem que se distinguir dos mesmos acrescentando-lhes valor (em relação a esses processos) na predição da sintomatologia depressiva. A não se verificar o contributo único e independente do evitamento experiencial para além do que já é explicado por estes processos (*i.e.*, quando se controla o seu poder explicativo) poderá indiciar que o evitamento experiencial apenas se refere a mais uma estratégia de regulação emocional. Neste sentido, espera-se que mesmo quando se controla o efeito do estilo de *coping* distanciado/ emocional, do *coping* racional, da reavaliação cognitiva e do *mindfulness* na sintomatologia depressiva, o evitamento experiencial continue a ter um efeito único e independente significativo na explicação da sintomatologia depressiva.

2) O segundo objectivo, resultante do primeiro, é averiguar a possibilidade do evitamento experiencial mediar o efeito dos estilos de *coping* e das estratégias de regulação emocional na sintomatologia depressiva. Espera-se que estes processos regulatórios por estarem associados a uma menor utilização de métodos que visam evitar, escapar ou modificar os eventos internos aversivos, conduzam a menores

¹³⁴ No presente estudo os itens que compõem o AAQ-I (16 itens) foram cotados no sentido de fornecerem pontuações mais elevadas no total da escala representarem níveis mais elevados de aceitação psicológica/ flexibilidade psicológica.

índices de sintomatologia depressiva. Dito de outro modo, hipotetiza-se que os processos em análise sejam adaptativos/ benéficos quando são implementados de forma flexível e adequada às exigências colocadas pelo contexto e quando fomentam a aceitação dos eventos privados aversivos, isto é, o seu reconhecimento como eventos transitórios e impermanentes da mente, que resultam da história pessoal (e não como sendo representações fiéis da realidade ou do próprio) e, que por isso não tem que determinar o seu comportamento, havendo liberdade para actuar de acordo com os objectivos e valores pessoais.

7.2. Metodologia

Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra de 270 indivíduos da população clínica. A amostra foi constituída por 220 (81.5%) indivíduos do sexo feminino, com uma idade média de 28.09 ($DP=8.31$) e 50 (18.5%) do sexo masculino, com uma idade média de 31.30 anos ($DP=8.92$). Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 14.15 ($DP=3.35$) anos de escolaridade para o género feminino e uma média de 14.70 ($DP=2.74$) anos de escolaridade para o género masculino. No que concerne ao estado civil, 73.3% ($n=198$) dos participantes é solteiro e 23.3% ($n=63$) é casado ou vive em união de facto. Em relação à situação profissional, 38.5% ($n=104$) dos respondentes são estudantes e 24.8% ($n=67$) tinha profissões de classe média. O cálculo dos testes *t* de *Student* para amostras independentes revelou a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o género feminino no que concerne aos anos de escolaridade. Já em relação à idade verificou-se que os respondentes do género masculino apresentam em média uma idade significativamente superior aos do género feminino [$t(268)=2.43$, $p=0.016$]. O cálculo dos testes do qui-quadrado da independência, com simulação de Monte Carlo,¹³⁵ mostraram igualmente que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e o género feminino em relação à profissão e ao estado civil. Dado que a idade não se correlaciona significativamente com nenhuma das variáveis de interesse e porque a magnitude das diferenças encontradas é baixa ($\eta^2=.02$)¹³⁶, esta variável foi desconsiderada nas análises subsequentes. A caracterização demográfica da amostra total e por géneros apresenta-se na tabela 38.

Tabela 38
Caracterização demográfica da amostra em estudo.

	Total (n=270)		Género feminino (n=220)		Género masculino (n=50)		T	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
	Idade	28.69	8.50	28.09	8.31	31.30		
Anos de escolaridade	14.25	3.25	14.15	3.35	14.70	2.74	1.08	.281
Estado Civil	Total		Género feminino		Género masculino		x ²	P
	N	%	N	%	N	%		
	Solteiro	198	73.3	164	74.5	34		
Casado/ União de facto	63	23.3	49	22.3	14	28		

¹³⁵ No caso do estudo das diferenças de género para o estado civil utilizaram-se os resultados do teste exacto, que são consonantes com a simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do qui-quadrado não se verificaram (Marôco, 2010a), nomeadamente pelo facto de alguns células terem menos de cinco observações.

¹³⁶ De modo a avaliar a magnitude da diferença encontrada, no que concerne à idade, entre o género masculino e o género feminino, foi calculado o valor η^2 , sendo o valor obtido analisado segundo as directrizes de Cohen (1988, p. 284-287 cit in Pallant, 2010) que considera um valor de .01 como indicador de um efeito pequeno, .06 como indicador de um efeito moderado e .14 como indicador de um amplo efeito.

Divorciado/ Separado	7	2.6	5	2.3	2	4	
Viúvo	2	0.7	2	0.9	0	0	
Situação Profissional							
Profissão de classe baixa	52	19.3	41	18.6	11	22	
Profissão de classe média	67	24.8	56	25.5	11	22	6.64 .084
Profissão de classe alta	46	17	32	14.5	14	28	
Estudantes	105	38.9	91	41.4	14	28	

Instrumentos

Cada participante preencheu uma bateria de questionários de auto-retrato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), o *Questionário de Estilos de Coping* (CSQ: Coping Styles Questionnaire, Roger, 1996; Roger et al., 1993; versão portuguesa de Dinis et al., 2012), o *Questionário de Regulação Emocional* (ERQ: Emotion Regulation Questionnaire, Gross, & John, 2003; traduzido para a língua portuguesa por Pinto-Gouveia & Dinis, 2006), a *Escala de Atenção e Consciência Plena* (MAAS: Mindful Attention Awareness Scale; Brown & Ryan, 2003; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2013), o *Questionário de Aceitação e Acção* (AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire, Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012), *Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress* (DASS-42: Depression Anxiety and Stress Scales, Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2004). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2).

Procedimentos

A amostra clínica do presente estudo foi recrutada em diversas Unidades de Saúde Mental nacionais, públicas (Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, E.P.E., Centro Hospitalar Cova da Beira da Covilhã, E.P.E. e do Hospital de S. Teotónio de Viseu) e privadas (Clínicas Privadas que têm disponíveis consultas de Psiquiatria e/ ou de Psicologia Clínica situadas em Coimbra, Porto e Lisboa). Antes de se proceder à recolha da amostra foram obtidas as autorizações, das Comissões de Ética para a Saúde, de todas as Instituições Hospitalares públicas nas quais decorreu a recolha da amostra. Todos os doentes que aceitaram participar voluntariamente no estudo assinaram um formulário de consentimento informado antes de ter início o processo de avaliação diagnóstica e da passagem da bateria de questionários.

Confirmação do diagnóstico clínico

O diagnóstico de todos os participantes foi comprovado através da aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I-SCID-I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) e da Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV-SCID-II (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997). Como critérios de inclusão para além da presença, num grau clinicamente significativo de sintomatologia psicopatológica, de modo a que o doente preenchesse os critérios de diagnóstico para atribuição de um diagnóstico do Eixo I e/ ou Eixo II, considerou-se a) o adequado preenchimento do protocolo de escalas, b) o preenchimento completo dos questionários que faziam parte da bateria de escalas, c) a aplicação das duas entrevistas de diagnóstico. Os critérios de exclusão aplicados foram: a) presença de um diagnóstico de Esquizofrenia (ou outra Perturbação Psicótica), de Perturbação Bipolar I ou II, de Perturbação Antissocial de Personalidade ou diagnóstico corrente de Dependência e/ou Abuso de Substâncias (num grau severo). Assim, dos 270 doentes que

participaram no estudo, 19 (7.1%) preenchem critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo I, 50 (18.5%) preenchem critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo II e 201 (74.4%) preenchem simultaneamente critérios para um ou mais quadros clínicos do Eixo I e do Eixo II (tabela 39).

Tabela 39

Índices de comorbilidade da amostra clínica.

Comorbilidade	Eixo I (n=19)	Eixo II (n=50)	Comorbilidade Eixo I e Eixo II (n=201)
Eixo I			
Perturbações de Ansiedade	8 (42.1%)	---	124 (61.7%)
Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico	0	---	0
Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia	3 (15.8%)	---	21 (10.4%)
Fobia Social Generalizada	3 (15.8%)	---	81 (40.3%)
Fobia Social Simples	0 (0%)	---	8 (4%)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	1 (5.3%)	---	14 (7%)
Perturbação de Stress Pós-Traumático	1 (5.3%)	---	0
Perturbações do Humor	10 (52.7%)	---	110 (54.7%)
Perturbação Depressiva Major	9 (47.4%)	---	106 (52.7%)
Distímia	1 (5.3%)	---	4 (2%)
Perturbações do Comportamento Alimentar	9 (47.4%)	---	53 (26.4%)
Anorexia Nervosa	3 (15.8%)	---	26 (13%)
Bulimia Nervosa	4 (21.1%)	---	21 (10.5%)
Perturbação Alimentar sem Outra Especificação	2 (10.6%)	---	6 (3%)
Eixo II			
Evitante	---	18 (36%)	119 (59.1%)
Dependente	---	1 (2%)	16 (8%)
Obsessivo-Compulsivo	---	40 (80%)	138 (68.7%)
Passivo-Agressivo	---	6 (12%)	9 (4.5%)
Depressivo	---	9 (18%)	82 (40.5%)
Paranóide	---	5 (10%)	17 (8.5%)
Histriónico	---	1 (2%)	2 (1%)
Narcisista	---	1 (2%)	1 (0.5%)
<i>Borderline</i>	---	20 (40%)	53 (26.5%)

Estratégia Analítica

O primeiro passo, foi avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias das variáveis em estudo por género procedeu-se para esse efeito ao cálculo do teste t de *Student* para amostras independentes. Nas variáveis em que se verificou existirem diferenças estatisticamente significativas procedeu-se ao cálculo da magnitude das diferenças (tamanho do efeito) através do *eta squared*, sendo o valor interpretado de acordo com as directrizes de Cohen (1988, p.284-287 tal como citado em Pallant, 2010)¹³⁷. No sentido de explorar a associação entre as variáveis em estudo procedeu-se ao cálculo das correlações produto-momento de Pearson. Os procedimentos estatísticos supracitados foram calculados com recurso ao *software* SPSS (v.20 IBM SPSS, Chicago Inc.).

¹³⁷ Para a interpretação do valor *eta square* foram utilizadas as directrizes de Cohen (1988, p. 284-287 como citado em Pallant, 2010) considerando-se um valor de .01 como indicador de um efeito pequeno, 06 como indicativo de um efeito moderado e .14 como indicador de um amplo efeito.

Tendo-se verificado que os valores médios de algumas variáveis predictoras (estilo de *coping* distanciado/ emocional e estilo de *coping* racional) diferiam significativamente para o género masculino e feminino (e apesar dos coeficientes de correlação de cada uma destas variáveis com o evitamento experiencial, e com a sintomatologia depressiva, não diferirem marcadamente nas magnitudes apresentadas, de acordo com o género), o passo seguinte foi averiguar a possibilidade do género moderar o efeito de ambas as variáveis predictoras no evitamento experiencial ou na sintomatologia depressiva. Nesse sentido, as variáveis predictoras foram centradas à média (para eliminar a multicolinearidade não essencial) e em seguida foram criadas duas novas variáveis que resultaram do produto da interação de cada uma das variáveis predictoras (em que se verificaram as diferenças) e a variável género. A hipótese do género moderar o efeito destas variáveis predictoras no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva foi testada através da Análise de Trajetórias com recurso ao AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008).

Em seguida, recorreu-se à análise multigrupos (efectuada através do AMOS v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008)) para avaliar se a estrutura do modelo teórico hipotetizado se revelava equivalente (invariante) para o género feminino e para o género masculino. Para esse efeito procedeu-se à comparação do modelo livre (com trajetórias estruturais, covariâncias e resíduos livres) com um modelo constricto onde foram fixados as trajetórias estruturais, as covariâncias e os resíduos dos dois grupos. A significância estatística das diferenças dos dois modelos foi feita com o teste do qui-quadrado como descrito em Marôco (2010b). Dado que o género não modera o efeito das variáveis predictoras na variável mediadora e na variável dependente, e a análise multigrupos se revelou invariante para ambos os géneros, a variável género foi desconsiderada nas análises subsequentes, ou seja, nas análises de mediação testadas.

Assim, o passo seguinte foi testar o modelo causal mediacional proposto através da Análise de Trajetórias (Path Analysis), disponível no *software* AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008).

A análise à distância quadrada de Mahalanobis ($p_1; p_2 < 0.05$ como indicativo da existência de um outlier) demonstrou a inexistência de outliers multivariados nos modelos testados. Nenhuma das variáveis apresentou igualmente desvios significativos à distribuição normal (assimetria $< |3|$ e curtose $< |10|$) (Kline, 1998). De modo a assegurar a inexistência de problemas de multicolinearidade procedeu-se ao cálculo do VIF (Factor de Inflexão da Variância) no SPSS *Statistics* (v.20, IBM SPSS, Inc), tendo-se verificado que nenhuma das variáveis apresentava valores de VIF (> 5) indicadores de possíveis problemas de multicolinearidade.

Dado que no modelo inicial foram incluídos todos os efeitos directos e indirectos, sendo por isso um modelo saturado/ sobre-identificado (com ajustamento perfeito) não são reportados os índices de ajustamento global.

A significância das trajetórias (dos coeficientes de regressão) e os índices de ajustamento dos modelos de trajetórias testados foram estimados através do Método da Máxima Verosimilhança, tendo-se optado pela remoção progressiva dos coeficientes de trajetória não significativos ($p > .05$), que como tal, não contribuíam significativamente para a explicação das variáveis incluídas no modelo.

Após a remoção das trajetórias não significativas foi testado o ajustamento do modelo aninhado (simplificado) obtido através dos seguintes índices de ajustamento: Chi-square (χ^2), Normed Chi-Square (Wheaton et al., 1977), Tucker Lewis Index (TLI, Tucker & Lewis, 1973), Comparative Fit Index (CFI, Bentler, 1990) e o Root-Mean Square Error of Approximation (RMSEA, Steiger, 1990) com um intervalo de confiança de 90%. No sentido de avaliar se o ajustamento do modelo aninhado era significativamente diferente do que o do modelo inicial foi calculado um teste de diferenças do χ^2 . No

caso dos dois modelos não diferirem significativamente pode concluir-se que existe suporte empírico para a retenção do modelo aninhado e apenas analisar os efeitos diretos e indiretos do modelo mais parcimonioso.

A significância dos efeitos totais, directos e indirectos foi testada através do bootstrap paramétrico disponível no AMOS. Neste estudo foram geradas 2000 amostras bootstrap (cada uma com um $n=270$) que foram posteriormente utilizadas para os intervalos de confiança (IC) associados a cada um dos efeitos estimados (Schumacker, & Lomax, 2004). Para cada efeito estimado calculou-se um intervalo de confiança acelerado corrigido de 95%, dado ser este o tipo de IC recomendado para estudos de mediação (MacKinnon, 2008; Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006). Pode concluir-se que um efeito é significativamente diferente de zero para um $p < .05$ (bi-caudal) se o zero não estiver contido no IC.

7.3. Resultados

Estatísticas Descritivas

Os valores de média, de desvio-padrão e dos alfas de *Cronbach* são apesenrados na tabela 40. Todas as variáveis apresentam uma elevada consistência interna ($\alpha \geq .70$). Os resultados dos testes *t* de Student para amostras independentes, mostram que os respondentes do género feminino apresentam valores médios significativamente inferiores aos do género masculino no *coping* distanciado/ emocional [$t(268)=-3.16$; $p=.002$; $\eta^2=.04$], no *coping* racional [$t(268)=-3.06$; $p=.002$; $\eta^2=.03$], e significativamente superiores no evitamento experiencial [$t(268)=2.86$; $p=.005$; $\eta^2=.03$] e na sintomatologia depressiva [$t(268)=2.68$; $p=.008$; $\eta^2=.03$]. Contudo, a análise ao tamanho do efeito (valores e *eta square*) revela que apesar de estatisticamente significativas, as diferenças encontradas são baixa magnitude. Nas restantes variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas por género.

Tabela 40
Valores médios e de desvio-padrão, e testes *t* para amostras independentes, para avaliar as diferenças de género ($n=270$).

Variáveis	Amostra total		Género Feminino		Género Masculino		<i>t</i>	<i>P</i>	η^2	A
	M	DP	M	DP	M	DP				
CSQ-3 Distanciado/ emocional	1.15	0.39	1.12	0.37	1.31	0.42	-3.16	.002	.04	.85
CSQ-3 Racional	1.40	0.41	1.36	0.41	1.56	0.40	-3.06	.002	.03	.70
ERQ Reavaliação	3.99	1.15	3.99	1.19	3.97	0.95	0.15	.880	---	.80
MAAS <i>Mindfulness</i>	3.65	0.92	3.62	0.95	3.80	0.78	-1.20	.230	---	.88
AAQ-II Evitamento experiencial	4.72	1.36	4.83	1.35	4.23	1.31	2.86	.005	.03	.90
DASS Depressão	1.32	0.94	1.39	0.95	1.00	0.84	2.68	.008	.03	.97

Análise do efeito moderador da variável género nas variáveis em estudo

Com o intuito de averiguar se o género modera o efeito das variáveis predictoras no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva, conduzindo à existência de diferenças nos efeitos analisados por género, o primeiro modelo testado (através da Análise de Trajetórias) foi composto por sete variáveis predictoras exógenas (o estilo de *coping* distanciado/ emocional, o estilo de *coping* racional, a reavaliação cognitiva, o *mindfulness*, o género, o estilo de *coping* distanciado/ emocional x género e o

estilo de *coping* racional x género), uma variável endógena mediadora (o evitamento experiencial) e uma variável endógena dependente (a sintomatologia depressiva).

Os resultados (apresentados na tabela 41) mostraram que não existe uma interação significativa da variável género com as variáveis predictoras em estudo na predição do evitamento experiencial e da sintomatologia depressiva. Mais concretamente, a variável género não modera o efeito do estilo de *coping* distanciado/ emocional no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva. O mesmo acontece em relação ao estilo de *coping* racional, quer em relação ao evitamento experiencial quer em relação à sintomatologia depressiva.

Tabela 41
Modelos de moderação, com as variáveis predictoras, o género e componentes da sua interação a predizerem o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva (n=270).

Variável mediadora/dependente	Variável independente	b	B	Z	P	R ²
Evitamento experiencial (AAQ-II)	CSQ-3 - Distanciado/emocional	-2.833	-0.802	-3.284	.001	.49
	Estilo de <i>coping</i> distanciado/emocional					
	CSQ-3 - Racional	1.721	0.520	1.921	.055	
	Estilo de <i>coping</i> racional					
	ERQ-reavaliação	-0.039	-0.033	-0.698	.485	
	Reavaliação cognitiva					
	MAAS	-0.382	-0.260	-5.678	<.001	
	<i>Mindfulness</i>					
	Género	0.251	0.072	1.540	.124	
	Género x CSQ-3 - Distanciado/emocional	0.387	0.198	0.830	.406	
Género x CSQ-3 - Racional	-0.742	-0.413	-1.576	.115		
Sintomatologia depressiva (DASS-depressão)	CSQ-3 - Distanciado/emocional	-0.720	-0.294	-1.160	.246	.48
	Estilo de <i>coping</i> distanciado/emocional					
	CSQ-3 - Racional	0.433	0.189	0.680	.496	
	Estilo de <i>coping</i> racional					
	ERQ-reavaliação	-0.014	-0.017	-0.343	.732	
	Reavaliação cognitiva					
	MAAS	-0.181	-0.177	-3.602	<.001	
	<i>Mindfulness</i>					
	Género	0.093	0.038	0.803	.422	
	Género x CSQ-3 - Distanciado/emocional	0.105	0.078	0.320	.749	
Género x CSQ-3 - Racional	-0.296	-0.237	-0.886	.376		

Em seguida, foi testado um segundo modelo (novamente através da Análise de Trajetórias) para avaliar se o género moderava o efeito do evitamento experiencial (AAQ-II) na sintomatologia depressiva (DASS-depressão). Mais uma vez de modo a eliminar a multicolinearidade não essencial o evitamento experiencial foi centrado à média e só depois criada uma nova variável produto da interação entre o evitamento experiencial e o género. Os resultados (apresentados na tabela 42) mostram que o género não modera o efeito do evitamento experiencial na sintomatologia depressiva.

Tabela 42
Modelos de moderação, com o evitamento experiencial, o género e o componente da sua interação a predizerem a sintomatologia depressiva (n=270).

Variável	Variável independente	b	B	Z	P	R ²
----------	-----------------------	---	---	---	---	----------------

mediadora/dependente						
Evitamento experiencial (AAQ-II)	AAQ-II	0.343	0.494	2.113	.035	.41
	Evitamento experiencial					
	Género	0.148	0.061	1.234	.217	
	Género x AAQ-II	0.052	0.139	0.601	.548	

Em seguida procedeu-se à análise multigrupos com recurso ao AMOS. O primeiro passo foi averiguar, através do teste da diferença de χ^2 (que compara o ajustamento modelo livre com o ajustamento do modelo com os coeficientes de trajetória estruturais fixos), se a estrutura dos coeficientes de trajetória diferia significativamente para o género masculino e feminino. Sendo $\chi^2_{\text{dif}}=4.979 < \chi^2_{0.95;(9)}=16.919$ e o p value associado ao χ^2_{dif} igual a .836, verifica-se que a qualidade de ajustamento do modelo se revela invariante para o género masculino e feminino, e como tal, que os coeficientes das trajetórias causais não diferem significativamente por género. Em seguida foi comparado o modelo com trajetórias estruturais fixas com o modelo com as trajetórias estruturais e covariâncias fixas, tendo-se verificado que os modelos diferiam ligeiramente em relação à qualidade de ajustamento ($\chi^2_{\text{dif}}(10)=25.247$; $p=.005$). Por fim, a comparação do modelo com trajetórias estruturais e covariâncias fixas e erros livres com o modelo com trajetórias estruturais e covariâncias fixas também não difere significativamente $\chi^2_{\text{dif}}(2)=1.327$, $p=.515$).

Tendo em conta os resultados das análises de moderação (que mostraram que o género não modera o efeito do *coping* distanciado/emocional e do *coping* racional no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva) e da análise multigrupos (que revelou que os coeficientes estruturais/relações causais e os resíduos associados às variáveis são invariantes para o género feminino e masculino, e que somente em relação às covariâncias estruturais, se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas)¹³⁸, não existem evidências para proceder a uma análise separada do modelo em estudo para cada um dos géneros.

Análises Correlacionais

Com o objectivo de explorar a relação entre os hipotéticos preditores positivos no evitamento experiencial, o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva, foi calculada uma matriz de correlações produto-momento de *Pearson* (tabela 43). Tal como esperado todos os hipotéticos preditores apresentam correlações negativas e significativas com o evitamento experiencial, a variar entre $r=-.21$ (estilo de *coping* racional e reavaliação cognitiva) e $r=-.65$ (estilo de *coping* distanciado/emocional) e com a sintomatologia depressiva, a variar entre $r=-.20$ (reavaliação cognitiva) e $r=-.56$ (estilo de *coping* distanciado/emocional). Já o evitamento experiencial apresenta uma correlação positiva significativa com a sintomatologia depressiva ($r=.64$).

Tabela 43
Correlações produto-momento de *Pearson* entre as variáveis em estudo ($n=270$).

Variáveis	CSQ Distanciado/ Emocional	CSQ Racional	ERQ Reavaliação	MAAS <i>Mindfulness</i>	AAQ-II Evitamento Experiencial	DASS Depressão
CSQ	1					

¹³⁸ Dado que as covariâncias estruturais consistem nas correlações entre as variáveis predictoras, e porque o objectivo do presente estudo não era avaliar diferenças nas magnitudes das associações entre as variáveis predictoras e a variável dependente, não se revelava necessário explorar a diferença de género encontrada nas covariâncias para as hipóteses em estudo, e como tal, não foram realizadas as análises mediacionais, separadamente, por género.

Distanciado/ Emocional						
CSQ	.42**	1				
Racional						
ERQ	.33**	.33**	1			
Reavaliação						
MAAS	.30**	.14*	.06	1		
<i>Mindfulness</i>						
AAQ-II						
Evitamento	-.65**	-.21**	-.21**	-.42**	1	
Experiencial						
DASS						
Depressão	-.56**	-.26**	-.20**	-.42**	.64**	1

** $p < .01$; * $p < .05$

Correlações Parciais

Em seguida, o cálculo das correlações parciais (tabela 44) mostrou que mesmo quando se remove, individualmente, o impacto do *coping* distanciado, do *coping* racional, da reavaliação cognitiva e do *mindfulness*, o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva continuam a apresentar uma associação positiva significativa entre si, o que sugere que o AAQ-II mede um processo único, que vai além do que é avaliado por cada um dos restantes processos individualmente.

Tabela 44

Correlações parciais entre o evitamento experiencial (AAQ-II) e a sintomatologia depressiva (DASS-depressão) quando a variância associada ao *coping* distanciado/ emocional (CSQ), ao *coping* racional (CSQ), à reavaliação cognitiva (ERQ) e ao *mindfulness* (MAAS) é removida ($n=270$).

	<i>r</i> parcial (AAQ-II e DASS-depressão)
CSQ	.44**
Distanciado/ Emocional	
CSQ	.62**
Racional	
ERQ	.63**
Reavaliação cognitiva	
MAAS	.56**
<i>Mindfulness</i>	

** $p < .01$

Análise de Trajectórias

O modelo testado é constituído por quatro variáveis exógenas independentes, o estilo de *coping* distanciado/ emocional (CSQ), o estilo de *coping* racional (CSQ), a reavaliação emocional (ERQ) e o *mindfulness* (MAAS), uma variável endógena mediadora, o evitamento experiencial (AAQ-II) e uma variável endógena dependente, a sintomatologia depressiva (DASS-depressão)¹³⁹. No seu conjunto as variáveis independentes explicam 49% da variância do evitamento experiencial e, juntamente com o evitamento experiencial, 48% da variância da sintomatologia depressiva. Não foram analisados os índices de ajustamento global do modelo, dado tratar-se de um modelo sobre-identificado (e como tal com um ajustamento ser perfeito, figura 18).

¹³⁹ A cada uma das variáveis endógenas foi adicionado um resíduo (erro de medida) que reflecte a proporção da variância total da variável que é explicada por outras variáveis não incluídas no modelo.

A análise da matriz dos coeficientes não estandardizados revelou que alguns dos coeficientes de regressão não eram estatisticamente significativos ($p > .05$), e como tal foram progressivamente removidos. Neste sentido, foram eliminadas as trajetórias directas entre as variáveis: 'reavaliação cognitiva → sintomatologia depressiva' ($b = -.011$, $EP = .039$; $p = .783$; $\beta = -.013$), 'reavaliação cognitiva → evitamento experiencial' ($b = -.029$, $EP = .056$; $p = .601$; $\beta = -.025$), 'estilo de *coping* racional → sintomatologia depressiva' ($b = -.136$, $EP = .113$; $p = .226$; $\beta = -.059$) e, por fim, 'estilo de *coping* racional → evitamento experiencial' ($b = .285$, $EP = .159$; $p = .074$; $\beta = .086$). A análise às trajetórias removidas permite concluir que quando se controla o efeito das restantes variáveis independentes, a reavaliação cognitiva e o estilo de *coping* racional não apresentam um contributo único e significativo na explicação do evitamento experiencial e da sintomatologia depressiva, ou seja, possivelmente o efeito destas variáveis poderá já estar "contido" nas restantes variáveis independentes consideradas no modelo.

Após a eliminação das trajetórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados $\chi^2(4, N=270)=4.995$, $p = .288$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$)=1.249, Comparative Fix Index (CFI)=0.998, Tucker Lewis Index (TLI)=0.992, Root-mean-square error of approximation (RMSEA)=.030 (IC=.000; .101). Em seguida, calculou-se o teste das diferenças do χ^2 para comparar a qualidade de ajustamento entre o modelo inicial e o modelo aninhado, no sentido de avaliar se ocorria uma diminuição estatisticamente significativa na qualidade do ajustamento global devido à remoção das trajetórias não significativas que se verificou não contribuírem significativamente para do evitamento experiencial e da sintomatologia depressiva. Os resultados confirmaram a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre os dois modelos [$\chi^2_{Dif} = 1.249 < \chi^2_{0.95; (4)} = 9.488$, $p > .05$], pelo que se optou pela escolha do modelo aninhado, por ser o modelo mais parcimonioso.

Análise do efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre os processos de regulação emocional e a sintomatologia depressiva

A análise da matriz de coeficientes não estandardizados estimados pelo método da Máxima Verosimilhança mostrou os coeficientes de trajetória individuais são estatisticamente significativos (são superiores ao valor crítico 1.96, $p < .05$) ocorrem na direcção esperada de acordo com o modelo teórico (na figura 18, são apresentados os coeficientes estandardizados). A significância dos efeitos directos, indirectos e totais do modelo aninhado foram calculados através do método Bootstrap (com 2000 reamostragens) tendo sido considerados os intervalos de confiança de aceleração corrigida de 95% em torno de cada um dos efeitos estimados.

O modelo final (aninhado) explica 48% ($R^2 = .480$) da variabilidade do evitamento experiencial e 47% ($R^2 = .472$) da sintomatologia depressiva.

A análise das trajetórias significativas mostrou que o estilo de *coping* distanciado/emocional e o *mindfulness* apresentam um contributo independente/único e significativo para o evitamento experiencial. Adicionalmente, quando se controla o efeito dos restantes preditores (e em comparação com os restantes), o estilo de *coping* distanciado/emocional é o preditor de maior magnitude ($\beta = -.574$, $p < .001$) seguindo-se o *mindfulness* ($\beta = -.254$, $p < .001$). Os resultados do método de reamostragem bootstrap mostraram que o *estilo de coping distanciado/emocional* tem um efeito total negativo de $\beta = -.476$ (IC95% = $[-.560; -.380]$ para um $p = .001$) na *sintomatologia depressiva*, sendo o efeito directo de $\beta = -.241$ (IC95% = $[-.349; -.130]$ para um $p = .001$) e o efeito indirecto, que ocorre através do *evitamento experiencial*, de $\beta = -.235$ (IC95% = $[-.312; -.163]$ para um $p = .001$). O efeito indirecto explica 49% do efeito total estimado. Adicionalmente, verificou-se ainda que o *mindfulness* tem um efeito total negativo de $\beta = -.280$ (IC95% = $[-.376; -.185]$ para um $p = .001$) na *sintomatologia depressiva*, sendo o efeito directo de $\beta =$

-0.176 (IC95%=]-.274;-.082[para um $p = .002$) e o efeito indirecto, que ocorre através do *evitamento experiencial*, de $\beta = -.104$ (IC95%=]-.158;-.063[para um $p = .001$). O efeito indirecto explica 37% do efeito total estimado.

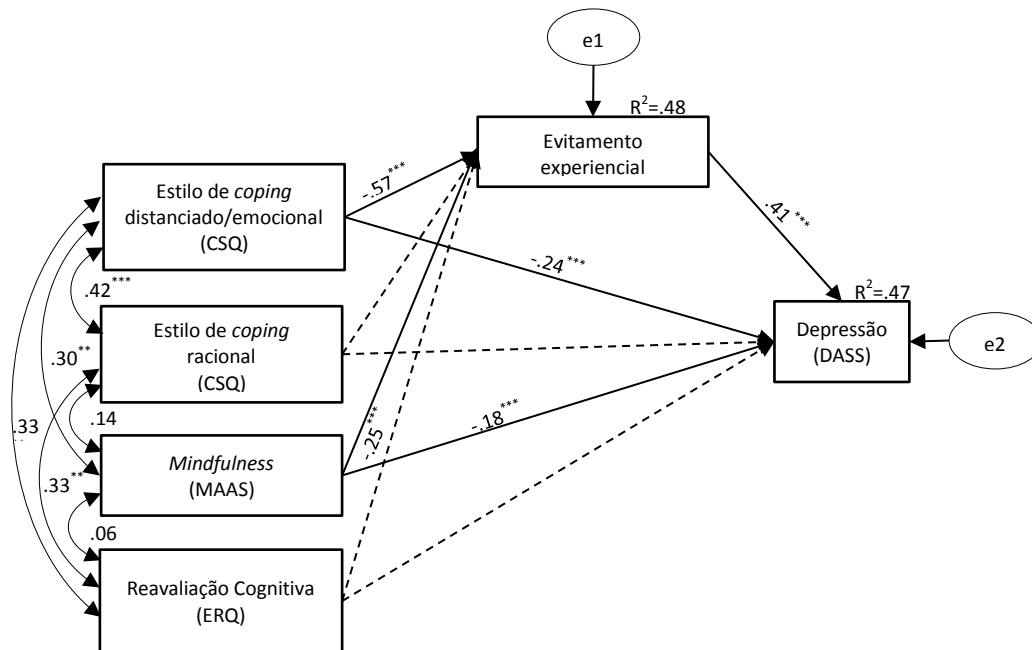


Figura 18. Modelo final. O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre os processos de regulação emocional (*mindfulness*, *coping* racional, *coping* distanciado/ emocional e a reavaliação cognitiva) e a severidade da sintomatologia depressiva. As trajetórias não significativas estão representadas a tracejado (e foram por esse motivo removidas do modelo de mediação). $***p<.001$, $**p<.01$, $*p<.05$.

7.4. Discussão

Com o intuito de complementar o estudo anterior, a presente investigação procurou averiguar em que medida o constructo de evitamento experiencial pode ser conceptualizado como uma vulnerabilidade psicológica generalizada (Kashdan et al., 2006), uma dimensão diagnóstica funcional da psicopatologia, que representa uma função de regulação emocional que é comum a um conjunto de processos topograficamente distintos (e.g., Hayes et al., 1996; Boulanger et al., 2010; Ruiz, 2010). De facto, o evitamento experiencial representa uma função de regulação emocional na medida em que corresponde a uma forma particular de responder e actuar perante os eventos privados indesejados e aversivos, cuja eficácia depende da função, flexibilidade e sensibilidade contingencial com que são implementados esses padrões de resposta e se eles são ou não concordantes com os valores almejados pelo indivíduo (Boulanger et al., 2010; Kashdan et al., 2006). Ao analisar estas questões, o presente estudo, pretendeu responder às críticas que tem sido endereçadas ao constructo de evitamento experiencial (ou ao seu oposto, à aceitação psicológica) nomeadamente quanto à sua inadequada diferenciação em relação a outros constructos amplamente difundidos na literatura cujo valor nos modelos explicativos da psicopatologia tem sido empiricamente comprovado por diversos estudos (e.g., Chawla & Ostafin, 2007; Kollman et al., 2009; Gloster et al., 2011). Neste sentido procurou-se aferir o valor incremental do evitamento experiencial (ou pelo contrário, da aceitação psicológica) na explicação da sintomatologia depressiva em comparação com o *coping* distanciado/ emocional, o *coping* racional, o *mindfulness* e a reavaliação cognitiva. De facto, caso não seja comprovada, empiricamente a mais-valia do evitamento experiencial/ aceitação psicológica em relação a outros processos auto-regulatórios, é

legítimo colocar-se a questão da abordagem ACT (na qual este constructo assume toda a sua proeminência) não se diferenciar positivamente/ vantajosamente de outros modelos explicativos e abordagens terapêuticas mais tradicionais (e.g., Terapia Cognitivo- Comportamental).

Os escassos estudos que têm vindo a debruçar-se sobre estas questões fizeram-no comparando o 'poder' explicativo do evitamento experiencial em relação a processos de regulação emocional classificados na literatura como sendo 'desadaptativos' (e.g., Bond et al., 2011; Gloster et al., 2011; Hayes, Strosahl et al., 2004; Karekla & Panayiotou, 2011). Entre as raras exceções entramos estudos que exploraram a possível sobreposição conceptual e preditiva do evitamento experiencial, com outros constructos 'adaptativos', na explicação da psicopatologia, nomeadamente os estudos que compararam o poder explicativo do evitamento experiencial (ou do seu oposto, da aceitação psicológica) com a reavaliação cognitiva (Kashdan et al., 2006; Wolgast et al., 2013), os estilos de *coping* (Kashdan et al., 2006; Fledderus et al., 2010; Karekla & Panayiotou, 2011) e o *mindfulness* (Fledderus, Voshaar, Klooster, & Bohlmeijer, 2012; Masuda & Tully, 2012, Latzma & Masuda, 2013). De um modo geral estes estudos têm fornecido resultados mistos, ou conduzido a interpretações diferenciadas, com alguns investigadores a considerarem existirem evidências para a conceptualização do evitamento experiencial como uma vulnerabilidade psicológica generalizada (Kashdan et al., 2006) e outros a considerarem que não há fundamentação empírica para essa conceptualização e de que possivelmente o evitamento experiencial não é 'mais' do que uma estratégia de regulação emocional (e.g., Hofmann & Asmundson 2008; Kollman et al., 2009; Wolgast et al., 2013). Também é necessário ressaltar que somente o estudo de Wolgast, Lundh e Viborg (2011) foi conduzido numa amostra clínica e, como tal, é essencial o desenvolvimento de estudos que contribuam para o esclarecimento desta questão. Como tal, pretendeu-se no presente estudo, conduzido numa amostra clínica mista, averiguar em que medida o evitamento experiencial acrescenta valor preditivo na explicação da sintomatologia depressiva em relação à reavaliação cognitiva, ao *mindfulness* e aos estilos de *coping* racional e distanciado/ emocional, A este respeito é consensual a ideia de que estes processos têm um impacto na experiência emocional, envolvem de algum modo uma alteração no modo com esse estado emocional é experienciado, e são amplamente difundidos na literatura como sendo 'adaptativos' (e.g., Brown & Ryan, 2003; Gross, 1998b, Roger et al., 1993).

À semelhança do estudo anterior, preliminarmente, foram analisadas as diferenças de género nas variáveis em estudo de modo a explorar a influência que as mesmas poderiam ter na explicação do evitamento experiencial e da psicopatologia. Os resultados mostraram que quando comparados com os doentes do género feminino, os doentes do género masculino, tendem a utilizar mais o estilo de *coping* racional e distanciado, e pelo contrário, tendem a apresentar índices mais baixos de evitamento experiencial e de sintomatologia depressiva. Em relação às restantes variáveis (*mindfulness* e reavaliação cognitiva) não se encontraram diferenças estatisticamente significativas em função do género. Em relação ao estilo de *coping* racional e distanciado os resultados são concordantes aos encontrados por outros investigadores na população geral (Matud, 2004). Já em relação à reavaliação cognitiva e ao *mindfulness* os resultados obtidos no presente estudo (em que não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas quanto ao género) são similares aos obtidos por outros investigadores em amostras de estudantes universitários (e.g., Gross & John, 2003; MacKillop & Anderson, 2007)¹⁴⁰. Em relação ao evitamento experiencial e à sintomatologia depressiva, os resultados são igualmente concordantes aos obtidos por diversos estudos (e.g., Karekla & Panayiotou, 2011; Weissman & Klerman, 1977; Weissman et al., 1993; Kessler, et al., 1993). Dado que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino em relação aos estilos de *coping*, o passo seguinte foi averiguar a possibilidade das diferenças de género no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva poderem ser explicadas pelas diferenças de género

¹⁴⁰ No que concerne estas variáveis não são conhecidos estudos que tenham explorado as diferenças de género em amostras clínicas.

encontradas nestes estilos de *coping*. Para esse efeito foram conduzidas análises aos efeitos de moderação da variável género e uma análise multigrupos¹⁴¹.

Os resultados obtidos mostraram que o género não modera o efeito de cada um dos estilos de *coping* (racional e distanciado) no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva. No mesmo sentido verificou-se que o género não modera o efeito do evitamento experiencial na sintomatologia depressiva. Estes resultados sugerem que o género não afecta, nem a força nem a direcção, do efeito dos estilos de *coping* racional e distanciado no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva bem como não afecta nem a força nem a direcção do efeito do evitamento experiencial na sintomatologia depressiva. Adicionalmente, a análise multigrupos permitiu ainda assegurar que os resultados obtidos em relação ao modelo testado, à qualidade do ajustamento global, à direcção e magnitude dos efeitos diretos, indiretos e totais estimados, não diferiam de acordo com o género. Porque no seu conjunto estes resultados permitiram garantir que o modelo da psicopatologia proposto é válido tanto para os doentes do género masculino como para os doentes do género feminino e de que, como tal, as implicações clínicas derivadas são válidas para ambos os géneros (na amostra em estudo), todas as análises subsequentes foram conduzidas na amostra total.

Em seguida, procedeu-se ao estudo das correlações produto-momento de *Pearson*. Os resultados obtidos demonstraram que os estilos de *coping* racional e distanciado, a reavaliação cognitiva e o traço *mindfulness* estão negativa e significativamente associadas aos sintomas depressivos, o que é concordante com os resultados obtidos em estudos prévios conduzidos em amostras não-clínicas (e.g., respectivamente, Kashdan et al., 2006; Gross & John, 2003; Brown & Ryan, 2003; Masuda & Tully, 2012; Fledderus et al., 2012) e com as hipóteses colocadas na presente investigação. No mesmo sentido verificou-se que o evitamento experiencial se associa negativa e significativamente com todos os processos auto-regulatórios em análise. De facto, um resultado interessante no presente estudo foi a magnitude das correlações encontradas entre o evitamento experiencial e as estratégias de regulação emocional ($r=-.21$ reavaliação cognitiva; $r=-.42$ *mindfulness*) e os estilos de *coping* ($r=-.65$ *coping* distanciado/ emocional; $r=-.21$ *coping* racional). Estes resultados sugerem que estes processos de regulação emocional envolvem diferentes graus de aceitação psicológica tendo em conta a ortogonalidade com o constructo de evitamento experiencial. Mais concretamente, os resultados sugerem que um elevado traço de *mindfulness* e o distanciar-se cognitivamente dos eventos stressantes, estão associados ao menor uso de estratégias cognitivas e comportamentais que visam o controlo, evitamento ou extinção de estados emocionais aversivos e indesejados quando fazê-lo é prejudicial ao indivíduo.

Em particular, estes resultados são especialmente interessantes se atendermos à elevada magnitude da associação entre o *coping* distanciado/ emocional e o evitamento experiencial ($r=-.65$), que se revela como sendo ainda mais expressiva do que a obtida por Kashdan e colaboradores (2006) numa amostra de estudantes universitários ($r=-.33$). De facto, apesar da magnitude da correlação não ser de tal modo elevada que nos leve a colocar a hipótese de estes constructos serem conceptualmente sobreponíveis (num sentido antagónico, tendo em consideração a direcção negativa da relação), ou seja, de que representam polos opostos do mesmo processo psicológico, não deixa de sugerir que o estabelecimento de uma distância cognitiva da situação geradora de stress e da emoção associada, de modo a conseguir lidar mais eficazmente com a mesma (e não no sentido de a negar ou de tentar evitar o stress a ela associado; Roger et al., 1993) está associada a um menor evitamento experiencial, ou dito de outro modo, poderá ser uma dimensão importante da aceitação psicológica (na medida em que este constructo é ortogonal ao evitamento experiencial como referido por Hayes, 1994). No mesmo sentido, e em concordância com estudos prévios (e.g., Baer et al., 2004; Baer et al., 2006; Masuda & Tully, 2012; Fledderus et al., 2012) verificou-se que o traço *mindfulness* e o evitamento experiencial apresentam

¹⁴¹ A justificação pela realização destes dois procedimentos estatísticos foi fornecida no estudo V.

uma correlação negativa entre si. A este respeito é importante mencionar que apesar de alguns investigadores colocarem, teoricamente, o *mindfulness* no polo oposto do evitamento experiencial (e.g., A. Hayes & Feldman, 2004; Mitmansgruber, Beck, Höfer, & Schüßler, 2009; Mitmansgruber, Beck, & Schüßler, 2008), os resultados obtidos no presente estudo (em particular a magnitude moderada da correlação encontrada) não corroboram esta categorização sugerindo antes que apesar da associação existente entre estes constructos denotar um certo grau de similaridade, eles parecem de facto tratar-se de constructos distintos, não forçosamente opostos. Já o estilo de *coping* racional que se refere ao uso de estratégias activas e direccionadas para a resolução de problemas/ situações stressantes e, conseqüentemente, das emoções a elas associadas (Roger et al., 1993) e a reavaliação cognitiva que consiste em modificar o modo como dada situação é avaliada, bem como o significado que lhe é atribuído por forma a alterar o seu impacto emocional (Gross, 1998a,b, 1999, 2002; Gross & Thompson, 2007; Werner & Gross, 2010) apresentam correlações de fraca magnitude, ainda que no sentido esperado, com o evitamento experiencial, de resto à semelhança dos resultados obtidos por outros investigadores (e.g., Kashdan et al., 2006; Wolgast et al., 2013). Por fim, verificou-se que à semelhança dos resultados encontrados no estudo IX (da presente dissertação) e em estudos prévios (e.g., Hayes, Strosahl, et al., 2004; Bond et al., 2011; revisões destes estudos foram apresentadas por Hayes et al., 2006 e por Ruiz, 2010) os resultados sugerem que os indivíduos que tendem a apresentar níveis mais elevados de evitamento experiencial apresentam igualmente níveis mais elevados de sintomatologia depressiva. E se analisarmos no sentido oposto, diversos estudos têm igualmente vindo a demonstrar que a aceitação psicológica está associada a níveis mais baixos de sintomas depressivos (e.g., Kashdan, Morina, & Priebe, 2009; Plumb, Orsillo, & Luterek, 2004; Tull, Gratz, Salters, & Roemer, 2004).

Em seguida e dado que as correlações encontradas corroboravam as hipóteses colocadas, investigou-se a possibilidade do evitamento experiencial se destacar em relação aos demais constructos na medida em que se refere e avalia algo único e independente, que não é sobreposto ou coincidente com os restantes. Inicialmente, de modo a endereçar esta questão procedeu-se ao cálculo das correlações parciais entre o AAQ-II e a sintomatologia depressiva enquanto se eliminava (uma a uma) a variância explicada por cada um dos restantes constructos de auto-regulação (isto é, do estilo de *coping* distanciado/ emocional, do estilo de *coping* racional, do *mindfulness* e da reavaliação cognitiva). Os resultados mostraram que mesmo quando, separadamente, se controlava a variância explicada por cada um dos processos de regulação emocional, a associação entre o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva continuava a ser positiva e significativa, o que atesta a ideia de que o evitamento experiencial avalia algo de único (e possivelmente acrescenta valor incremental) ao valor preditivo destes outros constructos. Dito de outro modo, os resultados obtidos, à semelhança do estudo anterior, são concordantes com a teoria subjacente ao modelo ACT de que o AAQ-II avalia algo possivelmente mais abrangente (e.g., Bond et al., 2011; Hayes et al., 1998; Hayes, Strosahl et al., 2004), uma vulnerabilidade psicológica geral (e.g., Kashdan et al., 2006), que eventualmente pode ser transversal a todas estas estratégias de regulação emocional específicas que visam o escape, evitamento ou modificação da experiência emocional, na medida em que não se foca numa forma de acção específica, nem num domínio de resposta em particular (e.g., Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2004). De facto, de um modo geral os resultados parecem apoiar o pressuposto do modelo ACT, de que o evitamento experiencial é um preditor robusto da psicopatologia (neste caso da sintomatologia depressiva), que acrescenta algo único ao que já avaliado por outros constructos (e.g., Kashdan et al., 2006), e que possivelmente funciona como uma dimensão diagnóstica da psicopatologia ao representar uma função de regulação emocional (e.g., Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). Neste seguimento, o presente estudo teve como segundo objectivo perceber em que medida o efeito do *coping* distanciado/ emocional, do *coping* racional e das estratégias de regulação emocional de reavaliação e o *mindfulness* na sintomatologia depressiva poder ser mediado pelo evitamento experiencial, tendo sido para esse efeito testado um modelo de mediação. A análise aos resultados das correlações produto-momento de *Pearson* entre os estilos de *coping* e as estratégias de regulação emocional revelou que a maioria destes

processos se encontrava significativamente correlacionada entre si, o que conduziu a que novamente se optasse por incluir no mesmo modelo de mediação estes diversos processos auto-regulatórios em análise. Isto porque, tal como anteriormente explicado (estudo IX) era possível que a eventual sobreposição conceptual entre os diferentes processos regulatórios não se devesse somente a uma função de regulação emocional comum (neste caso pressupõe-se que de aceitação psicológica) que é precisamente o que se pretende testar, mas que pudesse dever-se a outros factores não contemplados no modelo, o que viesaria os resultados obtidos. Assim, de modo a não serem obtidos resultados sobrestimados optou-se por avaliar o efeito indirecto de cada um destes processos (via evitamento experiencial) enquanto se controlava o efeito dos restantes (*i.e.*, se controlava a sua variância comum).

Os resultados da análise de mediação conduzida mostraram que o evitamento experiencial media, ainda que parcialmente, o efeito do estilo de *coping* distanciado/ emocional e do *mindfulness* na sintomatologia depressiva. Mais concretamente, estes resultados complementam os encontrados por Kashdan e colaboradores (2006), que numa amostra da população geral, haviam já verificado que o evitamento experiencial media parcialmente o efeito do estilo de *coping* distanciado/ emocional no traço de ansiedade, na sensibilidade à ansiedade e no medo se sufocar. Este resultado é interessante se verificarmos que de entre os preditores do evitamento experiencial em análise o estilo de *coping* distanciado/ emocional é o que apresenta um maior poder preditivo ($\beta = -.549$, $p < .001$), o que parece evidenciar a importância de ser criada uma distância mental do evento stressante, e do seu impacto emocional, para que a aceitação psicológica possa ter lugar, ou seja, para que o indivíduo não se sinta compelido a reagir sobre a resposta emocional desencadeada (*i.e.*, a tentar controlá-la ou evitá-la) quanto tal se revelaria contraproducente ou ineficaz. De facto, é possível que a adopção desta distância psicológica seja importante para que o indivíduo possa perceber com mais clareza os eventos mentais (por exemplo, as emoções e os pensamentos associados ao evento stressante) tal como eles são, simplesmente como eventos mentais resultantes do processo de pensar, em vez de os ver como reflexões precisas da realidade ou de si próprio (Fresco et al., 2007; Hayes et al., 1999; Herbert, Forman, & England, 2008), e que em consequência, adopte uma postura de aceitação dos eventos privados sem tentativas desnecessárias de os tentar controlar ou evitar, fomentando antes um padrão flexível de resposta., concordante com os valores individuais (Hayes, Pistorello, & Levin, 2012). Adicionalmente, o facto do evitamento experiencial mediar (ainda que parcialmente) o efeito do *coping* distanciado/ emocional na sintomatologia depressiva, sugere mais uma vez que o evitamento experiencial tem um contributo único e independente para além do que é explicado pelo estilo de *coping* distanciado/ emocional na explicação da sintomatologia depressiva. Dito de outro modo, o evitamento experiencial não se limita a ser uma forma de lidar com os problemas ou situações stressantes, mas possivelmente revela-se como sendo um constructo mais abrangente.

Um outro resultado foi a constatação de que o evitamento experiencial media (parcialmente) a relação entre o traço *mindfulness* e a sintomatologia depressiva. Este resultado vem corroborar estudos prévios conduzidos em amostras não-clínicas (Masuda & Tully, 2012; Fledderus et al., 2012), ao sugerir que o poder preditivo da aceitação psicológica/ evitamento experiencial não se ‘esgota’ no constructo de *mindfulness*, na medida em que, quando se controla o efeito deste, a aceitação psicológica/ evitamento experiencial continua a predizer significativamente a sintomatologia depressiva. Dito de outro modo, os resultados do presente estudo parecem sugerir que o evitamento experiencial explica algo de único (acrescenta valor preditivo) ao traço de *mindfulness* na explicação dos sintomas depressivos numa amostra clínica mista. Contudo, é importante esclarecer que a magnitude do efeito indirecto encontrado é baixa, e mais importante, que o traço de *mindfulness* continua a ter um contributo único, independente e significativo nos sintomas depressivos. De facto, ao obter resultados similares, Baer explicou que existe variância substancial no *mindfulness* que não está directamente relacionada com a aceitação/ flexibilidade psicológica mas que está relacionada com a saúde mental (Baer et al., 2004). Assim, no seu conjunto, os resultados obtidos parecem sugerir que estes dois constructos se referem a

processos substancialmente distintos ainda que inter-relacionados, tal como defendido por diversos investigadores (e.g., Baer et al., 2006; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes et al., 2006; Masuda & Tully, 2012; Weinrib, 2011). Contudo, este resultado não deixa de ser particularmente interessante se tivermos em consideração que do ponto de vista teórico e conceptual, são notórias as semelhanças, ainda que em sentidos contrários, das definições dos dois constructos. Mais concretamente, enquanto o *mindfulness* se refere à atenção prestada às experiências que ocorrem momento-a-momento, e à consciência não-elaborativa e não-julgamental dessas experiências, que são aceites, sem defesas e sem tentativas de as tentar modificar ou evitar (Brown, Ryan, & Creswell, 2007; Kabat-Zinn, 1994; Segal et al., 2002), o evitamento experiencial, pelo contrário, refere-se à indisponibilidade ou incapacidade para permanecer em contacto e para aceitar os eventos privados aversivos, e às tentativas para os evitar, escapar ou alterar a sua forma, frequência, intensidade e sensibilidade situacional, mesmo quando fazê-lo tem elevados custos, é ineficaz ou desnecessário (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2004). Assim, se compreende que enquanto o *mindfulness* surge frequentemente associado a menores índices de psicopatologia (e.g., Baer, 2003; Brown & Ryan, 2003; Brown et al., 2007), pelo contrário, o evitamento experiencial está associado a níveis mais elevados de psicopatologia (e.g., Kashdan et al., 2006; Orsillo, & Roemer, 2005), e que conceptualmente diversos investigadores teorizem que estes constructos se encontrem em polos opostos da mesma dimensão (e.g., A. Hayes & Feldman, 2004; Mitmansgruber, Beck, Höfer, & Schüßler, 2009; Mitmansgruber, Beck, & Schüßler, 2008). De referir igualmente que também no sentido contrário, a literatura tem apontado para a similitude entre os constructos de *mindfulness* e de aceitação psicológica (como contraposto ao evitamento experiencial) na medida em que: 1) as abordagens baseadas quer no *mindfulness* quer na aceitação psicológica promovem a modificação do contexto em que os eventos internos aversivos ocorrem e da função que nele desempenham (i.e., a relação que o indivíduo tem com os mesmos), ao invés de visarem a modificação da sua forma ou conteúdo (e.g., Teasdale, Moore, & Hayhurst, 2002; Hayes et al., 2004); 2) ambos os constructos estão associados à regulação emocional e ao modo como as emoções são experienciadas (A. Hayes & Feldman, 2004; Mitmansgruber, Beck, Höfer, & Schüßler, 2009; Orsillo & Roemer, 2005) e envolvem uma forma particular de reagir aos eventos privados que implica, de forma activa e intencional, uma postura de abertura e de aceitação não-julgamental (Kabat-Zinn, 1994; Bishop et al., 2004; Hayes et al., 2004); e por fim, ambos enfatizam o foco no momento presente, de um modo desfusionado (que de acordo com a abordagem ACT implica o enfraquecimento das redes relacionais avaliativas e temporais, Fletcher & Hayes, 2005) ou descentrado (que de acordo com as abordagens baseadas no *mindfulness* implica ver os eventos como transitórios e impermanentes, tal como são e não como reflexões da realidade ou do próprio; Segal et al., 2002; Fresco et al., 2007), fomentando deste modo a aceitação não-julgamental dos eventos privados aversivos, em vez do uso de estratégias que os visam controlar, evitar, escapar ou eliminar (Arch & Craske, 2006; Baer, Fisher, & Huss, 2006; Hayes, 1994; Teasdale et al., 2003; Segal et al., 2002; Fletcher & Hayes, 2005).

E se as semelhanças encontradas na conceptualização dos dois constructos conduziu a que alguns investigadores reconheçam que no momento actual não é totalmente clara a distinção entre estes dois processos (Hayes & Wilson, 2003; Latzman & Masuda, 2013). Talvez de facto, nem faça sentido procurar distingui-los na medida em que as várias definições de *mindfulness* (como mencionado anteriormente) incluem a aceitação como um dos seus componentes centrais (e.g., Baer et al., 2004; Kabat-Zinn, 1994; Bishop et al., 2004), sendo o fomentar de uma postura de aceitação um dos principais componentes nos programas de intervenção baseados no *mindfulness* (MBSR, MBCT), e por outro lado, também a ACT seja descrita como uma abordagem terapêutica que inclui os processos de aceitação e *mindfulness* (que por sua vez incluem quatro subprocessos designados por aceitação, desfusão, contacto com o momento presente e o Eu como contexto)¹⁴², e cujos protocolos de tratamento é dada especial relevância à

¹⁴² Na ACT, aos processos de aceitação e de *mindfulness* juntam-se os processos de compromisso e de mudança comportamental (que por sua vez incluem quatro subprocessos, o contacto com o momento presente, o Eu como contexto, os valores e o

prática informal de os exercícios de *mindfulness* (e.g., Hayes et al., 2004; Hayes, Luoma et al., 2006; Luoma et al., 2007). De facto, talvez sejam as óbvias similitudes existentes entre os dois constructos que conduz a que diversos teóricos e investigadores considerem que é possível que a diferença central entre estes constructos seja mesmo o facto de derivarem de contextos teóricos divergentes _ o evitamento experiencial tem as suas raízes no funcionalismo contextual e na teoria dos quadros relacionais, que deram origem à Terapia da Aceitação e do Compromisso (Hayes et al., 1999) e o *mindfulness* tem uma origem mais ancestral, na filosofia oriental budista, que foi 'trazida' e adaptada por Kabat-Zinn (1990, 1994) para a prática clínica ocidental (e.g., Block-Lerner, Salters-Pedneault, & Tull, 2005; Fletcher & Hayes, 2005; Mitmansgruber et al., 2009). Mas tendo-se justificado as similitudes (ainda que em sentido antagónico) entre os dois constructos (comprovadas pela associação significativa existente entre ambos encontrada no presente estudo), como explicar que a magnitude desta correlação seja somente moderada e de 'apenas' se ter encontrado suporte para uma mediação parcial?

Uma explicação possível poderá residir no instrumento de medida que foi utilizado no presente estudo para medir o traço *mindfulness* (MAAS), que avalia 'somente' o componente da atenção e da consciência prestadas no momento presente (e.g., Masuda & Tully, 2012), condicionando segundo alguns investigadores o seu uso em investigações clínicas (Feldman et al., 2007). De facto, o MAAS não inclui o componente atitudinal de aceitação não-julgamental, que é sobejamente enfatizado em diversas definições (e.g., Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1994; Baer, 2003), sendo que, por definição, seria precisamente este componente que possivelmente se sobreporia mais ao constructo de aceitação psicológica (como contraponto ao evitamento experiencial). Como alertam Masuda e Tully (2012), é possível que as associações entre as variáveis fossem diferentes se tivessem sido utilizadas outras medidas de *mindfulness*. Adicionalmente, alguns investigadores (e.g., Grossman, 2008; 2011 citados por Chiesa, 2012) têm vindo a criticar o MAAS, considerando que este assenta grandemente em itens formulados na negativa e que isso se pode revelar problemático, na medida em que o '*mindlessness*' poderá não ser exactamente o oposto do '*mindfulness*' (Chiesa, 2012). Como tal, faz sentido especular que, acaso se tivesse utilizado outro instrumento de medida, como por exemplo o CAMS (Feldman et al., 2007), que foi especificamente desenvolvido para estudar o *mindfulness* no contexto da regulação emocional (e que engloba quatro dimensões, a atenção, a consciência, o foco no presente e o não-julgar/ aceitar os pensamentos e emoções), eventualmente, poderiam ter sido obtidos resultados diferentes. Contudo, e apesar da eventual limitação metodológica, os resultados do presente estudo parecem corroborar a posição de alguns investigadores que consideram que é possível que o *mindfulness*, ao ajudar o indivíduo a reconhecer o que verdadeiramente valoriza (e.g., Shapiro et al., 2006), e a escolher comportamentos que são congruentes com os seus interesses e valores (Brown & Ryan, 2003; Ryan, Kuhl, & Deci, 1997; Ryan & Deci, 2000), e não resultantes da sobreidentificação com a experiência corrente (Shapiro et al., 2006), ofereça um padrão de resposta alternativo às tendências do indivíduo em torno dos ciclos da aversão-evitamento/ atracção-sobreenvolvimento em relação aos eventos privados (Kumar 2002; Kumar, Feldman, & Hayes, 2008; Segal et al., 2002; Teasdale, 1999; Teasdale et al. 2000; Wallace & Shapiro 2006), e a uma habilidade aumentada para fazer escolhas adaptativas em resposta às experiências aversivas (Linehan, 1993a,1993b). Ou seja, que o *mindfulness*, ao ensinar o indivíduo a estabelecer uma relação diferentes com os seus eventos internos, sem os tentar evitar ou sobreenvolver-se com eles (Kumar, Feldman, & Hayes, 2008), conduz a uma redução dos comportamentos de escape e evitamento ((Kabat-Zinn, 1982; Linehan, 1993a, 1993b), e que por isso contribua para um menor evitamento experiencial (Chambers et al., 2009; Fletcher & Hayes, 2005; Hayes et al., 2006).

Adicionalmente, o facto do evitamento experiencial acrescentar valor preditivo ao traço *mindfulness* poderá dever-se ao facto de que o evitamento experiencial não se constitui como um fim em si mesmo,

compromisso com a acção) por forma a fomentarem, no seu conjunto, a flexibilidade psicológica (ou no seu contraposto, para enfraquecer a inflexibilidade psicológica) (e.g., Hayes et al., 2011).

ele de facto está intrinsecamente associado a um padrão comportamental de resposta, a uma forma de actuar perante os eventos privados aversivos (Hayes et al., 1999), e ressalvando de que esta poderá ser apenas uma explicação possível para os resultados encontrados, é possível que seja este componente, que não é capturado pela definição de *mindfulness*. Ou seja, é possível que os resultados obtidos sejam concordantes com a perspectiva que a ACT tem sobre o constructo de *mindfulness*. Por exemplo, Fletcher e Hayes (2005), a este respeito procuraram clarificar o papel de *mindfulness* no âmbito da Terapia da Aceitação e do Compromisso, analisando-o através do ponto de vista da Teoria dos Quadros Relacionais (*i.e.*, base teórica da ACT; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). De acordo com a Teoria dos Quadros Relacionais (TMR) estes autores consideram que “o *mindfulness* pode ser compreendido como um conjunto de processos relacionados entre si que têm como função enfraquecer o domínio das redes verbais, especialmente as que envolvem relações temporais ou avaliativas” (Fletcher & Hayes, 2005, p.315).

Mais concretamente, Fletcher e Hayes (2005) estabeleceram um paralelismo entre o *mindfulness* segundo a abordagem da ACT/TQR e outras abordagens amplamente conhecidas de *mindfulness*: 1) enquanto as definições mais comumente conhecidas de *mindfulness* enfatizam o direccionar intencional da atenção para o momento presente (*e.g.*, Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1994), na abordagem ACT não existe uma referência directa ao direccionar da atenção, mas enfatiza-se o contacto com o momento presente de um modo que seja “desfusão, aceite e consciente _ e tudo isto ao serviço dos valores e de acções eficazes” (p.324); 2) enquanto a atitude não-julgamental é um dos componentes do prestar atenção nas definições tradicionais de *mindfulness* (Kabat-Zinn, 1994) ou se refere ao modo como se deve observar, noticiar, descrever e trazer a atenção ao momento presente (Dimidjian & Linehan, 2003), na abordagem ACT o foco é colocado no conceito mais abrangente de desfusão cognitiva, que implica ainda o enfraquecimento das redes relacionais temporais e avaliativas; 3) apesar da maioria das definições de *mindfulness* enfatizarem que o contacto com o momento presente deve ser feito adoptando uma atitude de curiosidade, abertura e aceitação (Bishop et al., 2004), a abordagem ACT clarifica adicionalmente as condições em que a aceitação, ou pelo contrário a mudança, são mais necessárias ao explicar que a aceitação psicológica, não se constitui como um fim em si mesma, na medida em que está “ao serviço dos valores e de acções eficazes” (Fletcher & Hayes, 2005, p.324); 4) enquanto algumas abordagens *mindfulness* vêem o Eu como uma entidade em contínua e permanente mudança (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), na ACT a referência a estes processos é feita sob a designação do “Eu como processo”. Como tal, é possível que o contributo único e independente do evitamento experiencial (quando controlado o efeito do traço *mindfulness*) seja devido a estas diferenças explicitadas por Fletcher e Hayes (2005).

Já pelo contrário, o contributo único e independente do *mindfulness* em relação ao evitamento experiencial poderá como defendido por Baer e colaboradores (2004) indicar que o traço *mindfulness* exerce um efeito na saúde mental que não passa somente pela aceitação, ou como defendem Mitmansgruber, Beck e Schüßler (2008) é possível que o oposto correspondente à atenção focada no momento presente não esteja adequadamente capturado no constructo de evitamento experiencial.

Por fim, verificou-se que quando se controla o efeito dos restantes preditores quer a reavaliação cognitiva, quer o estilo de *coping* racional deixam de predizer significativamente quer o evitamento experiencial quer a sintomatologia depressiva. Uma explicação possível é a de que este resultado poderá dever-se ao facto da capacidade preditiva destes constructos no evitamento experiencial e na sintomatologia depressiva poder já estar “contida” nos outros processos em análise, e como tal, quando a variância destes é controlada, eles deixam de se evidenciar como preditores únicos e independentes. De facto, é expectável que tanto a reavaliação cognitiva como o estilo de *coping* racional possam implicar de algum modo um certo grau de ‘distanciamento’ dos eventos stressantes/ perturbadores na medida em que procuram actuar segundo uma observação mais rigorosa/ precisa da realidade. Por

exemplo, Ochsner e Gross (2008) consideram que o processo de reavaliação cognitiva implica em parte o estabelecimento de uma distância psicológica das emoções aversivas. Ou seja, é possível que seja este componente de ‘observação distanciada’ esteja ‘contido’ nos constructos de *coping* distanciado e de *mindfulness*.

Contudo, quer o estilo de *coping* racional quer a reavaliação cognitiva referem-se a formas de actuação activas e instrumentais, que visam intervir sobre os eventos stressantes que geram estados emocionais aversivos e/ ou perturbadores, e como, procuram activamente modificar o impacto emocional desses eventos, o que não parece suceder com os constructos de *coping* distanciado e de *mindfulness*, nos quais a ‘distância’ não tem como intuito permitir um maior grau de controlo ou modificação dos estados emocionais. Foi neste seguimento, que se esperaria que o efeito da reavaliação cognitiva e do *coping* racional na sintomatologia depressiva pudesse ser mediado pelo evitamento experiencial. De facto, foi isso mesmo que se verificou, por exemplo, no estudo de Kashdan e colaboradores (2006) conduzido numa amostra de estudantes universitários que mostrou que o evitamento experiencial medeia o efeito do coping racional (ainda que por vezes somente parcialmente) na sensibilidade à ansiedade, no traço de ansiedade e no medo das sensações corporais. Ainda no mesmo estudo, estes investigadores mostraram que o evitamento experiencial medeia (parcialmente) a relação entre a reavaliação cognitiva e medidas do funcionamento diário (*i.e.*, a gratidão, a satisfação com a vida e a curiosidade)¹⁴³.

De facto, os resultados deste estudo parecem fornecer um forte suporte à ideia de que as cinco classes de estratégias de regulação emocional, definidas no modelo de Gross (1998b), representam possivelmente diferentes formas de evitamento experiencial, dado que se constituem como tentativas intencionais de alterar a forma e a frequência das experiências emocionais (*e.g.*, Boulanger et al., 2010; Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011; Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). De facto, a respeito da reavaliação cognitiva, Chambers e colaboradores (2009) consideram mesmo que esta estratégia poderá mesmo “resultar em evitamento experiencial nos casos em que o seu uso é motivado pela relutância em arriscar, experienciar ou permanecer em contacto, com uma determinada emoção negativa associada à avaliação inicial” (p. 566). Contudo, os resultados obtidos no presente estudo não permitem nem corroborar esta hipótese, na medida em que não ficou comprovado toxicidade do coping racional ou da reavaliação cognitiva depende do facto de estas estratégias serem ou não empregues de forma rígida e inflexível tendo em conta as contingências situacionais, na tentativa de serem controlados ou evitados eventos privados aversivos, quando fazê-lo é prejudicial (na medida em que envolvem elevados custos, de esforço, tempo e energia), desnecessário, ou até mesmo ineficaz e contraproducente (Hayes et al., 1996; Kashdan et al., 2006). Contudo, também não é possível afirmar sem ressalvas de que os resultados obtidos confirmam a posição defendida por outros investigadores (*e.g.*, Hofmann & Asmundson, 2008; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010) de que o evitamento experiencial, de acordo com o modelo de Gross (1998b) para a regulação emocional pode ser conceptualizado como mais uma estratégia de modelação, meramente focada na resposta emocional (como é o caso da supressão expressiva). A este respeito, por exemplo, Wolgast e colaboradores (2013), verificaram que enquanto o efeito indirecto da supressão expressiva na relação entre o estatuto clínico (amostra não-clínica vs. amostra clínica) e a emocionalidade negativa, positiva e qualidade de vida era reduzido à não significância quando o evitamento experiencial era adicionado ao modelo de mediação, no caso da reavaliação cognitiva o seu efeito indirecto, nesta relação, apenas deixava de ser estatisticamente significativo na predição da emocionalidade negativa, o que segundo estes investigadores sugere que existe mais suporte empírico para considerar o evitamento experiencial como mais uma estratégia de regulação emocional que se posiciona mais próximo de outras estratégias que visam a modelação da resposta emocional (como é o caso da supressão expressiva) do que das estratégias focadas nos

¹⁴³ De referir que neste estudo se verificou igualmente o papel mediador do evitamento experiencial na relação entre a supressão expressiva e diferentes medidas do funcionamento diário, nomeadamente, no afecto positivo, na gratidão, na ansiedade social, significado de vida, satisfação com a vida e curiosidade.

antecedentes antes do programa gerador da emoção ter sido totalmente activado (como é o caso da reavaliação cognitiva).

Em síntese, e à semelhança do estudo anterior, os resultados apoiam sobretudo a primeira hipótese relativa à independência conceptual do evitamento experiencial em relação a outros processos teórica e clinicamente relevantes numa ampla amostra clínica de constituição mista, como são o estilo de *coping* distanciado/ emocional e racional, o *mindfulness* e a reavaliação cognitiva (apesar de em relação ao *coping* racional e à reavaliação cognitiva não ficar claro em que medida é que estes processos auto-regulatórios se diferenciam das restantes estratégias de regulação emocional específicas analisadas). Já a segunda hipótese foi apenas parcialmente validada pelos resultados obtidos. Mais concretamente, pelo facto de ‘apenas’ terem sido encontradas mediações parciais do evitamento experiencial na relação entre o *coping* distanciado e o traço *mindfulness* e a sintomatologia depressiva, somente se pode derivar que o constructo de evitamento experiencial se distingue destes, na medida em que tem um contributo único e independente na psicopatologia, em comparação com o *mindfulness* e o *coping* distanciado, mas não se pode daqui extrair daqui que ele se constitui como um constructo abrangente, por ventura uma vulnerabilidade psicológica generalizada (Kashdan et al., 2006), que incorpora sob a sua alçada todo um conjunto de estratégias topograficamente diferentes (como é o caso do *coping* racional e da reavaliação cognitiva por exemplo) que visam modificar ou evitar experiências emocionais aversivas como defendido por alguns investigadores (e.g., Hayes et al., 1996; Chawla & Ostafin, 2007).

Limitações e Direcções Futuras

Tal como Masuda e Tully (2012) alertam, uma das principais limitações das investigações que procuram comprar processos regulatórios e estabelecer hipóteses acerca do seu valor incremental, reside desde logo no facto na conceptualização dos constructos em análise. De facto, para cada um dos constructos analisados existe uma multiplicidade de definições, e consequentemente, de instrumentos de medida que se propõem a medi-los (o que torna possível que alguns dos instrumentos de medida utilizados possam não medir exactamente os constructos que proclamam avaliar), tornando necessário interpretar os resultados obtidos com especial prudência. Uma segunda limitação prende-se com o facto de somente terem sido utilizados questionários de auto-resposta para medir os constructos em análise, que por esse motivo podem ter condicionado os resultados obtidos, e induzido possíveis conclusões. Contudo, é importante ressaltar que o facto de se ter utilizado quer uma amostra não-clínica de indivíduos saudáveis (estudo V), quer duas amostras clínicas heterogéneas (estudo VI e VII), todas de elevada dimensão e as boas características psicométricas dos instrumentos em análise tornam menos provável essa possibilidade. Existe ainda uma terceira limitação derivada desta no que concerne ao instrumento de medida escolhido para avaliar o evitamento experiencial. É importante desde logo ressaltar que o ‘Acceptance and Action Questionnaire’ (AAQ-I de Hayes et al., 2004 e AAQ-II de Bond et al., 2011) que já se encontra traduzido e adaptado para a população portuguesa (Pinto-Gouveia et al., 2012) é o único instrumento disponível na literatura para avaliar este constructo segundo a abordagem da ACT. Mais concretamente, apesar do AAQ ser amplamente referido na literatura como uma medida de evitamento/aceitação experiencial, e dos estudos que utilizaram este instrumento o interpretarem desse modo, ele avalia, na opinião de vários investigadores, um conjunto de dimensões conceptualmente diferentes que poderão até estender em certa medida a compreensão comumente conhecida de evitamento / aceitação experiencial (Ostafin & Chawla, 2007; Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). Mais concretamente, o AAQ-I avalia várias facetas do constructo de evitamento experiencial, nomeadamente “uma elevada necessidade de controlo cognitivo e emocional, o evitamento de eventos privados negativos, a inabilidade para tomar uma acção necessária perante os eventos privados, e formas de enredamento cognitivo, tais como avaliações excessivamente negativas das experiências privadas ou auto-referências negativas” (Hayes, Strosahl, et al., 2004, p.556). No

mesmo sentido, a versão mais recente do AAQ (o AAQ-II) tem vindo a ser descrita como uma medida mais geral de vários processos da ACT, que se agrupam sob o constructo mais abrangente de *inflexibilidade/ flexibilidade psicológica* (Hayes, Luoma, et al., 2006) entre os quais o evitamento/aceitação experiencial (Bond et al., 2011; Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010). Nas palavras dos próprios autores da segunda versão do instrumento (Bond et al., 2011, p. 676) o AAQ-II “avalia o constructo que tem sido referido, de variadas formas, como aceitação, evitamento experiencial, e inflexibilidade psicológica”, embora segundo Ciarrochi, Bilich, e Godsell (2010) apenas é possível dizer que o AAQ-II o faz, indirectamente, através de alguns dos subprocessos que são marcadores ou correlatos da (in)flexibilidade psicológica. Neste âmbito, é necessário explicar, que esta amplificação (ou maior abrangência), na conceptualização do constructo que é avaliado através do AAQ traduz o aperfeiçoamento e extensão do modelo subjacente à Terapia da Aceitação e do Compromisso. Ou seja, quando a ACT foi concebida o constructo central do modelo explicativo da psicopatologia era o evitamento experiencial (ou no seu contraponto, a aceitação), mas recentemente, o seu aperfeiçoamento conduziu a que estes dois termos deixassem de conseguir abarcar inteiramente o modelo, passando neste âmbito a ênfase a ser colocada no constructo nuclear, e mais abrangente, de flexibilidade¹⁴⁴/inflexibilidade psicológica (Bond et al., 2011). A *inflexibilidade psicológica* ocorre quando o contacto com o momento presente está comprometido, e o comportamento é rigidamente dominado pelas reacções psicológicas (e.g., medo de não controlar os eventos privados), ou seja, pela fusão com os pensamentos descritivos e avaliativos negativos acerca do próprio e pelas tentativas de evitamento dos eventos privados indesejados, em vez de ser guiado pelos valores escolhidos e pelas contingências situacionais (Bond et al., 2011; Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005). Dado que a aceitação e o evitamento experiencial podem ser conceptualizados respectivamente como exemplos de flexibilidade e inflexibilidade psicológica, sendo as diferenças mais de terminologia do que substantivas (Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010) e, por isso, continua a ser apropriado usar estes termos quando nos referirmos “ao modo como as acções das pessoas podem ser inflexíveis, excessivas, e prejudicialmente determinadas pelo evitamento dos eventos internos indesejados à custa de oportunidades situacionais de prossecução dos objectivos e valores pessoais” (Bond et al., 2011, p.678)¹⁴⁵, as conclusões apresentadas para os estudos conduzidos continuam a ser legítimas e válidas. Contudo, para se obter uma maior clareza em relação aos resultados obtidos nos estudos que utilizam o AAQ-I e II, seria importante tal como defendido por alguns investigadores (e.g., Chawla & Ostafin, 2007) esclarecer e determinar com rigor o que exactamente o AAQ mede no âmbito da ACT.

Outra limitação a ter em consideração, é o facto nos três estudos conduzidos ter sido utilizado um *design* correlacional e transversal, o que impossibilita que sejam derivadas relações de causalidade entre as variáveis em estudo. Por exemplo, teria sido possível colocar a hipótese contrária, de que quanto maior é a presença de sintomatologia depressiva mais os indivíduos recorrem ao uso rígido e inflexível de estratégias cognitivas e comportamentais de regulação emocional, que têm como função o evitamento, o controlo, ou a extinção desses estados emocionais e, mais negativamente tendem a avaliá-los. Ou de que quando ocorre uma redução na sintomatologia depressiva, isso conduz (em consequência) a que as pessoas sintam menos necessidade de exercer esforços que visem o controlo ou escape dos seus estados emocionais (e a que tendencialmente aceitem os mesmos) e que por conseguem estabelecer uma maior distância mental das situações geradoras de stresse (sem se deixarem enredar ou sobreenvolver com as mesmas) e a que consigam com maior facilidade ter uma

¹⁴⁴ A *flexibilidade psicológica* é definida no modelo do ACT como a habilidade para contactar inteiramente com o momento presente e os eventos internos que ele contém (independentemente dos eventos internos serem avaliados como desejáveis, indesejáveis ou neutros) como um ser humano consciente e, sem defesas desnecessárias, e dependendo das oportunidades proporcionadas por uma dada situação, persistir ou mudar o comportamento de modo a alcançar objectivos e fins valorizados (Bond et al., 2011; Boulanger, Hayes, & Pistorello, 2010; Hayes, Luoma, et al., 2006).

¹⁴⁵ Na literatura o AAQ-I e AAQ-II surgem cotados quer no sentido positivo (como uma medida de aceitação/flexibilidade psicológica) quer no sentido negativo (como uma medida de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica) dependendo do que os investigadores pretendem enfatizar (Ruiz, 2010; Hayes, Luoma et al., 2006; Bond et al., 2011).

maior abertura para os eventos que ocorrem no momento presente com uma atitude de aceitação não-julgamental. Ou seja, quando nos referimos na discussão dos resultados a efeitos directos e indirectos, fazêmo-lo do ponto de vista estatístico, porque assim o permite a metodologia estatística utilizada, mas sem daí podermos fazer inferências causais ou derivar conclusões sobre a direcção causal das associações entre os constructos de interesse. Acresce ainda que a hipóteses investigadas e os procedimentos estatísticos aplicados traduzem os objectivos/ interesses específicos da presente investigação, sendo certamente possível, e teoricamente válido, especular a existência de associações diferentes entre os constructos de interesse, e deste modo testar um modelo compreensivo da psicopatologia diferente. Tal como referem Hayes, Pistorello e Levin (2012) a mediação, que nem em condições ideais traduz relações causais, mostra pelo menos que esses processos são funcionalmente importantes para a obtenção desses resultados. Segundo Ciarrochi, Bilich e Godsell (2010), esta limitação poderá, pelo menos em parte ser colmatada através dos estudos de eficácia terapêutica, com a avaliação das variáveis de interesse no pré-tratamento, pós-tratamento e em seguimento. Como tal, uma alternativa para aferir a importância do constructo de evitamento experiencial no âmbito dos modelos explicativos da psicopatologia, seria a implementação de estudos longitudinais. Mais concretamente, e tendo em conta que o constructo de evitamento experiencial se enquadra no âmbito da Terapia da Aceitação e do Compromisso, e se hipotetiza que consiste num dos seus principais mecanismos de mudança, seria importante em estudos futuros averiguar se os programas de intervenção em ACT efectivamente conduzem a índices mais baixos de evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica e se esta redução conduz por sua vez a uma vida mais concordante com os valores e objectivos pessoais, a um maior bem-estar, e indirectamente, a uma diminuição dos sintomas clínicos.

Por último, é ainda necessário reconhecer que apesar de se ter explorado o valor incremental do evitamento experiencial/ inflexibilidade psicológica em relação a uma pluralidade de constructos (estilos de *coping* evitante, distanciado/ emocional e racional, dissociação, supressão expressiva, reavaliação cognitiva, ruminação, *mindfulness*, crenças de incontrolabilidade/ perigosidade acerca das emoções), existem muitos outros constructos sobre os quais seria igualmente legítimo indagar em que medida o evitamento experiencial lhes acrescenta ou não valor preditivo e se constitui como uma mais valia nos modelos de psicopatologia.

Capítulo 6

O papel da vergonha e dos processos de regulação emocional na Perturbação Estado-Limite de Personalidade

ESTUDO VIII: Qual o papel da vergonha interna e do evitamento experiencial nos sintomas borderline?

ESTUDO IX: Estudo dos preditores do auto-dano na Perturbação Borderline de Personalidade

ESTUDO X: Uma abordagem transdiagnóstica dos processos de regulação emocional

Introdução

Características diagnósticas da Perturbação Estado-Limite de Personalidade

A Perturbação Estado-Limite/*Borderline* de Personalidade (PBP¹⁴⁶) é uma doença mental severa e debilitante caracterizada por um padrão, marcado e persistente, de instabilidade no relacionamento interpessoal, na auto-imagem, na cognição, na regulação dos afectos e no controlo dos impulsos (APA, 2000; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Os sintomas de diagnóstico da PBP incluem: a) esforços desesperados para evitar o abandono real ou imaginado, b) um padrão de relações interpessoais instáveis e intensas, caracterizado por alternância entre extremos de idealização e de desvalorização, c) perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da auto-imagem ou do sentido de identidade, d) impulsividade em, pelo menos, duas áreas que são potencialmente auto-lesivas, e) comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio, ou comportamento auto-mutilante, f) instabilidade afectiva devida a acentuada reatividade do humor, g) sentimentos crónicos de vazio, h) raiva intensa e inapropriada ou dificuldades em controlá-la, e i) ideação paranóide transitória reativa ao *stress* ou sintomas dissociativos graves (APA, 2000).

Em relação à sua epidemiologia estima-se que a prevalência na população geral seja de entre 1 a 6%; já em doentes acompanhados em regime de ambulatório seja cerca de 8 a 10%, e que represente cerca de

¹⁴⁶ Dado que na literatura é possível designar este quadro clínico igualmente como Perturbação *Borderline* de Personalidade (APA, 2000), na presente dissertação optou-se por utilizar a sigla PBP para designar a mesma.

14- 20% dos doentes em internamento psiquiátrico (e.g., APA, 2000; Grant et al., 2008; Kroll, Sines, & Martin, 1981; Torgersen, Kringlen, & Cramer, 2001; Widiger, & Weissman, 1991). De entre os doentes diagnosticados com PBP, que estão em tratamento, cerca de 70% são mulheres (e.g., Widiger & Weissman, 1991).

Os doentes com PBP apresentam frequentemente múltiplos diagnósticos comórbidos do Eixo I (que vão variando ao longo do tempo no seu grau de severidade) e do Eixo II (Lieb et al., 2004). Em relação ao eixo I, os diagnósticos que mais frequentemente co-ocorrem são a Perturbação Depressiva Major, a Perturbação Bipolar I ou II, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, bem como outras perturbações ansiosas (como a Fobia Social, a Fobia Específica, a Perturbação de Pânico com Agorafobia e a Perturbação Obsessivo-Compulsiva), as Perturbações do Comportamento Alimentar, as Perturbações Somatoformes e o Abuso de Substâncias (e.g., Zimmerman, & Mattia, 1999). Em relação ao eixo II, as Perturbações de Personalidade Dependente, Evitante, e Paranóide são as mais frequentemente diagnosticadas em doentes com PBP (e.g., Zanarini et al., 1998).

No que concerne ao curso da doença são escassos os estudos efectuados nesta população clínica. Um desses estudos de natureza longitudinal referente à evolução sintomática de 290 doentes com PBP (de acordo com o DSM-III-R) demonstrou que cerca de 75% dos doentes remiram durante os seis anos de tratamento (o que atesta que a PBP poderá ter um bom prognóstico), mas mais importante, permitiu constatar que nem todos os sintomas associados a este quadro clínico apresentaram o mesmo grau de remissão (Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003). Mais concretamente, os comportamentos de auto-dano e as tentativas de suicídio foram os sintomas que apresentaram um maior decréscimo ao longo dos seis anos de tratamento, sendo que os sintomas afectivos mais associados ao temperamento, à instabilidade emocional e à identidade *borderline* apresentaram uma baixa remissão, ou seja, mais de 70% dos doentes continuavam a manifestar sentimentos crónicos de vazio e raiva e mais de 60% uma marcada intolerância à solidão e preocupações persistentes em relação a um possível abandono). Em síntese, os resultados obtidos por Zanarini e colaboradores (2003) são de grande relevância clínica, na medida em que permitiram compreender que os sintomas mais associados à vulnerabilidade emocional e à desregulação emocional são temporalmente mais estáveis e mais resistentes ao tratamento, e que os sintomas mais pontuais, associados a fases agudas ou de crise, respondem melhor ao tratamento. Em síntese, estes dados demonstram não só a complexidade deste quadro clínico, mas também a importância de serem estudados os diversos processos que estão envolvidos na patoplastia da experiência *borderline*.

A desregulação emocional como característica central na Perturbação Estado-Limite de Personalidade

Vários teóricos e investigadores concordam que a característica central da PBP é desregulação emocional (e.g., Herpertz, Kunert, Schwenger, & Sass, 1999; Linehan, 1993; Stiglmayr, Shapiro, Stieglitz, Limberger, & Bohus, 2001), sendo que vários critérios de diagnóstico presentes no DSM-IV (APA, 2000) são disso exemplo (e.g., a instabilidade emocional, as explosões de raiva, os sentimentos crónicos de vazio, os comportamentos de auto-dano e as tentativas de suicídio) (Conklin, Bradley, & Westen, 2006; Lieb et al., 2004). Neste âmbito, a maioria dos estudos, que têm sido efectuados na PBP têm subjacente o *Modelo Desenvolvimental Biossocial* desenvolvido por Linehan (1993a,b), recentemente aperfeiçoado (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009), de modo a integrar os recentes avanços na compreensão deste quadro clínico.

De acordo com o *Modelo Desenvolvimental Biossocial* (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993), a PBP é o resultado de transações recíprocas que foram sendo reforçadas ao longo do tempo, entre uma

vulnerabilidade emocional pré-existente (i.e., disposições temperamentais biológicas, como a afectividade negativa, a elevada sensibilidade emocional e o fraco controlo dos impulsos) e um *ambiente de origem invalidante* (e.g., invalidação das emoções, treino inadequado das emoções, reforço intermitente de expressões emocionais extremas durante o período desenvolvimental), que, em conjunto, vão contribuir para as dificuldades/ défices de competências na regulação de experiências emocionais intensas (Crowell et al., 2009; Kuo & Linehan, 2009; Linehan, 1993a,b).

Vulnerabilidade emocional

Uma das áreas que mais interesse tem suscitado na comunidade científica e clínica é a possível existência nos doentes com PBP de uma marcada vulnerabilidade biológica emocional, que, de acordo com Linehan (1993), inclui uma *sensibilidade aumentada* (entendida como um baixo limiar e uma mais rápida resposta perante a exposição a estímulos ambientais emocionais), uma elevada *reactividade emocional* (i.e., elevada magnitude de activação) e, por fim, um *lento retorno à linha de base emocional* assim que ocorre a activação emocional, que se julga contribuir para as dificuldades de regulação emocional manifestadas por estes doentes.

Vários estudos sugerem que os doentes com PBP têm tendência para experienciar flutuações extremas no estado de humor e nos afectos (e.g., maior variabilidade nos seus estados afectivos ao longo do dia) comparativamente a doentes com outras perturbações de personalidade, com quadros clínicos do eixo I ou sem diagnóstico de doença mental (Cowdry, Gardner, O'Leary, Leibenluft, & Rubinow, 1991; Koenigsberg et al., 2002). Sobretudo, os estudos demonstram a existência de uma maior labilidade em termos de raiva e ansiedade e uma frequente oscilação entre estados depressivos e ansiosos (Koenigsberg et al., 2002). Os doentes com PBP experienciam também com maior frequência, intensidade (i.e., rápido aumento) e duração estados de tensão aversiva quando comparados a um grupo de controlo não clínico (Stiglmayr, Gratwohl, Linehan, Fahrenberg, & Bohus, 2005) e apresentam mais traços de personalidade relacionados com o afecto negativo (Farmer & Nelson-Gray, 1995). No mesmo sentido, Yen, Zlotnick e Costello (2002) mostraram que a intensidade do afecto (i.e., tendência geral para experienciar fortemente as emoções) e o controlo do afecto reportados (i.e., a falta de habilidade para regular os estados afectivos) estão significativamente associados ao número de traços/critérios de personalidade *borderline*, mesmo quando controlado o efeito dos sintomas depressivos. Resultados semelhantes foram obtidos por Levine e colaboradores (1997) que mostraram que os doentes com PBP apresentam uma maior intensidade e a reactividade afectiva, entendida neste estudo como a tendência para ficar facilmente perturbado por eventos ambientais discretos, em relação às emoções negativas mas não em relação às emoções positivas, em comparação com um grupo de controlo não-clínico.

Acresce explicar que, ao contrário dos estudos que utilizaram questionários de auto-resposta, os estudos que utilizaram medidas psicofisiológicas têm fornecido resultados contraditórios em relação à possibilidade dos doentes com PBP apresentarem uma elevada intensidade/ reactividade emocional. Por exemplo, Ebner e colaboradores (2004) mostraram que os doentes com PBP, em comparação com doentes sem PBP, quando monitorizados por um período de 24 horas, apresentavam diferenças nas medidas fisiológicas indicativas de uma maior reactividade emocional, bem como reportavam a experiência de mais emoções negativas (e numa maior intensidade), mas não de emoções positivas (comprovando os resultados anteriores obtidos com questionários de auto-resposta). Herpertz e colaboradores (1999; 2000) conduziram estudos laboratoriais que mostraram, ao contrário do previsto, que os doentes com PBP não apresentavam respostas psicofisiológicas mais elevadas (i.e., não apresentavam uma activação aumentada) durante a exposição a estímulos emocionais (e.g., figuras com uma valência negativa, neutra e positiva) comparativamente a um grupo de controlo não-clínico e a um grupo de controlo com Perturbação Evitante de Personalidade, apesar dos mesmos participantes nos

questionários de auto-resposta terem reportado, subjectivamente, uma maior elevada intensidade emocional.

Na tentativa de esclarecer estes resultados contraditórios, Kuo e Linehan (2009) compararam um grupo de doentes com PBP, com um grupo de doentes com Fobia Social Generalizada e um grupo de controlo não-clínico. Todos os participantes foram expostos a duas condições, (condição padrão/ visionamento de 3 filmes e condição de *imagery*/leitura de 3 guiões baseados em experiências relevantes vivenciadas pelos próprios participantes), de modo a induzir três tipos de emoções (tristeza, medo e raiva). Todos os participantes foram avaliados através de questionários de auto-resposta e de medidas psicofisiológicas durante a exposição aos estímulos emocionais. Os resultados mostraram que os doentes com PBP parecem ser biologicamente mais vulneráveis para a vivência de uma emocionalidade negativa aumentada (i.e., apresentam uma intensidade emocional negativa mais elevada logo na linha de base) comparativamente aos restantes grupos. Contudo, ao contrário do previsto, não apresentaram uma maior reactividade emocional (i.e., as modificações verificadas entre a linha de base até às tarefas de indução emocional foram semelhantes nos três grupos), não apresentando, como tal, uma maior magnitude de activação em resposta a estímulos emocionais.

Alguns autores têm avançado explicações para esta possível ausência de reactividade aumentada, quando avaliada através de medidas psicofisiológicas, nos doentes com PBP, entre as quais, que esta pode somente ocorrer em resposta a estímulos que sejam emocionalmente relevantes para o doente (e.g., Yen, Zlotnick, Costello, 2002; Stiglmayr et al., 2005), apesar de existirem estudos que não forneceram evidências empíricas para essa possibilidade (Kuo & Linehan, 2009; Schmahl et al., 2004), e talvez mais importante ainda, o facto de não ter sido controlado o efeito da dissociação, dado que alguns estudos mostram que os indivíduos com PBP que apresentam níveis mais elevados de dissociação apresentam uma atenuação das suas respostas fisiológicas, o que atesta a importância de se estudar a dissociação nestes doentes (Ebner, Priemer et al., 2005). Outras explicações têm igualmente sido avançadas, nomeadamente, de que a heterogeneidade de sintomas apresentados pelos doentes com PBP ou a possibilidade de existirem diferentes perfis de sintomas, podem explicar as diferenças encontradas nos diferentes estudos que foram conduzidos (Rosenthal et al., 2008), com alguns investigadores a colocarem a possibilidade de existirem subgrupos de doentes com PBP que respondem diferencialmente a estímulos emocionalmente evocativos (e.g., Russ, Shearin, Clarkin, Harrison, & Hull, 1993). Ainda a este respeito, Robins e Rosenthal (2011) colocam ainda a possibilidade da PBP ser melhor caracterizada pela incapacidade que os doentes têm em adoptar estratégias de regulação emocional adaptativas (i.e., auto-tranquilizarem quando emocionalmente activados) e não tanto pela manifestação de uma activação fisiológica aumentada, ou seja, por uma maior reactividade emocional.

Ambiente de invalidação emocional

Segundo Linehan e colaboradores (1993; Crowell et al., 2009), a patologia *borderline* desenvolve-se quando uma criança emocionalmente vulnerável e impulsiva foi exposta a um ambiente familiar invalidante, caracterizado por respostas erráticas e inapropriadas às suas experiências privadas, que alternaram entre a desvalorização, crítica e punição e o reforço intermitente da expressão extrema de emoções. Esta criança necessita frequentemente de expressar reacções emocionais extremas para obter uma resposta suportiva do ambiente familiar, enquanto, com a mesma frequência, lhe era comunicado que deveria ser capaz de lidar internamente com os estados emocionais sem suporte parental. Com efeito, neste ambiente invalidante não aprende a identificar, a compreender, a regular ou a tolerar as suas emoções, passando a acreditar que a sua experiência e expressão emocional é de algum modo errada ou inapropriada. Torna-se, assim, cada vez mais difícil para a criança inibir a expressão de emoções negativas extremas perante um ambiente familiar invalidante, que utiliza inconsistentemente

a punição e o reforço, ocorrendo uma escalada da raiva durante as interações, com frequentes oscilações extremas entre a inibição emocional e a labilidade emocional (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993). Consequentemente, este ambiente de invalidação emocional irá reforçar a sua vulnerabilidade emocional, e a sua vulnerabilidade emocional, por sua vez, irá aumentar a probabilidade de evocar respostas invalidantes por parte dos seus prestadores de cuidados (Crowell et al., 2009).

Segundo Wagner e Linehan (1997), o ambiente invalidante engloba, frequentemente, a ocorrência de experiências de abuso sexual, físico e emocional. Contudo, outras experiências precoces adversas para além do abuso físico e sexual são frequentemente relatadas pelos doentes com PBP, incluindo histórias de negligência emocional, conflitos hostis, separação ou perda parental, inconsistência no tratamento recebido pelos prestadores de cuidados, frieza parental, intrusividade e criticismo parental, entre outras (e.g., Marziali, 1992; Perry & Herman, 1993; Zanarini et al., 1997). Alguns estudos fornecem suporte ao papel que o ambiente de invalidação emocional poderá ter na etiologia da PBP. Zanarini e colaboradores (1997) compararam doentes com PBP com doentes com outra Perturbação de Personalidade que não a PBP, tendo verificado que os doentes com PBP relataram terem sofrido significativamente mais episódios de abuso (físico, emocional e sexual) e de negligência por parte dos prestadores de cuidados (e.g., afastados emocionalmente, tratados de modo inconsistente, verem negados os seus pensamentos e emoções, terem sido parentificados, e não lhes ter sido dada a protecção necessária). Pelo facto do abuso sexual ser a forma de abuso mais frequentemente associada à PBP, com aproximadamente 50% dos doentes a relatarem terem sofrido episódios de abuso sexual durante a sua infância (Silk, Wolf, & Bem-Ami, 2005), durante muito tempo este foi mesmo considerado um dos factores etiológicos mais importantes na PBP (e.g., Herman & van der Kolk, 1987). Esta ideia foi sendo reforçada pelo facto de um dos factores etiológicos do auto-dano nos doentes com PBP estar igualmente associado à existência de experiências precoces de abuso sexual (e.g., Zweig-Frank, Paris, & Guzder, 1994) e de negligência parental durante a infância (e.g., Dubo, Zanarini, Lewis, & Williams, 1997; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991). Contudo, actualmente, a maioria dos investigadores e clínicos não considera o abuso sexual um factor necessário, nem suficiente, na explicação da etiologia deste quadro clínico nem das suas manifestações comportamentais (e.g., Lieb et al., 2004) considerando-se apenas o abuso sexual como um factor de vulnerabilidade transversal à psicopatologia.

Défices nas competências de regulação emocional

De acordo com o modelo biossocial, os factores biológicos e ambientais contribuem, igualmente, para que os doentes com PBP apresentem uma incapacidade marcada para regular as suas emoções assim que estas são activadas, apresentem um insuficiente controlo dos seus comportamentos impulsivos, manifestem dificuldades em desviar a sua atenção de estímulos emocionais e empreguem tentativas impulsivas repetitivas e desesperadas (e.g., auto-dano, tentativas de suicídio, comportamentos impulsivos) para evitar ou reduzir os estados emocionais aversivos (Crowell et al., 2009; Kuo & Linehan, 2009; Linehan, Bohus, & Lynch, 2007). Ou seja, o modelo postula que com o tempo, as dificuldades em regular os estados emocionais agudizam-se, conduzindo a uma confiança cada vez maior na utilização de estratégias de natureza evitante e impulsiva (e.g., comportamentos de auto-dano e consumo de substâncias) eficazes no alívio imediato dos estados emocionais aversivos, a curto-prazo (Robins & Rosenthal, 2011).

Contudo, apesar das dificuldades em regular as emoções serem consideradas como o elemento mediador entre a vulnerabilidade emocional e o ambiente familiar invalidante e os sintomas característicos da PBP, assumindo como tal um papel central na compreensão deste quadro clínico, são escassos os estudos que procuraram examinar o papel exercido pelos processos de regulação emocional. Adicionalmente, os estudos que analisaram a relação entre processos de regulação

emocional e sintomas *borderline* foram efectuados quase na sua totalidade em amostras não-clínicas, o que desde logo condiciona a generalização e aplicação dos resultados obtidos à patologia *borderline*.

Por exemplo, Rosenthal, Cheavens, Lejuez e Lynch (2005), mostraram a importância do uso crónico da supressão do pensamento, enquanto estratégia de regulação desadaptativa em indivíduos com sintomatologia *borderline*. Mais concretamente, os resultados mostraram que os indivíduos que reportam mais intensidade/ reactividade do afecto negativo (definidos no estudo como a tendência para experienciar de modo intenso as emoções negativas e para ficar facilmente perturbado pelos eventos emocionais) apresentavam mais sintomas/ critérios da PBP, sendo esta relação mediada pela supressão do pensamento (mesmo quando controlado o efeito de experiências passadas de abuso sexual). De referir, contudo, que o estudo foi conduzido numa amostra maioritariamente não-clínica, em que apenas 15% dos participantes preenchiem todos os critérios necessários para o diagnóstico de PBP e uma proporção significativa apresentava um grau moderado de sintomatologia *borderline*. Num outro estudo, Cheavens e colaboradores (2005) mostraram, numa amostra não-clínica de estudantes universitários, que a supressão do pensamento mediava totalmente a relação entre a intensidade/reactividade do afecto negativo e um compósito de três características centrais na PBP (i.e., impulsividade, agressão e sensibilidade interpessoal), bem como mediava parcialmente a relação entre a percepção de criticismo parental e essas mesmas características *borderline*.

Por sua vez, resultados semelhantes são encontrados em doentes com PBP, em que os estudos revelaram que, em resposta a *stressores* emocionais recentes, os doentes com PBP, em comparação com um grupo não clínico, tendem a utilizar com mais frequência estratégias de *coping* evitante/ escape e com menos frequência a procura de suporte social (Bijttebier & Vertommen, 1999). Num outro estudo (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gunderson, 2006), em que foi comparado um grupo de doentes com PBP com um grupo de doentes sem Perturbação de Personalidade, os resultados mostraram que os doentes com PBP apresentavam uma menor disponibilidade/ tolerância para experienciar afecto negativo como parte do processo de prossecução de objectivos valorizados.

Em síntese, os resultados destes estudos sugerem que os doentes com PBP procuram lidar com os seus eventos internos intensos (e.g., pensamentos e emoções) através da adopção maioritária de estratégias de evitamento. A este respeito Cheavens e colaboradores (2005) hipotetizam que “as tentativas de evitamento crónico das emoções ou dos pensamentos indesejáveis podem reforçar a ideia de que as emoções e os pensamentos são realmente prejudiciais e podem reduzir os sentimentos de mestria e de auto-eficácia (p.259)”. Assim, é possível que as estratégias que empregam (e.g., supressão do pensamento) ao permitirem um alívio imediato dos estados internos, desagradáveis e desconfortáveis, vão sendo negativamente reforçadas, mas que o seu uso crónico poderá, paradoxalmente, conduzir a uma intensidade emocional aumentada e ser responsável pelo uso de métodos mais extremos da regulação emocional (e.g., auto-dano, auto-medicação) (Cheavens et al., 2005; Rosenthal et al., 2005).

Dito de outro modo, é possível que os doentes com PBP ao fracassarem nas suas tentativas para evitar os seus pensamentos e emoções, e que tendencialmente recorrem ao evitamento crónico, possam reagir com níveis ainda mais elevados de perturbação emocional (bem como de frequência/ intensidade dos pensamentos e emoções que pretendiam evitar) e que, deste modo, estejam em maior risco para adoptar estratégias ainda mais extremas na tentativa de suprimir, aliviar ou controlar, a qualquer custo e o mais rapidamente possível, as suas experiências internas avassaladoras e indesejáveis (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Chapman, Spech, & Celluci, 2005; Kehrer & Linehan, 1996; Linehan, 1993 a, b).

E se são escassos os estudos em relação aos processos de desregulação emocional envolvidos na PBP, mais raros ainda são os estudos que analisaram a relação entre os défices nos processos de regulação emocional eficazes e a sintomatologia *borderline*, apesar de, a existir uma relação, é possível colocar a

hipótese desses processos terem um importante papel protector na manifestação sintomática da patologia *borderline*.

Uma excepção foi o estudo conduzido por Wupperman, Neumann e Axelrod (2008) numa ampla amostra de estudantes universitários, que mostrou que o *mindfulness* estava negativa e fortemente associado aos sintomas *borderline*, e que os défices de *mindfulness* (na consciência, atenção e aceitação do momento presente) continuavam a predizer significativamente os sintomas *borderline* mesmo quando se controlava o traço de neuroticismo. Estes resultados fornecem suporte ao estudo de Baer e colaboradores (2004), que mostrou que doentes com PBP quando comparados com uma amostra não clínica reportavam níveis mais baixos de traço *mindfulness*.

É, por isso, possível colocar a hipótese de que a falta de consciência e clareza em relação às experiências emocionais, associada à tendência para julgar as suas emoções negativas como indesejáveis e perturbadoras, em indivíduos que já são emocionalmente vulneráveis, ajude a explicar o porquê dos doentes com PBP tenderem a utilizar todo um conjunto de estratégias de evitamento.

O evitamento experiencial como constructo integrador na PBP

Recentemente, Chapman e colaboradores (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011; Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Chapman, Specht, & Cellucci, 2005) expandiram o Modelo Biossocial de Linehan, de modo a destacarem o papel central do evitamento experiencial no desenvolvimento e manutenção da PBP.

O *evitamento experiencial* é conceptualizado como uma ampla classe ou categoria de comportamentos que têm em comum a função de evitamento ou de escape das experiências internas indesejadas, desconfortáveis ou perturbadoras (entre as quais, pensamentos, emoções, sensações corporais/somáticas) ou das situações que as desencadeiam (e.g., Chapman et al., 2006; Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). De entre os comportamentos que podem ser incluídos nesta categoria, encontram-se “suprimir a experiência ou a expressão das emoções, suprimir os pensamentos, evitar situações, envolver-se em actividades distractoras para evitar pensamentos ou emoções, e uma variedade de outros comportamentos com funções similares (e.g., uso de álcool ou droga, auto-dano, ingestão compulsiva, tentativas de suicídio)” (Chapman et al., 2011, p. 37). Com base nisto é, então, possível constatar que vários estudos conduzidos na PBP, que comprovaram a tendência geral para o evitamento ou o uso de comportamentos de escape, podem ser antes interpretados como diferentes manifestações de evitamento experiencial. Até porque o evitamento experiencial pode ser conceptualizado como uma classe de respostas funcional, isto é um “conjunto de comportamentos que, embora possivelmente diferentes na forma, são iguais na medida em que produzem os mesmos resultados ou similares” (Farmer & Nelson-Gray, 2005, p. 104).

Mais ainda, diversos estudos demonstraram que os doentes com PBP apresentam, com elevada prevalência, vários problemas clínicos que podem ser incluídos na categoria de evitamento experiencial, nomeadamente, o abuso de álcool e drogas (e.g., Miller, Abrams, Dulit, & Fyer, 1993; Morgenstern, Langenbucher, Labouvie, & Miller, 1997), os distúrbios alimentares (e.g., Koeppe, Schildbach, Schmager, & Rohner, 1993), os comportamentos dissociativos (e.g., Ebner-Priemera et al., 2005; Wagner & Linehan, 1998), os comportamentos de auto-dano (e.g., Gunderson, 2001) e as tentativas de suicídio e/ou o suicídio consumado (e.g., Frances, Feyer, & Clarkin, 1986; Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005), o que indiretamente reforça a possibilidade do evitamento experiencial poder ser conceptualizado como um constructo integrador na PBP.

A ideia subjacente, a estes recentes avanços na compreensão da PBP, é que sendo os doentes *borderline* emocionalmente vulneráveis (i.e., experienciam emoções perturbadoras mais facilmente, com uma elevada intensidade e, possivelmente, por um período mais longo de tempo), eles tendem a ter mais dificuldades em lidar com as suas emoções, o que associado a uma eventual menor tolerância emocional e maior impulsividade, os coloca especialmente motivados para utilizarem comportamentos problemáticos, de evitamento ou escape, na tentativa de reduzirem ou eliminarem os seus estados emocionais aversivos, o mais rapidamente possível, comparativamente aos indivíduos sem PBP (Chapman et al., 2011). Contudo, o evitamento experiencial, quando utilizado cronicamente e de modo inflexível torna-se particularmente prejudicial (e.g., Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996), por um lado porque as tentativas para evitar os eventos internos têm um efeito paradoxal, ao aumentarem a frequência, a severidade e a acessibilidade desses mesmos eventos (e.g., Salters-Pedneault, Tull, & Roemer, 2004; Wegner & Erber, 1992; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987), como, por outro lado, impedem os indivíduos de se exporem aos estímulos emocionalmente evocativos, conduzindo em que em consequência esses estímulos continuem a provocar respostas emocionais aversivas (e.g., Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Wegner, 1994), conduzindo a um agravamento da vulnerabilidade emocional prévia experienciada pelos doentes *borderline*.

Neste sentido, Chapman, Dixon-Gordon e Walters (2011), colocam a possibilidade da relação entre a vulnerabilidade emocional biológica e o evitamento experiencial se reforçar ciclicamente em doentes com PBP, com a vulnerabilidade emocional a conduzir ao uso crónico de estratégias de evitamento experiencial, e o evitamento experiencial, por sua vez, a exacerbar a vulnerabilidade emocional existente nestes doentes.

Contudo, mais uma vez, apesar do papel promissor que o evitamento experiencial poderá ter na PBP, são escassos os estudos que utilizaram uma medida directa de evitamento experiencial (AAQ-II: *Acceptance and Action Questionnaire*; Bond et al., 2011) para explorar a relação que possa existir entre os factores de vulnerabilidade emocional e ambientais, o evitamento experiencial e os sintomas *borderline*.

O auto-dano na Perturbação *Borderline* de Personalidade

Apesar dos comportamentos deliberados de auto-dano sem intenção suicida poderem estar presentes em outros quadros clínicos que não a PBP (Haw, Hawton, Houston, & Townsend, 2001; Zlotnick, Mattia, & Zimmerman, 1999) e mesmo em indivíduos sem diagnóstico de doença mental (e.g., Brown, 2009; Briere & Gil, 1998; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003), eles têm uma elevada prevalência (cerca de 70-75%) na PBP (Gunderson, 2001; Linehan, 1993), tendo por esse motivo sido frequentemente associados a este quadro clínico (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 1994).

Na literatura encontramos diferentes nomenclaturas e mesmo definições para o auto-dano (e.g., auto-mutilação, auto-lesão, auto-agressão, parasuicídio, dano auto-infligido, entre outras), mas a maioria dos teóricos e investigadores concordam com a definição de Graz e colaboradores (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Gratz, 2003; Gratz & Roemer, 2008) que conceptualizam o auto-dano como a alteração ou destruição, directa e deliberada, de tecido corporal, sem uma aparente ou consciente intenção suicida, mas que é severa o suficiente para que ocorra dano no tecido corporal. Neste sentido, esta definição, exclui as situações em que os comportamentos deliberados de auto-dano são resultantes, de distúrbios desenvolvimentais/ deficiência cognitiva (e.g., Carr, 1977), de perturbações psicóticas, e de formas de comportamento sancionadas culturalmente, mas comuns entre adolescentes, e características de determinadas subculturas sociais, como as tatuagens e os *piercings* (e.g., Favazza, 1998). Adicionalmente, esta definição, enfatiza a ideia de que as tentativas de suicídio/ suicídio consumado e

os comportamentos deliberados de auto-dano são dois fenómenos clínicos distintos (e.g., na letalidade, na intenção e nas funções) (e.g., Favazza, 1998; Gratz, 2001; Klonsky, 2007; Muehlenkamp, 2005; Nock, 2010), com vários estudos a mostrarem que os motivos e factores antecedentes/ consequentes do auto-dano e das tentativas de suicídio são claramente diferentes (e.g., Brown, Comtois, & Linehan, 2002; Chapman & Dixon-Gordon, 2007). Não obstante, as tentativas de suicídio e os comportamentos de auto-dano podem coexistir no mesmo indivíduo, com estudos a revelar, que os indivíduos que apresentam comportamentos de auto-dano estão mesmo em maior risco de cometerem tentativas de suicídio (e.g., Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000) e que, cerca de 9 a 10% dos doentes com PBP acabam mesmo por cometer suicídio (Paris & Zweig-Frank, 2001).

A letalidade não se revela uma função dos comportamentos de auto-dano. Qual será então?

Recentemente, Klonsky (2007) analisou 18 estudos empíricos, conduzidos em amostras clínicas e não clínicas (cinco dos quais foram conduzidos em amostras de doentes com PBP), cujo objectivo era a identificação das razões/motivos relatados em questionários de auto-resposta para os comportamentos de auto-dano, ou a análise dos acontecimentos ou estados afectivos que haviam precedido, acompanhado ou seguido os comportamentos de auto-dano. Na sua revisão, o autor concluiu que são sete as funções que mais repetidamente têm sido examinadas na literatura como estando associadas aos comportamentos de auto-dano (tabela 45).

Tabela 45

Funções do auto-dano segundo Klonsky (2007).

Função	Descrição da função
Regulação do afecto	Para aliviar o afecto negativo agudo ou a activação afectiva aversiva.
Anti-dissociação	Para terminar com a experiência de despersonalização ou dissociação.
Anti-suicídio	Para substituir, comprometer-se com, ou evitar o impulso de cometer suicídio.
Limites Interpessoais	Para afirmar a sua autonomia, ou a distinção entre o Eu e o Outro.
Influência Interpessoal	Para solicitar ajuda ou manipular os Outros.
Auto-punição	Para expressar raiva dirigida a si próprio.
Procura de sensações	Para gerar satisfação ou excitação.

Adaptado de Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239 (p. 229).

Dado o âmbito da presente dissertação, serão apenas apresentados alguns dos estudos empíricos, teóricos e clínicos que foram desenvolvidos em torno de três das funções acima mencionadas, a regulação do afecto, a anti-dissociação e a auto-punição.

Funções do auto-dano

Função de Regulação Emocional

A maioria dos trabalhos, que têm vindo a ser apresentados na literatura científica, considera que o auto-dano é utilizado como estratégia de regulação emocional, cuja função é o alívio de estados emocionais negativos intensos e aversivos (e.g., Gratz, 2003; Klonsky, 2007; Linehan, 1993; Nock & Prinstein, 2004; Walsh, 2007). Segundo Linehan (1993), o auto-dano pode ser conceptualizado como uma consequência directa da desregulação emocional e, simultaneamente, como um esforço para regular os estados emocionais aversivos.

Recentemente, um dos modelos teóricos explicativos do desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de auto-dano que se tem vindo a destacar e que constitui uma extensão ao Modelo Biossocial de Linehan (1993; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009) é o *Modelo do Evitamento Experiencial*¹⁴⁷ (MEE – *Experiential Avoidance Model*; Chapman, Gratz, & Brown, 2006), que é baseado na premissa de que os comportamentos deliberados de auto-dano podem ser conceptualizados, sobretudo, como uma estratégia de evitamento emocional, e que apesar de também poderem ter como função ajudar os doentes a evitar outras experiências internas, é provável que o façam na medida em que essas restantes experiências internas (e.g., pensamentos, memórias) se tornam aversivas e indesejáveis, devido precisamente às emoções que lhes estão associadas. Segundo este modelo (Chapman, Gratz, & Brown, 2006; Chapman, Specht, & Cellucci, 2005) representado na figura 19, um estímulo emocional ao desencadear um estado emocional aversivo (i.e., um estado de activação indesejado e intolerável), vai conduzir a que o doente sinta uma vontade iminente de lhe escapar, e a que esteja especialmente motivado para emitir comportamentos deliberados de auto-dano. Dado que os comportamentos de auto-dano lhe permitem, a curto-prazo, eliminar, reduzir ou aliviar esse estado emocional, passam a ser negativamente reforçados e fortalecidos. Com a repetição do reforço negativo, torna-se ainda mais provável o recurso aos comportamentos de auto-dano em situações similares futuras (sempre que tenha que lidar com estados emocionais aversivos), levando mesmo a que ao fim de algum tempo o auto-dano se transforme numa resposta de fuga automática (Chapman et al., 2006).

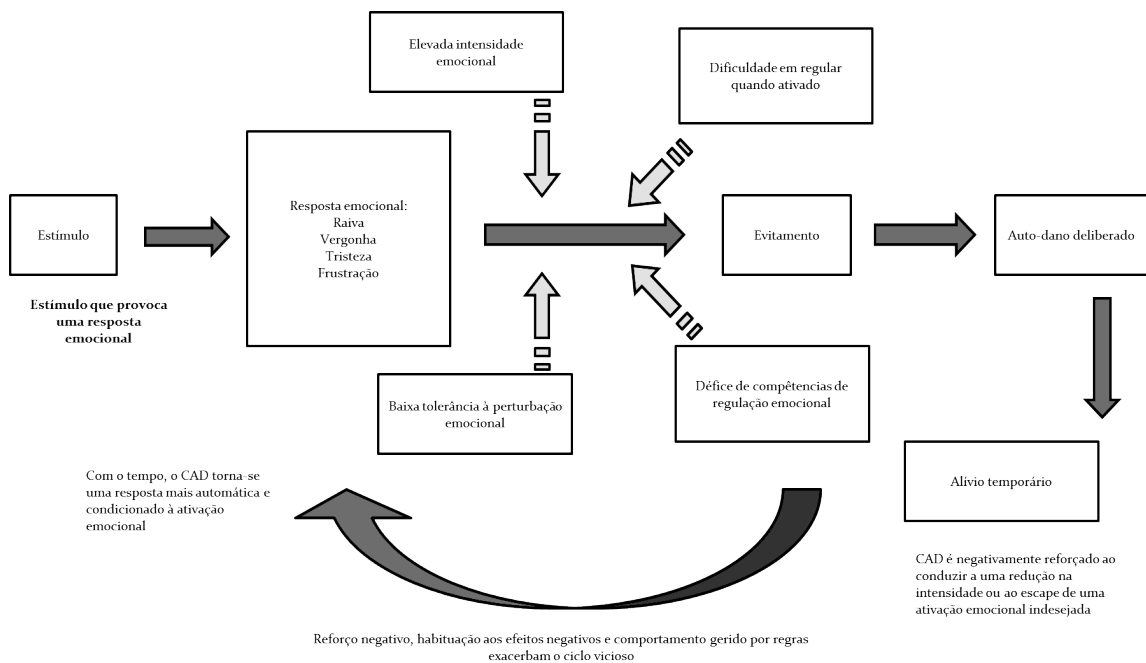


Figura 19. Modelo do Evitamento Experiencial aplicado ao comportamento de auto-dano (CAD). Adaptado de Chapman, Gratz, & Brown (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The Experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371- 394 (p. 373).

¹⁴⁷ De referir que este modelo não foi desenvolvido exclusivamente para explicar os comportamentos deliberados de auto-dano na Perturbação *Borderline* de Personalidade, mas sim para ser aplicado de um modo geral a todas as populações psiquiátricas e não clínicas nas quais estes comportamentos se verificam.

De acordo com Chapman e colaboradores (Chapman et al., 2011, 2006), existem quatro mecanismos/factores de risco que podem aumentar a probabilidade de um doente com PBP vir a apresentar um forte reportório de comportamentos cuja função comum seja o evitamento experiencial e, entre estes, mais especificamente, os comportamentos deliberados de auto-dano: a) a maior intensidade das suas respostas emocionais (o que possivelmente conduz a uma percepção das emoções como avassaladoras); b) o acesso limitado a estratégias funcionais para modelar a activação emocional/ ou dificuldades na implementação de estratégias de *coping* alternativas quando emocionalmente ativado; c) uma baixa tolerância à activação emocional; e d) a presença de respostas emocionais particulares (e.g., raiva, vergonha, tristeza e frustração). Neste âmbito, Chapman, Gratz e Brown (2006) enfatizam a possibilidade de não ser tanto a activação emocional aumentada que caracteriza os indivíduos com comportamentos de auto-dano, mas antes a baixa tolerância à perturbação emocional, que é possivelmente influenciada pelo grau em que avaliam subjectivamente a sua activação emocional como mais aversiva, intolerável e indesejável, o que os poderá conduzir à adopção de estratégias de evitamento que visam a redução ou o escape de estados emocionais. Um dos estudos que forneceu evidências preliminares a este respeito mostrou que a sensibilidade à ansiedade (tendência para apresentar crenças negativas acerca das consequências cognitivas e sociais dos sintomas associados à ansiedade) distingue significativamente doentes com PBP e um grupo de controlo de doentes sem Perturbação de Personalidade, e que o efeito da sensibilidade à ansiedade na pertença ao grupo PBP era mediado pelo evitamento experiencial, mesmo quando se controlava o efeito do afecto negativo, da intensidade/ reactividade afectiva e da impulsividade (Gratz, Tull, & Gunderson, 2008).

De facto, são vários os investigadores que sugerem que a avaliação negativa das emoções (e.g., ansiedade) como 'más' ou 'erradas' (e.g., Gratz, Tull, & Wagner, 2005) ao conduzir a uma vivência das emoções como aversivas e intoleráveis, aumenta a probabilidade do indivíduo vir a adoptar estratégias de evitamento na tentativa de escapar ou suprimir os estados emocionais aversivos (e.g., Gratz, Bornoalova, Delany-Brumsey, Nick, & Lejuez, 2007; Turk, Heimberg, Luterek, Mennin, Fresco, 2005). Contudo, estes estudos não foram conduzidos em doentes com PBP. O único estudo conduzido na PBP que fornece evidências preliminares a esta possibilidade foi realizado por Stanley e Wilson (2006), em que os autores mostraram, ao compararem uma amostra de doentes com Perturbação Depressiva Major com outra amostra de doentes com Perturbação Depressiva Major e Perturbação *Borderline* de Personalidade, que os doentes que apresentavam em comorbilidade a PBP, tendiam a reportar mais sintomas depressivos nos questionários de auto-resposta, mas não em medidas objectivas preenchidas pelo terapeuta, o que parece sugerir que os doentes com PBP tendem subjectivamente a experienciar as suas emoções negativas como mais aversivas, indesejáveis e perturbadoras.

Ainda de acordo com Chapman, Gratz e Brown (2006), serão os indivíduos com elevada impulsividade que mais tenderão a utilizar estratégias de *coping* destrutivas, como os comportamentos de auto-dano, na tentativa de obter um alívio rápido dos seus estados emocionais aversivos; fazendo-o em detrimento de optarem por estratégias de regulação emocional mais adaptativas que demorariam mais tempo a aliviar a sua perturbação emocional. São mesmo vários os investigadores que consideram a impulsividade como um factor de risco para o auto-dano (e.g., Crowell, Beauchain, & Linehan, 2009; Simeon et al., 1992; Welch & Linehan, 2002) e para o comportamento suicida (e.g., Soloff, Lis, Kelly, Cornelius, & Ulrich, 1994) em doentes com PBP. De acordo com Castille e colaboradores (2007), a impulsividade pode tornar os indivíduos incapazes de lidar de modo adaptativo com as suas emoções e cognições, tornando-os mais propensos para comportamentos de desregulação, tais como o auto-dano. Adicionalmente, Chapman, Leung e Lynch (2008), consideram que os comportamentos impulsivos e auto-lesivos característicos nos doentes com PBP (e.g., ingestão compulsiva, consumo de droga, auto-dano, tentativas de suicídio) ocorrem em resposta a estados emocionais negativos com a consequente função de regulação dos mesmos.

Estudos dos processos preditores dos comportamentos de auto-dano

Apesar do *Modelo do Evitamento Experiencial* se revelar promissor na explicação do desenvolvimento e manutenção do auto-dano, sobretudo, pelas importantes implicações clínicas que daí podem ser derivadas, são escassos os estudos que o tenham testado, sobretudo na PBP. Neste sentido, em seguida serão apresentados, ainda que resumidamente, alguns estudos que têm vindo a fornecer evidências empíricas preliminares a este modelo, ainda que, como referido anteriormente, na sua grande maioria tenham sido conduzidos em amostras não-clínicas.

Um desses estudos, conduzido por Chapman, Specht e Cellucci (2005) numa amostra prisional feminina com e sem diagnóstico de PBP, da qual cerca de 50% das participantes apresentavam uma história passada de comportamentos de auto-dano, mostrou que a frequência de comportamentos de auto-dano estava significativamente associada à supressão do pensamento (uma das formas de evitamento experiencial) e à severidade das características/ traços da PBP presentes (avaliados através da SCID-II, na qual foram contabilizados os critérios presentes num grau clínico, mas também aqueles que estavam presentes mas subliminarmente). Verificaram ainda que a severidade de traços da PBP estava significativamente associada a três variáveis de evitamento, nomeadamente o *coping* evitante, a supressão do pensamento e o evitamento experiencial. Apesar da severidade dos traços de PBP ter um efeito directo e significativo no evitamento (que no estudo foi avaliado através de uma variável compósita constituída pelo *coping* evitante, supressão do pensamento e evitamento experiencial), a variável compósita não apresentou um efeito directo na frequência de comportamentos de auto-dano (i.e., não se revelando como variável mediadora da relação). No mesmo sentido, a supressão do pensamento quando avaliada isoladamente, também não se revelou um mediador significativo da mesma relação. Contudo, a análise separada das correlações, entre as participantes com diagnóstico PBP e sem PBP, revelou que a supressão do pensamento só se associava significativamente à frequência de comportamentos de auto-dano, na subamostra de participantes com um diagnóstico de PBP.

Também Gratz (2004), numa amostra de estudantes do ensino universitário, mostrou que as participantes que apresentavam uma história repetida de auto-dano apresentavam níveis de evitamento experiencial significativamente superiores comparativamente às participantes sem história de auto-dano. Novamente Gratz (2006), numa amostra de estudantes universitárias, mostrou que de entre um conjunto de variáveis (maus-tratos na infância, inexpressividade emocional e intensidade/ reactividade afectiva), a ocorrência de maus-tratos durante a infância, a baixa intensidade/ reactividade do afecto positivo, assim como a interacção entre mais maus-tratos, uma maior inexpressividade e uma mais elevada intensidade/ reactividade afectiva (geral e negativa) prediziam a pertença ao grupo com auto-dano, ou seja, distinguiam de modo confiável as participantes que apresentavam com elevada frequência comportamentos de auto-dano (mais de dez episódios) das que não tinham história de auto-dano. No entanto, somente a inexpressividade emocional estava associada a uma maior frequência de comportamentos de auto-dano, entre as participantes que apresentavam este comportamento. Num outro estudo, efectuado na mesma amostra de estudantes universitárias, Gratz e Roemer (2008), verificaram que a desregulação emocional geral e, mais especificamente, o acesso limitado a estratégias de regulação emocional eficazes e a falta de clareza emocional, prediziam a pertença ao grupo com auto-dano, mesmo quando controlado o efeito dos maus-tratos na infância, da inexpressividade emocional e da intensidade/ reactividade afectiva. Adicionalmente, verificaram que a desregulação emocional geral, e novamente, a falta de clareza emocional e o acesso limitado a estratégias de regulação emocional, estavam significativamente associadas e prediziam a frequência de comportamentos de auto-dano, mesmo quando controlado o efeito dos maus-tratos na infância, da inexpressividade emocional e da intensidade/ reactividade afectiva entre as participantes que apresentavam este comportamento. Um estudo semelhante foi conduzido numa amostra de estudantes universitários do género masculino (e.g., Gratz & Chapman, 2007), tendo-se verificado que o abuso

físico e a desregulação emocional geral prediziam o estatuto ao grupo com auto-dano frequente (vs. sem auto-dano), mas que somente a desregulação emocional e a intensidade/ reactividade se encontravam significativamente associadas e prediziam a frequência de comportamentos de auto-dano nos participantes que apresentavam este comportamento.

Por último, no estudo conduzido por Gratz, Breetz e Tull (2010) numa amostra de estudantes universitários, que foi dividida num grupo com elevado índice de severidade de características PBP (compatível com um diagnóstico de PBP e dos quais 39% apresentavam comportamentos de auto-dano) e num outro com baixo índice de severidade de características de PBP (compatível com a inexistência de um diagnóstico de perturbação de personalidade e dos quais 21% apresentavam comportamentos de auto-dano), os resultados mostraram que os participantes com elevado índice de características da PBP que apresentavam comportamentos de auto-dano se diferenciavam significativamente dos que não apresentavam comportamentos de auto-dano, ao apresentarem uma maior inexpressividade emocional e uma maior desregulação emocional geral (e, especificamente, um menor recurso a estratégias de regulação emocional eficazes e dificuldades no controlo de comportamentos impulsivos quando emocionalmente activados), não se diferenciando, contudo, nas medidas de evitamento experiencial ou de *mindfulness*. Já no grupo com baixo índice de severidade de características *borderline*, a comparação do grupo sem auto-dano *versus* com auto-dano, mostrou que o grupo com auto-dano apresentava uma maior desregulação emocional geral (em particular, uma não aceitação das emoções e menor acesso a estratégias de regulação emocional eficazes), bem como um maior julgamento das experiências internas (avaliado através de uma medida de *mindfulness*). Quando analisado somente o grupo de participantes com auto-dano, os resultados mostraram que no grupo com elevada severidade de características de PBP unicamente a desregulação emocional geral (especificamente, as dificuldades em controlar o comportamento impulsivo) estava associada à frequência de comportamentos de auto-dano, enquanto no grupo com baixa severidade de sintomas *borderline*, a desregulação emocional geral (a não aceitação das emoções, as dificuldades em manter comportamentos dirigidos para objectivos, a dificuldade em controlar os comportamentos impulsivos e a falta de acesso a estratégias de regulação emocional eficazes), o julgamento das experiências internas e o evitamento experiencial correlacionavam-se significativamente com a frequência de comportamentos de auto-dano. Este estudo demonstra a importância que os traços/ sintomas *borderline* poderão ter na explicação de alguns dos processos emocionais que os indivíduos com comportamentos com auto-dano apresentam e, sobretudo, que os factores de risco para o desenvolvimento dos comportamentos de auto-dano poderão não ser os mesmos que explicam a sua frequência/ manutenção.

Em síntese, apesar destes estudos fornecerem evidências preliminares do papel de alguns factores de risco no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de auto-dano, eles foram conduzidos maioritariamente em amostras não clínicas e como tal carece de validação a generalização destes resultados para as populações clínicas e, em particular, a PBP.

Antecedentes/ conseqüentes e função percebida dos comportamentos de auto-dano

Uma outra via que pode fornecer suporte empírico à função de regulação emocional do auto-dano, é a análise dos factores antecedentes e conseqüentes ou das razões/ motivos que os doentes com PBP associam à ocorrência dos seus comportamentos de auto-dano.

A função de regulação emocional parece estar associada ao facto dos doentes com comportamentos de auto-dano apresentarem uma *elevada emocionalidade negativa*, sobretudo antes da ocorrência dos episódios de auto-dano (e.g., Favazza, 1998; Herpertz, 1995; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). A maioria dos estudos confere à ansiedade (entre diferentes emoções negativas) um lugar de destaque como

preditor dos comportamentos de auto-dano, com estudos conduzidos em amostras não-clínicas, a demonstrarem que a ansiedade mantém uma relação independente e substancial com os comportamentos de auto-dano, mesmo quando se controla o efeito da depressão (e.g., Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003).

Num estudo conduzido por Brown e colaboradores (Brown, Comtois, & Linehan, 2002), numa amostra de 75 mulheres com PBP, a quase totalidade (96%) apontou o alívio de estados emocionais negativos como o motivo pelo qual recorriam a comportamentos deliberados de auto-dano, seguindo-se a auto-punição (63%), a expressão da raiva (63%), a influência interpessoal (61%), o gerar de emoções/ anti-dissociação (54%) e a fuga ou o escape (52%). Também Shearer (1994), num estudo conduzido numa amostra de 41 mulheres com PBP, constatou que de entre as 17 razões possíveis, a segunda mais cotada para a ocorrência de comportamentos de auto-dano foi o alívio da ansiedade e do desespero sentidos como incontrolláveis, sendo que a primeira foi a auto-punição. Também Chapman e Dixon-Gordon (2007) no estudo que conduziram numa amostra prisional feminina, verificaram que no grupo que apresentava comportamentos de auto-dano (de referir que 22 dos 31 participantes deste grupo foram diagnosticados com PBP) a emoção mais frequentemente reportada como precedendo a ocorrência do auto-dano foi a raiva (45.16%), seguindo-se a ansiedade (16.13%), e a emoção mais frequentemente reportada como subsequente ao auto-dano foi o alívio (25.80%), seguindo-se a acalmia (16.13%). Adicionalmente, os resultados mostraram que as participantes com PBP, comparativamente às que não tinha diagnóstico de PBP, relatavam de modo mais expressivo uma mudança para emoções positivas após o episódio de auto-dano.

Os estudos realizados acerca das consequências do auto-dano fornecem igualmente evidências adicionais. Por exemplo, um estudo conduzido por Kamphuis, Ruyling, e Reijntjes (2007) num grupo de doentes do género feminino que apresentava um elevado índice de características *borderline*, mostrou que as participantes relatavam níveis elevados de emoções negativas imediatamente antes do episódio de auto-dano, que desciam marcadamente depois do episódio (sobretudo, os estados de tensão psicológica), e que aumentavam novamente um dia depois. E num outro estudo, Kemperman, Russ, e Shearin (1997), cuja amostra era composta por 38 mulheres com PBP que apresentavam comportamentos de auto-dano, mostrou que as participantes relatavam que após os episódios de auto-dano sentiram um alívio imediato de estados de ansiedade/ tensão intoleráveis, mas que ocorreu, igualmente, uma redução de emoções de tristeza, depressão e vergonha.

Função de Anti-dissociação

Outra função frequentemente associada aos comportamentos de auto-dano é a anti-dissociação. Isto porque, os comportamentos de auto-dano, ao estarem associados à dor física, podem ajudar alguns indivíduos a focar-se numa dor real, que os ajuda a interromper estados dissociativos ou de desrealização durante os quais se sentem irrealis, anestesiados ou em que nada sentem (e.g., Batey, May, & Andrade, 2010; Favazza, 1989; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Deste modo, os comportamentos de auto-dano, ao gerarem estados emocionais e sensações físicas, podem ajudar os indivíduos a sentirem-se novamente vivos e reais (e.g., Klonsky, 2007).

Alguns estudos têm fornecido evidências preliminares a esta função, apesar de em alguns casos se terem verificado resultados contraditórios nos doentes com PBP. No estudo conduzido por Brown e colaboradores (2002), mais de 50% das participantes apontaram como um dos motivos para recorrerem aos comportamentos de auto-dano, a tentativa de pararem estados dissociativos (ou seja, a tentativa de gerarem emoções). Contudo, no estudo conduzido por Shearer (1994) somente 7% das participantes escolheram a função de anti-dissociação como uma das três principais razões para os seus

comportamentos de auto-dano. E no estudo conduzido por Kemperman, Russ e Shearin (1997) verificou-se que as participantes relatavam um pico dos sintomas dissociativos durante os episódios de auto-dano (e não antes destes terem lugar), sendo que após o auto-dano ocorria um decréscimo dos sintomas dissociativos, resultados estes que são inconsistentes com a ideia de que o auto-dano tem como função reduzir os sintomas dissociativos (Klonsky, 2007).

Adicionalmente, é possível que a função de anti-dissociação e a função de regulação emocional se sobreponham dado que os próprios episódios de dissociação e de desrealização ocorrem frequentemente em resultado de estados emocionais intensos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Vários investigadores sugerem mesmo que a dissociação tem como função o evitamento de emoções, pensamentos e memórias traumáticas (e.g., Foa & Hearst-Ikeda, 1996; van der Kolk et al., 1996) e hipotetizam que a dissociação possa ser conceptualizada como uma forma de evitamento experiencial (e.g., Hayes et al., 1996).

Em síntese, apesar dos estados dissociativos serem frequentemente referidos como possíveis preditores dos comportamentos de auto-dano, nem todos os estudos corroboram essa possibilidade, assim como não fica claro qual a relação entre a dissociação e outros possíveis preditores do auto-dano (e.g., o evitamento experiencial) nos doentes com PBP.

Função de auto-punição

Os indivíduos que apresentam comportamentos de auto-dano parecem ser particularmente autocríticos, de tal forma, que a auto-punição, a raiva e o desprezo auto-dirigidos, são das motivações mais endossadas para o auto-dano (e.g., Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Adicionalmente, a emoção de raiva é frequentemente reportada como a emoção que mais antecede/precipita os episódios de auto-dano (e.g., Chapman & Dixon-Gordon, 2007).

A este respeito têm sido avançadas várias explicações para a relação que parece existir entre a raiva auto-dirigida, a auto-punição e o auto-dano. Alguns investigadores sugerem que a incapacidade para expressar, abertamente, a emoção de raiva pode conduzir a que alguns indivíduos a redireccionem para si próprios, através dos comportamentos de auto-dano (Herpertz, Sass, & Favazza, 1997), o que possivelmente explica o facto dos indivíduos com comportamentos de auto-dano apresentarem níveis elevados de 'hostilidade intrapunitiva' (Brittlebank et al., 1990). Outra explicação avançada é a de que os indivíduos que cronicamente se punem a si próprios (por exemplo, através do auto-criticismo ou de comportamentos de auto-dano) em resposta a eventos internos indesejados (como estados afectivos aversivos), podem fazê-lo como meio de auto-verificação (Swann, Hixon, Stein-Seroussi, & Gilbert, 1990). Isto é, os indivíduos comportam-se de um modo que é congruente com as suas crenças nucleares e, como tal, a auto-punição (e.g., auto-dano) serve para confirmar a visão negativa que têm de si próprios, de que são 'maus' ou de que cometeram uma transgressão e de que, por causa disso, merecem ser punidos (Rosenthal, Cukrowicz, Cheavens, & Lynch, 2006; Swann et al., 1990). Assim, é possível que nestes indivíduos os comportamentos de auto-dano, ao confirmarem o seu auto-conceito negativo, possam conduzir a uma redução temporária do afecto negativo, e da intensa ansiedade, despersonalização e sentimento de vazio, que habitualmente são reportados como estando presentes antes de ocorrerem os comportamentos de auto-dano (Brown, 1998; Chapman et al., 2006).

De facto, vários autores consideram que os comportamentos de auto-dano podem ser conceptualizados como uma forma extrema de auto-punição nos doentes com PBP (e.g., Brown, Comtois & Linehan, 2002). Por exemplo, no estudo conduzido por Brown e colaboradores (2002) 63% das participantes (todas com diagnóstico de PBP) seleccionaram a auto-punição como justificação para os seus

comportamentos de auto-dano, e no estudo conduzido por Shearer (1994), o item 'para me punir a mim próprio por ser 'mau'' foi mesmo o mais seleccionado, de entre as 17 opções de resposta possíveis, pelas doentes com PBP, como motivo para ocorrência dos seus comportamentos de auto-dano. Na literatura encontramos igualmente evidências de que os elevados índices de auto-punição apresentados pelos doentes com PBP são capazes de os distinguir de outros quadros clínicos (i.e., doentes com outras perturbações de personalidade e doentes com perturbação depressiva major), bem como dos indivíduos sem diagnóstico de doença mental (Rosenthal, Cukrowicz, Cheavens, & Lynch, 2006). Os resultados do estudo conduzido por Rosenthal e colaboradores (2006) mostraram ainda que a auto-punição (definida no estudo como uma estratégia de regulação ou de controlo de cognições indesejadas) prediz significativamente a severidade dos sintomas *borderline* mesmo quando controlado o efeito da afectividade negativa (quando considerados em conjunto a totalidade dos participantes em estudo). E ainda que não o tenham testado no seu estudo, os autores hipotetizam que os elevados níveis de auto-punição (e.g., auto-criticismo e os comportamentos de auto-dano) apresentados pelos doentes com PBP, poderão dever-se ao facto destes doentes experienciarem níveis elevados de vergonha e de ser, possivelmente, a vergonha um dos mais fortes desencadeadores da auto-punição.

Alguns investigadores concordam com esta possibilidade ao hipotetizarem que a função de auto-punição pode ser conceptualizada como uma tentativa de regular, aliviar ou evitar emoções auto-focadas aversivas ou as crenças negativas acerca do Eu que lhe estão associadas (e.g., Chapman et al., 2006; Turner, Chapman, & Layden, 2012) e que, nesse sentido, a auto-punição poderá mesmo traduzir um caso particular da função de regulação emocional do auto-dano, na medida em que os indivíduos através da auto-punição procuram obter alívio de emoções auto-focadas aversivas específicas, como a vergonha e a culpa (Turner, Chapman, & Layden, 2012).

Alguns estudos evidenciaram que de entre as emoções negativas, a vergonha tem sido hipotetizada como sendo possivelmente aquela que estará mais fortemente associada aos comportamentos de auto-dano, às tentativas de suicídio, à raiva e à impulsividade (e.g., Lester, 1998; Linehan, 1993; Stiglmayr et al., 2005). E, neste âmbito, existem mesmo alguns investigadores (Crowe, 2004), que propõem que a PBP seja conceptualizada como uma resposta crónica de vergonha dado que estes doentes sentem que nunca serão bons o suficiente. Contudo, apenas três estudos analisaram a fenomenologia da vergonha na PBP em comparação com outros quadros clínicos, demonstrando que a predisposição para a vergonha é mais específica da PBP do que de outros quadros clínicos. Mais concretamente, Rusch, Lieb e colaboradores (2007) mostraram que a predisposição para a vergonha é maior em doentes com PBP comparativamente a doentes com ansiedade social e a uma amostra de controlo de participantes sem doença mental. Num outro estudo Rusch, Corrigan e colaboradores (2007) mostraram que os doentes com PBP e Perturbação de Stress Pós-Traumático (PSPT) não apresentam níveis mais elevados de predisposição para a vergonha comparativamente a doentes com PBP sem PSPT. Por fim, outro estudo mostrou que as doentes com PBP apresentam níveis mais elevados de vergonha comparativamente a uma amostra de controlo sem doença mental (Chan, Hess, Whelton, & Yonge, 2005). De referir que nos três estudos só foram incluídas participantes do género feminino.

Apesar da vergonha, por envolver um estado de auto-consciência aversivo, poder constituir-se como um importante preditor do evitamento experiencial, e das suas diferentes manifestações, entre as quais as tentativas de suicídio e os comportamentos de auto-dano (Chapman et al., 2011, 2006), os estudos que exploraram esta associação, sobretudo, no que diz respeito aos comportamentos de auto-dano são escassos.

No que concerne ao suicídio, Baumeister (1990) considera que o mesmo pode ser utilizado como uma tentativa, completa e irrevogável, de escapar, esconder ou desaparecer de um escrutínio envergonhador perpetrado por outros ou pelo próprio eu. Já M. Lewis (1992) aponta que o suicídio possa resultar directamente da vergonha (sentimento que é experienciado quando o *self*, na sua

globalidade, é avaliado e julgado como sendo mau, inadequado ou sem valor) ou de uma consequência indirecta da raiva auto-dirigida. De facto, alguns estudos mostraram que a vergonha está associada à ideacção suicida e/ou às tentativas de suicídio (e.g., Hastings, Northman, Tangney, 2000; Lester, 1998; Tangney & Dearing, 2002).

No mesmo sentido, o Modelo Biossocial de Linehan (1993) enfatiza o papel das emoções negativas crónicas (sobretudo, a vergonha) e da auto-invalidação no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de auto-dano e das tentativas de suicídio. Mais concretamente, o modelo postula que, em muitos casos, os comportamentos auto-destrutivos podem ser uma forma de auto-invalidação aprendida que resulta directamente da vergonha e do ódio e desprezo auto-dirigidos (Brown, 1998). Isto porque é possível que os indivíduos com PBP tenham aprendido a responder às suas experiências emocionais, como pensamentos e emoções, do mesmo modo como os outros as trataram (i.e., internalizando a invalidação emocional), ou seja, punindo, trivializando, criticando e patologizando as suas próprias experiências internas (Brown, 1998; Linehan, 1993), e tratando frequentemente os seus eventos internos como não sendo válidos, importantes ou mesmo como não existindo (Brown, 1998; Rosenthal, Cukrowicz, Cheavens, & Lynch, 2006).

Contudo, apenas um estudo avaliou a hipótese da vergonha poder predizer (prospectivamente) a ocorrência de comportamentos de auto-dano e das tentativas de suicídio. Mais especificamente, Brown e colaboradores (2009) numa amostra de doentes com PBP exploraram a hipótese de os níveis elevados de vergonha estarem associados, prospectivamente, à ocorrência do dano auto-infligido (i.e., tentativas de suicídio e comportamentos de auto-dano sem intenção suicida), quando controlado o efeito de outros estados emocionais negativos (i.e., raiva, desprezo, repugnância, medo/ ansiedade e tristeza). Neste estudo a vergonha foi avaliada durante e após alguns segmentos de uma entrevista que avaliava os eventos desencadeadores do mais recente episódio de dano auto-infligido, através de medidas de auto-resposta, da codificação das expressões faciais dos participantes e da avaliação feita por um observador. Os resultados mostraram que a vergonha (quando avaliada por auto-relato do doente e do observador) é capaz de predizer futuros episódios de dano auto-infligido, estando associada a um risco aumentado destes episódios (a maior probabilidade da sua ocorrência e num menor período de tempo), sendo que, contudo, esta associação não se mantinha quando controlado o efeito do medo/ ansiedade, o que segundo os investigadores pode dever-se ao facto de uma das facetas da vergonha ser precisamente o medo da rejeição e de ser precisamente essa a dimensão da vergonha que prediz o dano auto-infligido. Já os níveis elevados de vergonha (quando avaliados através da codificação da expressão facial) revelaram-se significativamente associados ao aumento do risco dos episódios de dano auto-infligido mesmo quando controladas as emoções de tristeza e medo/ ansiedade, o que atendendo ao modo como o procedimento de classificação foi aplicado (i.e., enquanto as participantes relatavam episódios prévios de dano auto-infligido) leva os autores a sugerir que possivelmente as tendências de acção associadas à vergonha (como esconder os eventos e comportamentos em torno do dano auto-infligido) poderão conduzir ao comprometimento de estratégias de resolução do problemas (e.g., interferir com a procura de ajuda) e, deste modo, aumentar a probabilidade de ocorrência de novos episódios.

Qual o papel da vergonha interna e do evitamento experiencial nos sintomas borderline?

8.1. Objectivos

Recentemente tem vindo a ser equacionado o importante papel que o evitamento experiencial poderá assumir na PBP (*e.g.*, Chapman, Dixon-Gordan, Walters, 2011; Chapman, Gratz, & Brown, 2006). Apesar de ter sido demonstrado, numa amostra não clínica, que o evitamento experiencial está associado a uma maior severidade das características da PBP (Chapman, Spech, & Celluci, 2005), e que o evitamento experiencial discrimina doentes com PBP de doentes sem Perturbação de Personalidade (Gratz, Tull, Gunderson, 2008), não são conhecidos estudos que tenham analisado a relação entre o evitamento experiencial e traços específicos da PBP numa amostra de doentes com Perturbação *Borderline* de Personalidade.

Neste sentido, o primeiro objectivo do presente estudo foi explorar se o evitamento experiencial está associado a uma maior severidade de sintomas/ traços específicos da PBP (abandono e auto-imagem) numa amostra de doentes diagnosticados com PBP, bem como averiguar se o evitamento experiencial está associado a uma medida geral de severidade (que avalia os nove traços de personalidade tal como eles se encontram definidos no DSM-IV-TR).

Outro constructo que tem vindo a ser hipotetizado como tendo um papel central na PBP é a vergonha, com alguns investigadores a conceptualizarem a patologia *borderline* como uma resposta de vergonha crónica e intensa associada ao intenso sentimento de um Eu que nunca será suficiente bom (Crowe, 2004). A vergonha é mesmo considerada por alguns investigadores como a emoção que estará mais fortemente associada a determinadas características/ traços da PBP, como a impulsividade, a raiva, o auto-dano e as tentativas de suicídio (e.g., Linehan, 1993; Lester, 1998; Stiglmayr et al., 2005). Porém, a relação que poderá ter com os restantes traços *borderline* permanece por esclarecer. Dado que a vergonha interna se refere às auto-avaliações negativas globais, acerca de um *Eu* que é severamente julgado como inadequado, indesejável, defeituoso e/ou mau, e às emoções negativas auto-dirigidas (e.g., desprezo, nojo e repugnância) (Gilbert 1998, 2000a), o segundo objectivo do presente estudo foi explorar a associação que poderá existir entre a vergonha interna e a severidade dos sintomas/ traços da PBP e, mais especificamente, com o medo intenso do abandono e com a perturbação da identidade/auto-imagem. Adicionalmente, explorou-se a possibilidade dos doentes com PBP, que apresentam uma elevada vergonha interna, estarem especialmente motivados a utilizarem comportamentos de escape e de evitamento, na tentativa de suprimirem, controlarem e/ ou eliminarem as suas auto-cognições e estados emocionais auto-conscientes aversivos.

Sabe-se também que o Modelo Biossocial, enfatiza ainda o papel que o ambiente de invalidação emocional poderá ter no desenvolvimento e manutenção da PBP (Linehan, 1993). Contudo, a maioria dos estudos que se focou no papel da invalidação emocional na PBP fê-lo a partir da análise retrospectiva de experiências adversas (e.g., diversos tipos de abuso e/ ou negligência parental) que os doentes com PBP possam ter vivenciado durante a infância (e.g., Perry & Herman, 1993). Partindo daqui, o terceiro objectivo do presente estudo foi averiguar a possibilidade de nos doentes com PBP a percepção actual de invalidação por parte dos outros, ou seja, a crença de que os outros não legitimam, compreendem ou validam a expressão e experiência emocional estar associada uma maior severidade geral do quadro clínico, aos traços *borderline* de abandono e auto-imagem e ao maior uso do evitamento experiencial para lidar com os estados emocionais negativos.

Após ter sido explorada a associação entre a vergonha interna, as crenças de validação emocional, o evitamento experiencial e os traços *borderline* (através de análises correlacionais), pretendeu-se testar três modelos de compreensão para a relação entre estas variáveis. Mais concretamente, pretendeu-se testar a hipótese do efeito das crenças de validação emocional e da vergonha interna nos traços *borderline* ocorrer indirectamente através do evitamento experiencial. Dito de outro modo, pretendeu-se testar a hipótese da vergonha interna e das crenças de validação emocional terem um contributo independente e específico no evitamento experiencial e de este, por sua vez, conduzir a uma maior severidade dos traços *borderline*. Optou-se ainda por adicionar ao modelo proposto, uma variável que avaliasse a emocionalidade negativa (neste caso, a intensidade do afecto negativo), e averiguar se o efeito que a intensidade do afecto negativo tem nos traços *borderline* ocorria indirectamente através do evitamento experiencial. A decisão em adicionar esta variável ao modelo pretende cumprir dois objectivos: 1) dado que o afecto negativo é um constructo bem fundamentado empiricamente na literatura como estando associado ao evitamento experiencial e como estando especialmente presente nos doentes com PBP, era pertinente explorar a relação entre estes constructos na amostra em estudo; 2) sendo o afecto negativo um elemento característico dos doentes com PBP é importante assegurar que a relação entre as crenças de validação emocional e a vergonha interna com o evitamento experiencial não ocorria devido à relação que ambas têm com o afecto negativo (ou seja, a uma possível sobreposição com este constructo). Por este motivo, a intensidade do afecto negativo foi conceptualizada, neste estudo, como uma covariável da vergonha interna e das crenças de validação emocional.

Por fim, dada a inexistência de estudos neste âmbito, pretendeu-se ainda explorar a relação entre as crenças que os doentes com PBP reportam acerca das suas emoções (como incontroláveis, avassaladoras, incompreensíveis, inaceitáveis e perigosas), os processos de regulação emocional de evitamento (i.e., o evitamento experiencial e a dissociação) e a severidade dos traços *borderline*. Adicionalmente, pretendeu-se investigar se esta relação se mantém quando se controla a intensidade do afecto negativo, com o intuito de averiguar se seria somente porque experienciam mais afecto negativo (porque têm esta vulnerabilidade emocional) que os doentes com PBP adoptam mais estratégias com vista à supressão, controlo e evitamento dos seus estados emocionais negativos, ou se, independentemente da intensidade do afecto negativo, os doentes tendem a avaliar/julgar severamente as suas experiências emocionais, e poder ser esse um dos motivos, que conduz a que os doentes com PBP se esforcem em escapar ou eliminar os seus estados emocionais negativos. Mais ainda, procurou-se explorar se o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções no dano auto-infligido¹⁴⁸ ocorre indirectamente via dissociação (uma forma extrema de evitamento experiencial), mesmo quando se controla a intensidade do afecto negativo.

8.2. Metodologia

Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra clínica de doentes que preenchem critérios de diagnóstico para Perturbação *Borderline* de Personalidade (PBP). A amostra clínica é constituída por 78 doentes, dos quais 71 (91%) são do sexo feminino e 7 (9%) são do sexo masculino. A média de idade dos participantes é de 29.29 anos ($DP = 7.96$). Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 13.65 ($DP = 3.18$) anos de escolaridade. No que concerne ao estado civil, 74.4% ($n = 58$) dos participantes é solteiro e, em relação à situação profissional, 37.2% ($n = 29$) são estudantes. Os resultados são apresentados na tabela 46.

	Amostra total ($n = 78$)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	29.29	7.96
Anos de escolaridade	13.65	3.18
	<i>N</i>	%
Estado Civil		
Solteiro	58	74.4
Casado/ União de facto	17	21.8
Divorciado/ Separado	2	2.6
Viúvo	1	1.3
Situação Profissional		
Profissão de classe baixa	23	29.5
Profissão de classe média	20	25.6
Profissão de classe alta	6	7.7
Estudante	29	37.2
Género		
Feminino	71	91
Masculino	7	9

¹⁴⁸ O constructo de dano auto-infligido abarca os comportamentos de auto-dano sem intenção suicida e as tentativas de suicídio.

Instrumentos

Neste estudo foi utilizada uma bateria de questionários de auto-relato que incluiu: Folha de dados demográficos (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), a *Escala de Vergonha Interna* (ISS: *Internalized Shame Scale*; Cook, 1987, 1994, 2001; versão portuguesa de Matos et al., 2012), o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – versão modificada* (LESS: *Leahy Emotional Schemas Scale*; Leahy, 2002a, 2003a; versão modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2008), o *Questionário de Aceitação e Acção* (AAQ-II: *Acceptance and Action Questionnaire-II*; Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012), a *Escala de Afecto Positivo e Negativo* (PANAS: *Positive and Negative Affect Schedule*; Watson et al., 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), a *Escala de Experiências Dissociativas – II* (DES-II: *Dissociative Experiences Scale*; Carlson & Putnam, 1993; traduzida para a língua portuguesa por Dinis et al., 2008) e o *Questionário de Personalidade Borderline* (BPQ: *Personality Questionnaire Questionnaire*; Poreh et al., 2006; versão portuguesa de Pinto-Gouveia, & Duarte, 2007). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2).

Procedimento

A amostra clínica do presente estudo foi recrutada em diversas Unidades de Saúde Mental nacionais, públicas e privadas. Antes de se proceder à recolha da amostra foram obtidas as autorizações, das Comissões de Ética para a Saúde, de todas as Instituições Hospitalares públicas nas quais decorreu a recolha da amostra (Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, E.P.E., Centro Hospitalar Cova da Beira da Covilhã, E.P.E. e do Hospital de S. Teotónio de Viseu). A recolha da amostra clínica foi ainda efectuada em Clínicas Privadas (que têm disponíveis consultas de Psiquiatria e/ ou de Psicologia Clínica) situadas em Coimbra, Porto e Lisboa. Todos os doentes que aceitaram participar voluntariamente no estudo assinaram um formulário de consentimento informado antes de ter início o processo de avaliação diagnóstica e da passagem da bateria de questionários.

Confirmação do diagnóstico

Todos os doentes que participaram voluntariamente neste estudo preenchem os critérios de diagnóstico para Perturbação *Borderline* de Personalidade de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4.^a Edição - Revista (DSM-IV-TR, APA, 2000, p.710)¹⁴⁹. Como critérios de inclusão, para além da presença de pelo menos 5 dos 9 critérios necessários para atribuição do diagnóstico, considerou-se: a) o adequado preenchimento do protocolo de escalas, b) o preenchimento completo dos questionários que faziam parte da bateria de escalas, c) a aplicação das três entrevistas de diagnóstico. Os critérios de exclusão aplicados foram: a) presença de um diagnóstico comórbido de Esquizofrenia (ou outra Perturbação Psicótica), de Perturbação Bipolar I, de Perturbação Antissocial de Personalidade ou diagnóstico corrente de Dependência e/ou Abuso de Substâncias (num grau severo).

O diagnóstico de todos os participantes foi comprovado através da aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997). Foi ainda utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I (First et al., 1996) para avaliar os critérios de exclusão. Dos 84 participantes que receberam o diagnóstico

¹⁴⁹ Como referido anteriormente, todos os participantes foram referenciados através dos psiquiatras ou dos psicólogos que lhes prestavam acompanhamento psicoterapêutico.

principal de Perturbação *Borderline* de Personalidade, 78 cumpriram os critérios de inclusão e exclusão, sendo por isso incluídos no presente estudo.

Estratégia Analítica

O presente estudo apresenta um desenho transversal.

O primeiro passo consistiu no cálculo dos valores de média e de desvio-padrão das variáveis em estudo, seguindo-se o cálculo das correlações produto-momento de *Pearson* entre as variáveis.

Em seguida foram testados os modelos mediacionais propostos através da Análise de Trajectórias (*Path Analysis*), disponível no *software* AMOS (v.20, IBM SPSS Inc. Chicago, IL, Arbuckle, 2008). A significância das trajectórias (dos coeficientes de regressão) e os índices de ajustamento do modelo foram estimados através do Método da Máxima Verosimilhança. A análise à distância quadrada de *Mahalanobis* (p_1 ; $p_2 < 0.05$ como indicativo da existência de um *outlier*) demonstrou a inexistência de *outliers* multivariados em todos os modelos em análise. Nenhuma das variáveis apresentou desvios significativos à distribuição normal (assimetria $< |3|$ e curtose $< |10|$) (Kline, 1998). De modo a assegurar a inexistência de problemas multicolinearidade procedeu-se ao cálculo do VIF (Fator de Inflexão da Variância) no SPSS Statistics (v.20, IBM SPSS, Inc), tendo-se verificado que nenhuma das variáveis apresentava valores de VIF (> 5) indicadores de possíveis problemas de multicolinearidade, nos quatro modelos testados.

A adequação dos modelos propostos foi avaliada através dos seguintes índices de ajustamento: *Chi-square* (χ^2), *Normed Chi-Square* (χ^2/df , Wheaton, Muthen, Alwin, & Summers, 1977), *Tucker Lewis Index* (TLI, Tucker & Lewis, 1973), *Comparative Fit Index* (CFI, Bentler, 1990) e o *Root-Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, Steiger, 1990) com um intervalo de confiança de 90%.

Em seguida, foram progressivamente removidos os coeficientes de trajectória não significativos ($p > .05$), e testados os ajustamentos dos modelos aninhados (simplificados) obtidos. No sentido de avaliar se o ajustamento dos modelos aninhados era significativamente diferente do ajustamento dos modelos iniciais, foram calculados testes de diferenças do χ^2 . No caso de os modelos (iniciais e aninhados) não diferirem significativamente pode concluir-se que existe suporte empírico para a retenção dos modelos aninhados (mais parcimoniosos). A significância dos efeitos totais, directos e indirectos foi testada através do *bootstrap* paramétrico disponível no AMOS em cada um dos modelos testados. Neste estudo, e para cada um dos modelos testados, foram geradas 2000 amostras *bootstrap* (cada uma com um $N = 78$) que foram posteriormente utilizadas para estimar os intervalos de confiança (Schumacker, & Lomax, 2004). Mais concretamente, para cada efeito estimado calculou-se um intervalo de confiança (IC) acelerado corrigido de 95%, dado ser este o tipo de IC recomendado para estudos de mediação (MacKinnon, 2008; Mallinckrodt, Abraham, Wei, & Russell, 2006). Pode concluir-se que um efeito é significativamente diferente de zero para um $p < 0.05$ (bi-caudal) se o zero não estiver contido no IC.

8.3. Resultados

Estatísticas Descritivas e Análises Correlacionais

Os valores de média e de desvio-padrão para amostra total são apresentados na tabela 47. Todas as variáveis apresentam uma elevada consistência interna ($\alpha > .70$), acima do valor recomendado por Nunnally (1978). Com o objectivo de explorar a relação entre as variáveis em estudo foi calculada uma matriz de correlações produto-momento de *Pearson*.

Os resultados mostraram que os doentes que reportam uma elevada vergonha interna, ou seja, que mais severamente se julgam a si próprios, apresentam igualmente uma maior severidade dos traços *borderline* e, especificamente, mais se sentem abandonados ou receiam que tal venha a acontecer, e mais manifestam uma perturbação na auto-imagem. No mesmo sentido e tal como hipotetizado, os resultados mostraram que a vergonha interna está fortemente associada ao evitamento experiencial nos doentes com PBP. Já em relação às crenças de validação emocional verificou-se que quanto mais os doentes com PBP acreditam que os outros não validam, legitimam ou compreendem os seus estados emocionais mais manifestam preocupações em relação a um eventual abandono. Contudo, não se verificou uma associação significativa entre as crenças de validação emocional e a auto-imagem, o que poderá significar que não existe uma relação entre estes dois constructos, ou que a sua relação ocorre indirectamente através de outros processos (neste caso, hipotetiza-se que um desses processos será o evitamento experiencial). Os resultados mostraram ainda que as crenças de validação emocional estão negativa e moderadamente associadas ao evitamento experiencial. Já em relação à emocionalidade negativa, como seria de esperar, verificou-se que uma elevada intensidade de afecto negativo está associada a níveis mais elevados de evitamento experiencial, bem como uma maior severidade dos traços *borderline* (sobretudo, dos traços de abandono e da perturbação da auto-imagem) (cf. tabela 47).

Os resultados permitem igualmente constatar que à semelhança de estudos anteriores efectuados em amostras não-clínicas que o evitamento experiencial está associado a uma maior severidade dos traços *borderline* nos doentes com PBP e, mais especificamente, com o medo intenso de abandono e com a perturbação da identidade/ auto-imagem. Adicionalmente, verificou-se que as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas estão fortemente associadas ao evitamento experiencial entre os doentes com PBP, o que sugere que quanto mais os doentes experienciam subjectivamente as suas emoções como avassaladoras, intoleráveis e inaceitáveis, mais se esforçam para as evitar, controlar ou eliminar.

Contudo, o objectivo do presente estudo era o de igualmente investigar se esta relação se mantinha mesmo quando controlada a intensidade do afecto negativo. Neste sentido, procedeu-se ao cálculo de correlações parciais tendo-se verificado, tal como hipotetizado, que independentemente da intensidade do afecto negativo (quando controlado o seu efeito), a avaliação subjetiva dos estados emocionais como aversivos e indesejáveis está associada a índices elevados de evitamento experiencial ($r_{\text{parcial}} = .59$; $p < .01$). No mesmo sentido, verificou-se que as crenças de perigosidade acerca das emoções estão associadas a uma maior severidade dos traços *borderline*, sendo que esta associação se mantém como significativa quando se controla a intensidade do afecto negativo ($r = .38$; $p < .01$). Outro dado interessante é que apesar das crenças negativas acerca das emoções estarem fortemente associadas ao evitamento experiencial, à dissociação (que se pode conceptualizar como uma forma de evitamento experiencial) e à severidade dos traços/ sintomas *borderline*, elas não apresentam uma correlação significativa com o dano auto-infligido, o que leva a colocar a possibilidade de poderem existir mecanismos a mediar esta relação. Se tivermos em consideração que, segundo a literatura, os episódios de dissociação¹⁵⁰ ocorrem em resultado de estados emocionais intensos, então é possível hipotetizar que quanto mais os doentes avaliam as suas emoções negativas como ‘perigosas’, ‘incontroláveis’ e ‘inaceitáveis’ mais possivelmente estarão em risco de desenvolver episódios dissociativos e de serem estes, por sua vez, a actuarem como preditores dos comportamentos de dano auto-infligido.

¹⁵⁰ Optou-se por utilizar a dissociação enquanto mediador do modelo testado e não o evitamento experiencial dada a forte associação encontrada entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e o evitamento experiencial que poderia comprometer a interpretação dos resultados devido a possíveis problemas de multicolinearidade.

Tabela 47

Médias, desvio-padrão, consistências internas e correlações produto-momento de Pearson entre as variáveis em estudo (N = 78).

Variáveis	M	DP	ISS	PANAS AF	LESS CN	LESS CV	DES	AAQ-II	BPQ Ab	BPQ Ai	BPQ Sa	BPQ Tot	α
ISS	2.43	0.63	1										.96
PANAS	3.42	0.87	.48**	1									.87
LESS – CN	4.73	0.84	.62**	.44**	1								.86
LESS-CV	2.83	1.08	-.38**	-.34**	-.30**	1							.82
DES	3.09	1.80	.41**	.51**	.46**	-.32**	1						.94
AAQ-II	5.51	1.11	.53**	.55**	.69**	-.44**	.50**	1					.88
BPQ-Ab	0.58	0.25	.48**	.48**	.49**	-.29*	.54**	.56**	1				.73
BPQ-Ai	0.67	0.27	.55**	.35**	.38**	.19	.31**	.41**	.53**	1			.77
BPQ-Sa	0.59	0.29	.23*	.24*	.15	-.30**	.41**	.38**	.35**	.26*	1		.75
BPQ-Tot	5.20	1.40	.51**	.47**	.51**	-.24*	.52**	.58**	.77**	.75**	.56**	1	.91

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$. ISS = Escala de Vergonha Interna; PANAS AF = Escala de Afecto Positivo e Negativo – subescala de afecto negativo; LESS-CN = Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – subescala crenças de incontrolabilidade e perigosidade acerca das emoções; LESS-CV = Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – subescala crenças de validação emocional; DES = Escala de Experiências Dissociativas; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Acção; BPQ-Ab= Questionário de Personalidade *Borderline* subescala Abandono; BPQ-Ai= Questionário de Personalidade *Borderline* subescala Auto-imagem; BPQ-Sa= Questionário de Personalidade *Borderline* subescala Suicídio/ Auto-mutilação; BPQ-Tot= Questionário de Personalidade *Borderline* subescala Total

O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre a vergonha interna, as crenças de validação emocional, o afecto negativo e a severidade dos traços *borderline*

Neste primeiro estudo pretendeu-se averiguar se o efeito do afecto negativo, da vergonha interna e das crenças de validação emocional na severidade global dos traços *borderline* ocorre indirectamente através do evitamento experiencial.

No modelo testado, o afecto negativo (PANAS-afecto negativo), a vergonha interna (ISS-vergonha interna) e as crenças de validação emocional (LESS-CV-crenças de validação emocional) foram conceptualizadas como sendo variáveis exógenas, o evitamento experiencial (AAQ-II) como variável endógena mediadora, e a severidade global dos traços *borderline* (BPQ-total) como variável endógena dependentes.

Como referido anteriormente, a opção de incluir simultaneamente três variáveis endógenas, tem a vantagem de permite-nos averiguar o efeito de cada uma, separadamente, nos sintomas de abandono (BPQ-abandono), bem como avaliar a magnitude com que predizem a variável mediadora (AAQ-II – evitamento experiencial), enquanto se controla o efeito das restantes (que no modelo funcionam como covariáveis).

Dado que o modelo inicial é sobressaturado (todas os efeitos directos e indirectos foram incluídos no modelo) e, como tal, apresenta um ajustamento perfeito, os índices de ajustamento não foram analisados nem reportados. A análise dos coeficientes estandardizados revelou que duas trajectórias directas não eram significativas ($p > .05$); motivo pela qual foram progressivamente removidas. Neste sentido, foram eliminadas as trajectórias directas entre as variáveis: ‘crenças de validação emocional → severidade dos traços *borderline*’ ($b = .116$, EP = .129; $p = .368$; $\beta = .089$) e entre a ‘intensidade do afecto negativo → severidade dos traços *borderline*’ ($b = .243$, EP = .175; $p = .165$; $\beta = .150$).

Após a eliminação das trajectórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados $\chi^2(2, N = 78) = 2.714$, $p = .257$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$) =

1.357, *Comparative Fix Index* (CFI) = 0.994, *Tucker Lewis Index* (TLI) = 0.968, *Root-mean-square error of approximation* (RMSEA) = .068 (IC = .000; .247). Dado que não se verificou a existência de diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre o modelo inicial e o modelo aninhado [$\chi^2_{Dif} = 2.714 < \chi^2_{0.95; (2)} = 5.991, p > 0.05$], optou-se pela escolha do modelo aninhado, por ser o modelo mais parcimonioso.

No modelo aninhado (figura 20), a vergonha interna, a intensidade do afecto negativo e as crenças de validação emocional predizem significativamente o evitamento experiencial, explicando 43% ($R^2 = .432$) da sua variância e, juntamente com o evitamento experiencial, explicam 40% da severidade dos traços *borderline* ($R^2 = .397$). Já a análise dos efeitos indirectos mostrou que o efeito do afecto negativo $\beta = .145$ (IC95%: .046; .281, $p = .001$) e das crenças de validação emocional $\beta = -.096$ (IC95%: -.205; -.016, $p = .018$) na severidade dos sintomas *borderline* ocorre indirectamente através do evitamento experiencial. Adicionalmente verificou-se que o efeito total da vergonha interna na severidade dos sintomas *borderline* é de $\beta = .406$ (IC95%: .207; .577, $p = .001$), sendo o efeito directo de $\beta = .282$ (IC95%: .075; .469, $p = .011$) e o efeito indirecto, via evitamento experiencial, de $\beta = .124$ (IC95%: .037; .254, $p = .004$). O efeito indirecto explica 31% do efeito total da vergonha interna na severidade dos sintomas *borderline*.

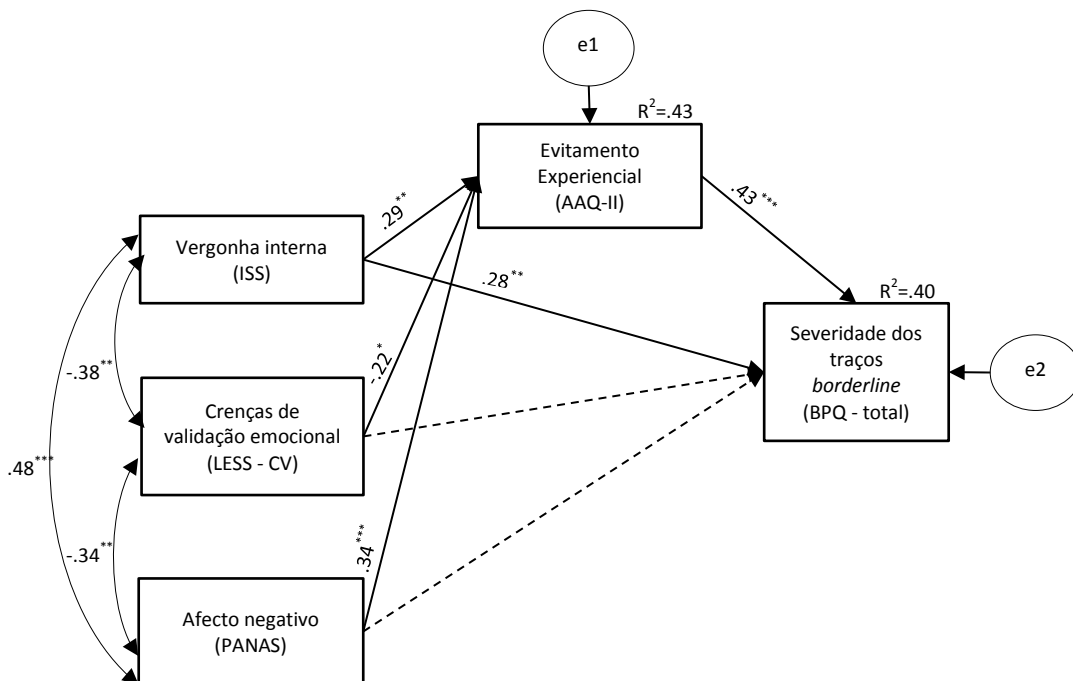


Figura 20. O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre a vergonha interna, o afecto negativo e as crenças de validação emocional e a severidade dos traços *borderline*. As trajectórias não significativas estão representadas a tracejado. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre a vergonha interna, as crenças de validação emocional, o afecto negativo e o medo intenso do abandono

O segundo objectivo do presente estudo foi o de analisar se o efeito da intensidade do afecto negativo, da vergonha interna e das crenças de validação emocional no medo intenso de abandono ocorria indirectamente através do evitamento experiencial.

Dado que o modelo inicial testado é igualmente sobre-identificado/ saturado (i.e., com zero graus de liberdade) e, como tal, revela um ajustamento perfeito, os índices de ajustamento global não foram analisados nem reportados.

A análise dos coeficientes de trajetórias revelou que duas trajetórias não eram significativas ($p > .05$); motivo pela qual foram progressivamente removidas. Especificamente, foram removidas as trajetórias directas entre as 'crenças de validação emocional → medo intenso de abandono' ($b = .022$, EP = .024; $p = .932$; $\beta = .009$) e entre o 'afecto negativo → medo intenso de abandono' ($b = .054$, EP = .032; $p = .089$; $\beta = .188$).

Após a eliminação destas duas trajetórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados $\chi^2(2, N = 78) = 2.848$, $p = .241$, *Normed Chi-Square* ($\chi^2/g.l.$) = 1.424, *Comparative Fix Index* (CFI) = 0.992, *Tucker Lewis Index* (TLI) = 0.960, *Root-mean-square error of approximation* (RMSEA) = .074 (IC = .000; .251). Em seguida, calculou-se o teste das diferenças do χ^2 para comparar a qualidade de ajustamento entre o modelo inicial e o modelo aninhado, no sentido de avaliar se ocorria uma diminuição estatisticamente significativa na qualidade do ajustamento global devido à remoção das trajetórias não significativas. Os resultados confirmaram a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre os dois modelos [$\chi^2_{Dif} = 2.848 < \chi^2_{0.95; (2)} = 5.991$, $p > 0.05$], pelo que se optou pela escolha do modelo aninhado, por ser o modelo mais parcimonioso.

A análise dos resultados mostrou que a vergonha interna, o afecto negativo e as crenças de validação emocional predizem significativamente o evitamento experiencial, explicando 43% ($R^2 = .432$) da sua variância e que, juntamente com o evitamento experiencial, explicam 36% do abandono ($R^2 = .361$).

Já a análise dos efeitos indirectos mostrou que a vergonha interna, quando se controla o efeito do afecto negativo e das crenças de validação emocional, tem um efeito total estandardizado significativo de $\beta = .369$ (IC95%: .164; .547, $p = .001$) na vivência de abandono, sendo o efeito directo de $\beta = .245$ (IC95%: .024; .443, $p = .023$) e o efeito indirecto, que ocorre através do evitamento experiencial, de $\beta = .124$ (IC95%: .037; .252, $p = .004$). O efeito indirecto corresponde a 34% do efeito total da vergonha interna no medo intenso de abandono. Verificou-se ainda que o efeito do afecto negativo ($\beta = .145$, IC95%: .044; .279, $p = .002$) e das crenças de validação emocional ($\beta = -.096$ (IC95%: -.208; -.015, $p = .017$)) no medo intenso de abandono, somente, ocorre indirectamente através do evitamento experiencial. O modelo final obtido é apresentado na figura 21.

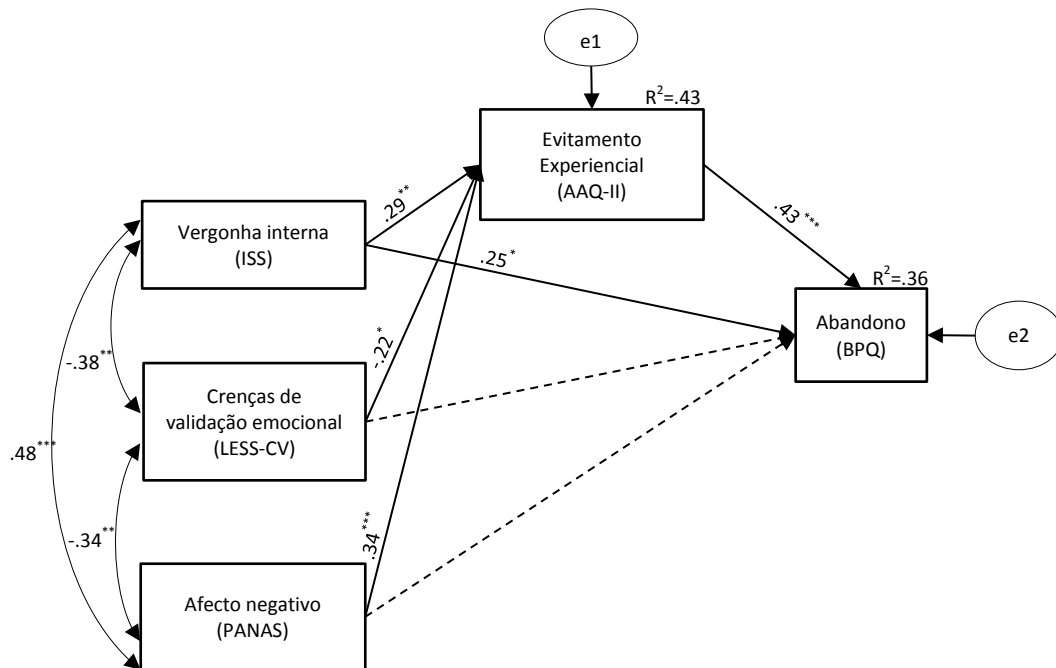


Figura 21. O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre a vergonha interna, o afecto negativo e as crenças de validação emocional e o medo intenso de abandono. As trajectórias não significativas estão representadas a tracejado. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre o afecto negativo, a vergonha interna e as crenças de validação emocional e a perturbação na auto-imagem

Em seguida pretendeu-se averiguar se o efeito do afecto negativo, da vergonha interna e das crenças de validação emocional (variáveis exógenas independentes) na auto-imagem (variável endógena dependente) ocorre indirectamente via evitamento experiencial (variável endógena mediadora).

A análise dos coeficientes estandardizados revelou que três trajectórias não eram significativas ($p > .05$); motivo pela qual foram progressivamente removidas. Neste sentido, foram eliminadas as trajectórias directas entre as variáveis: 'afecto negativo \rightarrow perturbação na auto-imagem' ($b = .023$, EP = .037; $p = .538$; $\beta = .071$), 'crenças de validação emocional \rightarrow perturbação na auto-imagem' ($b = .018$, EP = .027; $p = .498$; $\beta = .072$) e 'evitamento experiencial \rightarrow perturbação na auto-imagem' ($b = .041$, EP = .027; $p = .136$; $\beta = .165$).

Após a eliminação das trajectórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados $\chi^2(3, N = 78) = 3.024$, $p = .388$, Normed Chi-Square ($\chi^2/g.l.$) = 1.008, Comparative Fix Index (CFI) = 1.000, Tucker Lewis Index (TLI) = 0.999, Root-mean-square error of approximation (RMSEA) = .010 (IC = .000; .193), e o teste das diferenças do χ^2 confirmou a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre o modelo inicial (com um ajustamento perfeito) e o modelo aninhado [$\chi^2_{Dif} = 3.024 < \chi^2_{0.95; (3)} = 7.815$, $p > 0.05$], pelo que se optou pela escolha do modelo mais parcimonioso.

A análise dos resultados mostrou que, apesar da vergonha interna, do afecto negativo e das crenças de validação emocional, predizerem significativamente o evitamento experiencial ($R^2 = .432$) o evitamento experiencial não se constitui como um preditor significativo da auto-imagem *borderline* ($\beta = .165$; p

= .136). De facto, somente a vergonha interna se revelou como sendo um preditor significativo da perturbação da auto-imagem ($\beta = .549$; $p < .001$), explicando 30% ($R^2 = .302$) da sua variância, não sendo contudo o seu efeito mediado pelo evitamento experiencial.

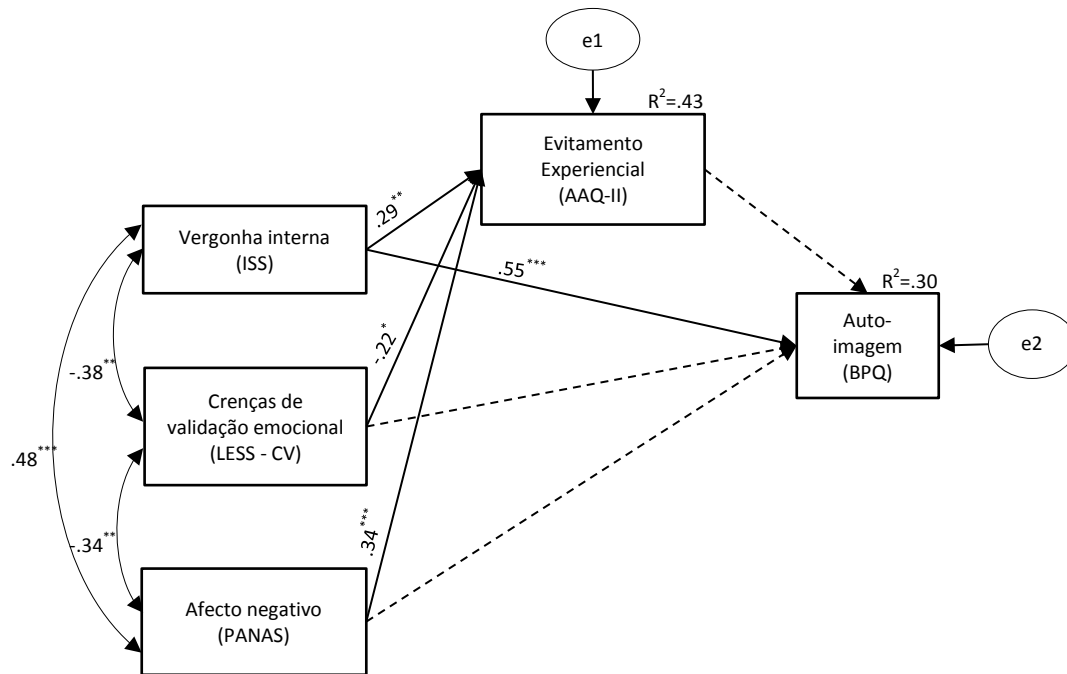


Figura 22. O efeito indirecto do evitamento experiencial na relação entre a vergonha interna, o afecto negativo e as crenças de validação emocional e a perturbação da auto-imagem. As trajectórias não significativas estão representadas a tracejado. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

O efeito indirecto da dissociação na relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções, o afecto negativo e o dano auto-infligido

Por último, pretendeu-se testar a hipótese do efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções (LESS-CN) no dano auto-infligido (BPQ - dano auto-infligido) ocorrer indirectamente através da dissociação (DES-II) e deste efeito ocorrer mesmo quando se controla o efeito da emocionalidade negativa (PANAS-afecto negativo) quer na dissociação quer no próprio dano auto-infligido. Dito de outro modo, com o presente estudo, pretendeu-se averiguar se a avaliação subjectiva dos estados emocionais negativos como indesejáveis e aversivos prediz a ocorrência de episódios dissociativos e se estes, por sua vez, precipitam o uso de estratégias mais extremas de regulação emocional como o são o auto-dano sem intenção suicida ou as tentativas de suicídio.

No modelo testado, as crenças negativas acerca das emoções (LESS-CN) e o afecto negativo (PANAS-afecto negativo) foram conceptualizados como variáveis exógenas independentes, a dissociação (DES-II) como variável endógena mediadora e o dano auto-infligido (BPQ- auto-mutilação/ suicídio) como variável endógena dependente. No modelo, o afecto negativo (PANAS-afecto negativo), foi conceptualizado como covariável.

Dado que mais uma vez o modelo inicial testado é sobre-identificado/ saturado e, como tal, revela um ajustamento perfeito, os índices de ajustamento global não foram analisados nem reportados. A análise

da significância dos coeficientes resultou na eliminação de duas trajectórias directas estatisticamente não significativas [‘afecto negativo → dano auto-infligido’ ($b = .020$, $EP = .042$; $p = .636$; $\beta = .059$) e ‘crenças negativas acerca das emoções → dano auto-infligido’ ($b = -.018$, $EP = .040$; $p = .649$; $\beta = -.053$)].

Após a eliminação das trajectórias não significativas, o modelo aninhado apresentou um ajustamento muito bom à matriz de dados observados $\chi^2(2, N = 78) = 0.431$, $p = .806$, *Normed Chi-Square* ($\chi^2/g.l.$) = 0.216, *Comparative Fix Index* (CFI) = 1.000, *Tucker Lewis Index* (TLI) = 1.083, *Root-mean-square error of approximation* (RMSEA) = .000 (IC = .000; .140), e o teste das diferenças do χ^2 confirmou a hipótese nula de que não existem diferenças estatisticamente significativas na qualidade de ajustamento entre o modelo inicial e o modelo aninhado [$\chi^2_{Dif} = 0.431 < \chi^2_{0.95; (2)} = 5.991$, $p > 0.05$], pelo que se optou pela escolha do modelo mais parcimonioso.

A análise dos resultados mostrou que tanto as crenças de perigosidade acerca das emoções negativas ($\beta = .29$; $p = .005$) como a intensidade do afecto negativo ($\beta = .38$; $p < .001$) têm um contributo único e independente na explicação da dissociação, explicando em conjunto 33% ($R^2 = .329$) da sua variância e que, juntamente com a dissociação, explicam 17% do dano auto-infligido ($R^2 = .170$). A análise aos efeitos indirectos mostrou que o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções negativas no dano auto-infligido ocorre indirectamente através da dissociação, $\beta = .120$ (IC95%: .033; .240, $p = .004$), mesmo quando se controla o efeito do afecto negativo. Adicionalmente, o efeito do afecto negativo no dano auto-infligido ocorre indirectamente através da dissociação, $\beta = .158$ (IC95%: .056; .281, $p = .001$), mesmo quando se controla o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções. O modelo final obtido é apresentado na figura 23.

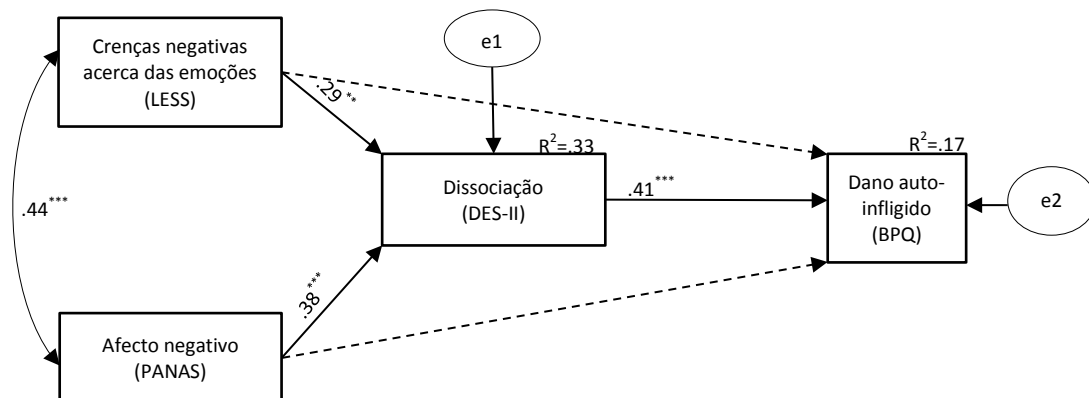


Figura 23. O efeito indirecto da dissociação na relação entre as crenças negativas acerca das emoções, o afecto negativo e o dano auto-infligido. As trajectórias não significativas estão representadas a tracejado. *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$.

8.4. Discussão

Os modelos explicativos do desenvolvimento e manutenção da PBP têm postulado o papel mediador das dificuldades de regulação emocional na relação entre a vulnerabilidade emocional e o ambiente de invalidação emocional, e os sintomas/ traços *borderline* (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Linehan, 1993). Um dos constructos que tem vindo a ser proposto como mediador desta relação é o evitamento experiencial (Chapman et al., 2011, 2006).

Neste âmbito, o primeiro objectivo do presente estudo foi explorar a relação entre o evitamento experiencial e traços específicos da PBP (i.e., abandono e auto-imagem). Os resultados mostraram que o evitamento experiencial está positivamente associado a uma maior severidade dos traços *borderline* e,

especificamente, ao medo intenso do abandono e à perturbação da identidade/auto-imagem. Como tal, os resultados do presente estudo estendem investigações prévias que demonstraram que os doentes com PBP tendem a utilizar frequentemente estratégias de *coping* evitante/ escape (Bijttebier & Vertommen, 1999) e que, habitualmente, apresentam condições/ problemas clínicos caracterizados pelo evitamento, como o abuso de álcool e drogas, os distúrbios alimentares e a dissociação (e.g., Ebner-Priemera et al., 2005; Koepp et al., 1993; Miller et al., 1993; Morgenstern et al., 1997; Wagner & Linehan, 1998). Os resultados corroboram igualmente estudos prévios conduzidos em amostras não clínicas que mostraram que a supressão do pensamento (uma forma de evitamento experiencial) está associada à presença de mais critérios/traços *borderline* (Rosenthal et al., 2005) e a características que são centrais nos doentes *borderline*, como a impulsividade, a agressividade e a sensibilidade interpessoal (Cheavens et al., 2005). E, mais concretamente, estendem os resultados obtidos por Chapman, Specht e Cellucci (2005) que, numa amostra não-clínica, encontraram uma associação positiva entre a severidade dos traços *borderline* e o evitamento experiencial, a supressão do pensamento e o *coping* evitante, ao terem demonstrado que o evitamento experiencial está igualmente associado a uma maior severidade geral dos traços *borderline*, bem como a uma maior severidade de traços específicos (da patologia *borderline*) numa amostra clínica de doentes com PBP. Os resultados das análises correlacionais conduzidas corroboram ainda a ideia de que o evitamento experiencial está subjacente a diferentes formas de psicopatologia (e.g., Hayes et al., 1996), contribuindo para o seu desenvolvimento e manutenção (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), entre as quais, demonstra o presente estudo, a Perturbação *Borderline* de Personalidade.

Os resultados encontrados contribuem igualmente para uma melhor compreensão dos mecanismos que podem estar subjacentes à maior utilização de processos de regulação emocional evitantes (i.e., evitamento experiencial) nos doentes com PBP, ao sugerirem que o afecto negativo, a vergonha interna e as crenças de validação emocional estão significativamente associados ao evitamento experiencial.

De facto, os resultados obtidos ao terem demonstrado que os doentes com PBP que apresentam uma elevada emocionalidade negativa (i.e., estados de afecto negativo intensos) apresentam igualmente níveis mais elevados de evitamento experiencial, fornecem suporte empírico à hipótese postulada por Chapman e colaboradores (Chapman et al., 2006, 2011) de que os indivíduos que apresentam uma elevada vulnerabilidade emocional poderão ter uma maior dificuldade em lidar com as suas emoções e por esse motivo estarão ainda mais motivados a utilizar estratégias de evitamento ou de escape emocional. Também corrobora o Modelo Biossocial de Linehan (1993) que postula que a vulnerabilidade emocional contribui para as dificuldades apresentadas pelos doentes com PBP em regular as suas emoções, conduzindo a que utilizem preferencialmente estratégias evitantes.

No mesmo sentido, os resultados obtidos corroboram a ideia de que a presença, de tipos particulares de respostas auto-focadas emocionais aversivas, predispõe os indivíduos ao uso do evitamento experiencial, possivelmente na tentativa de eliminar ou de obter alívio desses estados emocionais indesejáveis e aversivos (Chapman et al., 2011, 2006). De facto, verificou-se na amostra em estudo que quanto mais os doentes com PBP apresentam níveis elevados de vergonha interna (i.e., auto-cognições avaliativas negativas e emoções negativas auto-dirigidas) mais recorrem ao evitamento experiencial, possivelmente, na tentativa de controlar ou suprimir as suas cognições auto-depreciativas (que surgem frequentemente sob a forma de um ataque auto-persecutório) e de evitarem a emergência de emoções indesejadas (e.g., raiva, desprezo auto-dirigidos), que sentem como avassaladoras ou indesejáveis.

O presente estudo acrescenta ainda que um factor que pode contribuir para uma menor probabilidade dos doentes com PBP recorrerem ao evitamento experiencial (e que não havia ainda sido explorado em estudos anteriores) são as crenças de validação emocional. De facto, as análises demonstraram que quanto mais os doentes acreditam que os outros validam, legitimam e os tranquilizam em relação aos seus estados emocionais, menos recorrem ao evitamento experiencial. Neste sentido, este resultado

não só corrobora, ainda que indirectamente, o Modelo Biossocial (Linehan, 1993) que postula que a incapacidade dos doentes com PBP em se auto-tranquilizarem os predispõe a utilizarem estratégias de regulação emocional evitantes (na tentativa de obterem alívio emocional), como acrescenta que a incapacidade dos doentes com PBP em obterem sinais positivos de aceitação e tranquilização por parte dos outros parece estar igualmente associada ao uso de processos de evitamento (i.e., evitamento experiencial).

Das três variáveis analisadas, os resultados mostraram que o afecto negativo se constitui como o preditor mais forte do evitamento experiencial. Contudo, mesmo quando controlado o efeito da intensidade do afecto negativo, tanto a vergonha interna como as crenças de validação emocional continuam a predizer significativamente o evitamento experiencial.

O passo seguinte do presente estudo foi averiguar se o efeito do afecto negativo, da vergonha interna e das crenças de validação emocional na severidade dos traços *borderline* ocorria indirectamente através do evitamento experiencial. A hipótese que se colocou foi a de que estas variáveis predizem a psicopatologia *borderline*, mas que o fazem indirectamente, através da sua associação com o evitamento experiencial. Os resultados corroboraram parcialmente esta hipótese, ao terem demonstrado que o efeito da intensidade do afecto negativo e das crenças de validação emocional na severidade dos traços *borderline*, ocorre indirectamente através do evitamento experiencial, mas que no caso da vergonha interna ela continua a predizer a severidade dos traços *borderline*, mas quando se controla o efeito do evitamento experiencial.

Mais especificamente, os resultados corroboram o Modelo Biossocial Desenvolvimental (Linehan, 1993) ao demonstrarem que o efeito da vulnerabilidade emocional (neste caso, a tendência para experienciar estados emocionais negativos intensos) aumenta o risco para uma maior severidade geral dos traços *borderline*, indirectamente, através da sua associação a uma maior utilização de estratégias de regulação emocional evitantes (que neste estudo foram avaliadas através do evitamento experiencial). Dito de outro modo, os resultados obtidos mostram que um dos mecanismos através do qual a intensidade dos estados de afecto negativo conduz a uma maior severidade da psicopatologia *borderline* é o evitamento experiencial. Se tivermos em consideração de que quanto mais intensas são as emoções mais difícil será regulá-las (Flett, Blankstein, & Obertynski, 1996) e que os doentes com patologia *borderline* apresentam uma maior intolerância emocional e mais dificuldades em regular os seus estados emocionais (e.g., Chapman et al., 2006; Linehan, 1993), então será possível hipotetizar que perante estados emocionais negativos intensos os doentes com PBP estejam mais predispostos a utilizar o evitamento experiencial na tentativa de modificar, eliminar ou escapar dos seus estados emocionais aversivos. O facto do efeito da intensidade do afecto negativo na severidade dos traços *borderline* ocorrer indirectamente através do evitamento experiencial, corrobora ainda a ideia de que não são os estados emocionais *per se* que conduzem aos problemas psicológicos, mas sim as tentativas de os controlar, suprimir ou evitar (Hayes, 1987). Adicionalmente, Hayes e colaboradores (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Hayes et al., 1996) postulam que apesar do evitamento experiencial conduzir a curto prazo a uma aparente redução dos eventos internos indesejados (o que conduz a que seja negativamente reforçado), a longo prazo, o seu uso crónico está associado a consequências prejudiciais e paradoxais, nomeadamente a uma maior perturbação e desregulação emocional. Vários estudos têm revelado os efeitos paradoxais do evitamento e da supressão do pensamento e de emoções negativas indesejadas (e.g., formas de evitamento experiencial) ao demonstrarem que eles conduzem a uma maior frequência, intensidade e acessibilidade, precisamente, desses mesmos eventos e a um aumento dos sintomas psicológicos (Campbell-Sills, Barlow, Brown, & Hofmann, 2006; Wegner, Schneider, Carter, & White, 1987). Neste sentido, os resultados do presente estudo parecem sugerir que o mesmo se passa nos doentes com PBP, ou seja, que embora os doentes que apresentam estados emocionais negativos intensos recorram ao evitamento experiencial, possivelmente na tentativa de obter a curto-

prazo uma redução temporária desses estados emocionais, o seu uso crónico paradoxalmente parece conduzir a uma maior severidade global do seu quadro clínico. Adicionalmente, os resultados obtidos sugerem que o uso crónico do evitamento experiencial, com o intuito de não experienciar afecto negativo intenso, é uma estratégia de regulação emocional particularmente saliente nos doentes com PBP.

Adicionalmente, quando se passa à análise do efeito do evitamento experiencial na relação entre o afecto negativo e os traços *borderline* específicos verifica-se um padrão diferencial.

Mais concretamente, os resultados sugerem que o evitamento experiencial tem um importante papel na vivência de um profundo medo de abandono, sobretudo, nos doentes com PBP que apresentam níveis elevados de afecto negativo. Uma explicação possível, para o efeito indirecto encontrado, é que sendo o evitamento experiencial, a longo-prazo, um processo ineficaz de regulação de estados emocionais negativos, o seu uso crónico poderá conduzir ao desenvolvimento de um humor cada vez mais negativo (e possivelmente mais depressivo) e que, neste sentido, exacerbe a vivência de profundos sentimentos de solidão, isolamento e abandono. Dito de outro modo, os resultados parecem sugerir que o uso crónico do evitamento experiencial para lidar com o afecto negativo é especialmente problemático porque conduz a uma vivência ainda mais marcada de isolamento, rejeição, desamparo e solidão, ou seja, contribui para a má qualidade dos relacionamentos interpessoais nos doentes com PBP. Esta possibilidade faz sentido, se tivermos em consideração que a amostra em estudo apresenta uma elevada comorbilidade com a Perturbação Depressiva *Major* (55.1% dos participantes preenchem critérios para Perturbação Depressiva *Major*).

Adicionalmente, os resultados sugerem que o afecto negativo (quando se controla o efeito das restantes variáveis) não prediz, nem directamente, nem indirectamente através do evitamento experiencial, uma maior severidade na perturbação da auto-imagem. Este padrão diferencial de resultados coloca a possibilidade de existirem diferentes factores de risco para o desenvolvimento de cada um dos traços específicos que caracterizam a PBP. Dito de outro modo, estes resultados sugerem a importância de nos modelos de investigação da patogénese da PBP se ter em atenção que os factores de risco poderão não actuar do mesmo modo, nem ter o mesmo impacto em relação a todos os traços *borderline*, e que poderão mesmo existir factores de risco que são específicos somente para determinados traços *borderline* enquanto outros possivelmente se constituem como factores de risco gerais para todos os traços presentes na PBP.

Um resultado interessante obtido nas análises conduzidas foi a importância que a vergonha interna revela ter na PBP, quer ao predispor os doentes para um maior uso de estratégias de evitamento, quer ao ter um impacto directo na severidade geral do quadro clínico, mas também nos dois traços específicos que foram analisados.

De acordo com a literatura, a vergonha interna está associada à experiência interna do *Eu* como inerentemente inferior, inadequado, fracassado, defeituoso e/ ou mau, ou de que pelo menos existem certos aspectos acerca do *Eu* (e.g., atributos, características da personalidade, comportamentos), que são não atractivos, indesejáveis ou desprezíveis (Gilbert, 1998, 2000a, 2003; Gilbert & Procter, 2006). Os resultados do presente estudo sugerem que a vivência interna de um *Eu envergonhado* se constitui como um componente central na PBP, corroborando a ideia de que este quadro clínico pode ser conceptualizado como uma resposta crónica e intensa de vergonha de um *Eu* que nunca será bom o suficiente (Crowe, 2004). Adicionalmente, os resultados obtidos estendem o papel que a vergonha poderá ter no desenvolvimento e manutenção de outros traços da PBP, para além da impulsividade, da raiva, do auto-dano e das tentativas de suicídio (e.g., Linehan, 1993; Lester, 1998; Stiglmayr et al., 2005), ao demonstrarem que a vergonha interna explica igualmente o medo intenso de abandono e a perturbação da auto-imagem.

Os resultados sugerem ainda que o impacto da vergonha interna na severidade da PBP ocorre, em parte, porque os indivíduos com elevada vergonha interna se tornam especialmente predispostos a utilizar estratégias de escape ou evitamento, com vista à supressão ou à modificação dos seus eventos internos. Sabendo-se que a vergonha interna toma frequentemente a forma de ataques auto-persecutórios e que está associada a emoções auto-dirigidas aversivas (e.g., raiva, desprezo e a repugnância) (Gilbert, 1998) é possível hipotetizar que, sentindo-se ameaçados pelo seu mundo interno, e incapazes de se auto-tranquilizar/ acalmar (Linehan, 1993; Robins & Rosenthal, 2011), os doentes com PBP, com elevada vergonha interna, se sintam especialmente compelidos em utilizar estratégias de regulação emocional evitantes (como o evitamento experiencial) na tentativa de lidar com os seus próprios auto-ataques e com a emergência de emoções avassaladoras e envergonhadoras. Além disso, é ainda possível hipotetizar que a ineficácia do evitamento experiencial, em modificar a profunda vivência interna de um Eu sentido e pensado como inerentemente defeituoso e mau, os condene a fusionarem-se ainda mais com o conteúdo literal dos seus pensamentos auto-avaliativos e com as suas emoções auto-dirigidas aversivas e que, em consequência, conduza a uma maior severidade do quadro clínico. Segundo Hayes (2001), o fracasso em evitar pensamentos e emoções avaliados como indesejáveis conduz a um aumento da sua frequência e intensidade e poderá mesmo conduzir ao uso de estratégias ainda mais extremas e prejudiciais (e.g., abuso de substâncias, o evitamento físico de pessoas, locais ou situações que evocam as emoções) na tentativa de os evitar ou atenuar. Assim, é possível, pelo menos, colocar a possibilidade de que o evitamento experiencial nos doentes com PBP esteja expresso numa diversidade de formas, que ao longo do tempo vão sendo progressivamente mais auto-destrutivas e prejudiciais.

Adicionalmente, as análises estatísticas mostraram que a vergonha interna continua a ter um contributo específico e independente na predição de uma maior severidade dos traços *borderline*, mesmo com a inclusão do evitamento experiencial no modelo (e quando controlado o efeito do afecto negativo e das crenças de validação emocional). Dito de outro modo, os resultados sugerem que vergonha interna, ao estar associada à incapacidade dos doentes com PBP em se defenderem dos seus próprios auto-ataques, e à emergência de emoções indesejadas e avassaladoras auto-dirigidas, tem um forte impacto na severidade dos traços *borderline*, independentemente dos esforços empregues (ou exacerbado pela ineficácia dos mesmos) para tentar controlar, suprimir ou evitar esses eventos internos ameaçadores. É mesmo possível que o mundo interno, sentido como ameaçador, hostil e persecutório (Gilbert & Procter, 2006), característico dos doentes com PBP, se torne cada vez mais nuclear, e que o seu impacto na severidade do quadro clínico se torne cada vez mais evidente.

Verificou-se também que o efeito da vergonha interna no medo intenso de abandono ocorre em parte, indirectamente, através do evitamento experiencial. Particularmente, os resultados mostraram que mesmo quando se controla o efeito do afecto negativo, das crenças de validação emocional e do evitamento experiencial, a vergonha interna continua a ter um impacto independente na profunda vivência de abandono experienciada pelos doentes com PBP. O impacto da vergonha interna na vivência de abandono poderá dever-se ao facto dos doentes com PBP poderem acreditar que existem na mente dos outros do mesmo modo que existem na sua. Ou seja, de que os outros julgam o *Eu* negativamente, como inferior, inadequado, defeituoso e/ ou mau e nutrem por ele sentimentos de raiva, repugnância, e nojo (i.e., é possível que apresentem elevados níveis de vergonha externa; Gilbert, 1998; Gilbert & Procter, 2006) e que, nesse sentido, acreditem terem atributos ou características que são não atractivos e indesejáveis, passíveis de serem criticadas pelos outros e que, inevitavelmente, conduzirão à sua rejeição e abandono. Dado que, segundo Gilbert e Procter (2006), “a experiência de um *Eu* que vive na mente dos outros como uma pessoa rejeitável pode tornar o mundo social inseguro e ativar uma variedade de defesas, tais como o querer esconder-se, ocultar-se ou não ser visto” (p.354), então é possível hipotetizar que os doentes com PBP com uma profunda vergonha interna acreditem que não conseguem criar uma impressão positiva, atractiva e desejável de si na mente dos outros, e que destes

só podem esperar a crítica, a rejeição e o abandono. Com efeito, é possível que os doentes com PBP eventualmente sejam hipersensíveis a sinais de rejeição e que tendam a enviesar os sinais emitidos pelos outros (interpretando-os frequentemente como indicadores de um possível abandono e rejeição), que procurem defender-se de um possível abandono ou rejeição através do evitamento da intimidade emocional (contribuindo, assim, para a manutenção de relações superficiais que não lhes transmitem segurança), ou que procurem isolar-se ou afastar-se dos outros (por exemplo, procurando ocultar ou evitar a exposição de um *Eu* que acreditam ser profundamente defeituoso e envergonhador e que, inevitavelmente, os condenará ao abandono e à rejeição) ou que, pelo contrário, se tornem excessivamente desconfiados, exigentes e dependentes, conduzindo ao afastamento dos outros. Assim, e não sendo possível precisar com rigor a natureza dos resultados encontrados, o que se hipotetiza é que a vergonha interna conduz à vivência de um medo intenso de abandono, solidão e rejeição, não só através do uso de estratégias de evitamento experiencial, mas também porque em parte estará associada a uma elevada vergonha externa. É ainda possível que existam outros mecanismos mediadores desta relação que não foram contemplados nas análises conduzidas.

Outro resultado interessante que emergiu foi o de que, das variáveis em análise, somente a vergonha interna apresenta um contributo único e independente na perturbação da auto-imagem. De facto, apesar do afecto negativo, da vergonha interna e das crenças de validação emocional predizerem significativamente o evitamento experiencial, o evitamento experiencial não prediz significativamente a perturbação na auto-imagem, não se constituindo como um mediador significativo desta relação. Assim, e apesar das análises correlacionais terem mostrado que o evitamento experiencial e a perturbação na auto-imagem estão significativamente associados, esta associação deixa de se verificar quando se controla o efeito da vergonha interna. Neste sentido, os resultados obtidos não só corroboram a conceptualização de Crowe (2004) de que a PBP pode ser descrita como uma resposta crónica e intensa de vergonha (de um *Eu* que nunca é bom o suficiente), como parecem sugerir que a vivência de um *Eu envergonhado* (inadequado, indesejado, defeituoso/ mau) se constitui como o núcleo central da identidade *borderline*.

Os resultados do presente estudo demonstraram ainda que as crenças de validação emocional predizem uma maior severidade dos traços da PBP, mesmo quando se controla a intensidade do afecto negativo e da vergonha interna, sendo que o seu efeito ocorre indirectamente através do evitamento experiencial.

Contudo, antes de se proceder à interpretação destes resultados é necessário ressaltar de que a percepção de invalidação por parte dos outros, apresentada pelos doentes com PBP poderá significar duas coisas: 1) que dada a qualidade tumultuosa dos seus relacionamentos (intensos e instáveis), caracterizados por frequentes discussões, separações, explosões de raiva, alternância entre extremos de idealização e desvalorização e pelo recurso a estratégias mal-adaptativas para evitar o abandono real ou imaginado (Lieb et al., 2004), é possível que os doentes com PBP tendam a provocar respostas de invalidação por parte dos outros e, como tal, que as suas crenças de invalidação emocional decorram do possível afastamento dos outros e da má qualidade dos seus relacionamentos; 2) sendo provável que os doentes com PBP apresentem não só uma elevada vergonha interna, mas também externa, ou seja, que acreditem que os outros os avaliem do mesmo modo como se avaliam a si próprios, como inadequados, indesejáveis e defeituosos (Gilbert & Procter, 2006), então, é possível que acreditem que as suas emoções serão igualmente passíveis de crítica, incompreensão e rejeição por parte dos outros e que, neste sentido, as suas crenças de invalidação emocional reflectam a visão que eles acreditam que no geral os outros têm a seu respeito¹⁵¹. Estas duas possibilidades, associadas ao facto de que os doentes com PBP têm crenças distorcidas acerca das suas relações e que estas distorções possivelmente

¹⁵¹ De facto, na presente amostra a correlação entre a vergonha interna e externa é de $r = .67$ ($p < .01$), sendo que ambas apresentam correlações de magnitude semelhante com as crenças de validação emocional (respectivamente $r = -.38$; $p < .01$ e $r = -.37$; $p < .01$).

influenciam as suas crenças acerca da invalidação emocional, então, os resultados do presente estudo deverão ser interpretados como reflectindo a percepção subjetiva de (in)validação por parte dos doentes, que poderá ou não traduzir as experiências que, efectivamente, vivenciam.

Partindo da premissa de que os doentes com PBP cresceram num ambiente familiar negligente, abusivo e emocionalmente invalidante (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Linehan, 1993; Wagner & Linehan, 1997) e que a constante desvalorização, crítica e punição das suas experiências emocionais conduz não só a que não aprendam a nomear, a discriminar, a expressar e a regular as suas emoções como contribui para o desenvolvimento de um estilo de auto-invalidação (Brown, 1998; Linehan, 1993), então será de esperar que mesmo em adultos eles continuem a perceber as suas relações interpessoais como sendo marcadamente invalidantes, em parte porque possivelmente se tornam hipersensíveis a sinais de invalidação e porque tenderão a fazer interpretações enviesadas em relação aos sinais de tranquilização/ acalmia emitidos pelos outros. E se o modelo Biossocial Desenvolvimental postula que os doentes com PBP são incapazes de se auto-tranquilizar, ou seja, de dirigirem para si próprios sentimentos de calor, acalmia e tranquilização (Linehan, 1993), os resultados do presente estudo parecem sugerir que eles se sentem igualmente incapazes de obter por parte dos outros sinais positivos de segurança, conforto e tranquilização (ou talvez mesmo que os obtenham tendam a interpretá-los como invalidantes) e talvez, por isso, perante a emergência de estados emocionais avassaladores e intoleráveis tendam a agir sobre os mesmos no sentido de os controlar, suprimir ou de eliminar o mais rapidamente possível (isto é, recorrendo ao evitamento experiencial). Dado que o evitamento experiencial, quando usado cronicamente, conduz a efeitos paradoxais, nomeadamente uma maior frequência e intensidade dos eventos internos que se pretendem evitar (Hayes et al., 1996), então podemos dizer que os resultados do presente estudos parecem sugerir que quanto mais este tipo particular de estratégia de regulação emocional é usado para lidar com a invalidação percebida mais irá contribuir para o agravamento da PBP.

Adicionalmente, as análises conduzidas mostraram que o efeito das crenças de validação emocional no medo intenso de abandono ocorre indirectamente através do evitamento experiencial, mesmo quando se controla o efeito da vergonha interna e do afecto negativo.

Neste âmbito, os resultados obtidos parecem sugerir que quanto menos os doentes acreditam que os outros normalizam, legitimam, validam, ou tranquilizam os seus estados emocionais, mais vivenciam sentimentos de rejeição, solidão ou abandono, sobretudo, quando utilizam como estratégia de regulação dos seus estados emocionais o evitamento experiencial. Partindo do pressuposto de que dentro da classe de respostas que podem ser contidas no espectro do evitamento experiencial se encontra a supressão, a ingestão excessiva de álcool ou o consumo droga, os comportamentos sexuais de risco, os comportamentos de auto-dano, mas também o manter-se afastado, o sabotar o envolvimento em relação íntimas ou o evitamento da proximidade (Chapman et al., 2011; Hayes, 2001), podemos hipotetizar que os doentes com PBP que mais acreditam serem invalidados emocionalmente por parte dos outros, mais procurem proteger-se de uma eventual rejeição ou abandono, através da adopção destes comportamentos de evitamento experiencial (e.g., como o evitamento de relações de grande proximidade e intimidade emocional) e que, conseqüentemente, os faz sentir ainda mais isolados, sozinhos, rejeitados e abandonados. Poderá ser mesmo possível que quando os outros fornecem sinais de calor e tranquilização/ acalmia estes possam ser sentidos como ameaçadores (Gilbert & Procter, 2006), dado que os doentes com PBP com um intenso medo de abandono tenderão a interpretá-los enviesadamente como sendo sinais de invalidação ou de uma rejeição camuflada e que, nesse sentido, continuem cronicamente a tentar evitá-los através do evitamento experiencial.

À semelhança do se havia verificado com o afecto negativo, também as crenças de validação emocional não contribuem directamente, nem indirectamente através do evitamento experiencial, para a

explicação da perturbação de identidade, o que, mais uma vez, coloca a possibilidade de existirem diferentes factores explicativos da severidade traços *borderline*.

Por fim, em relação à última análise mediacional procurou-se averiguar se as crenças de perigosidade acerca das emoções predizem o dano auto-infligido (i.e., tentativas de suicídio e o auto-dano sem intenção suicida), ao conduzirem à ocorrência de mais episódios dissociativos. De facto, os resultados do presente estudo mostraram que o efeito da intensidade do afecto negativo e das crenças de perigosidade acerca das emoções no dano auto-infligido ocorre indirectamente através da dissociação. Mais especificamente, os resultados corroboram o papel da emocionalidade negativa na predição do dano auto-infligido (Chapman et al., 2006; Linehan, 1993), mas, mais importante, sugerem que independentemente da intensidade ou frequência do afecto negativo, o modo característico como os doentes com PBP avaliam as suas emoções negativas como incontroláveis, inaceitáveis, envergonhadoras e perigosas, prediz igualmente o dano auto-infligido, através da sua associação a uma maior ocorrência de episódios dissociativos.

Se tivermos como pressuposto que devido à natureza bidireccional da linguagem, a conotação avaliativa das emoções como 'más' altera a própria função da experiência emocional, na medida em que essa característica passa a ser considerada como sendo inerente à experiência emocional e não como resultante da avaliação que está a ser feita da mesma, e que esta fusão da avaliação com a experiência interna, leva a que a experiência emocional seja sentida ainda como mais inaceitável e intolerável e a que, como tal, sejam empregues estratégias evitantes (Hayes et al., 1996), então, é viável colocar a hipótese dos doentes com PBP que reportam crenças de perigosidade acerca das suas emoções, isto é, que as avaliam como 'más', 'inaceitáveis' ou 'inapropriadas' e como estando igualmente associadas a um conjunto de consequências prejudiciais (e.g., como conduzindo ao descontrolo), sintam os seus estados emocionais como sendo especialmente intoleráveis, aversivos, avassaladores e ameaçadores. Adicionalmente, os resultados do presente estudo sugerem que as crenças de perigosidade acerca das emoções estão fortemente associadas ao evitamento experiencial e à ocorrência frequente de episódios dissociativos (uma forma extrema de evitamentos experiencial), possivelmente porque a vivência subjetiva das emoções como ameaçadoras e avassaladoras predispõe ainda mais os indivíduos a dissociar, ou seja, a evitar/ 'cortar' o contacto directo com as suas experiências emocionais. Neste sentido, os resultados estendem estudos prévios que referem que os episódios de dissociação e de desrealização ocorrem frequentemente em resultado de estados emocionais intensos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007), ao sugerirem que eles tendem a ocorrer igualmente em resultado da vivência subjectiva dos estados emocionais como aversivos, intoleráveis e avassaladores, e/ ou como estando associados a consequências prejudiciais (e.g., medo do descontrolo).

Dado que os resultados do presente estudo sugerem que os estados emocionais negativos intensos e as crenças de perigosidade acerca das emoções conduzem à ocorrência de episódios dissociativos e que são, por sua vez, os episódios dissociativos que predizem a ocorrência de episódios de dano auto-infligido, então é possível hipotetizar que pelo menos uma das funções dos episódios de dano auto-infligido (nos doentes com PBP) seja a anti-dissociação, isto é, que os comportamentos de dano auto-infligido sejam utilizados por eles para interromper estados dissociativos durante os quais se sentem irrealis, anestesiados ou em que nada sentem (e.g., Brown et al., 2002; Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Por fim, a literatura aponta que as funções associadas ao auto-dano são de um modo geral diferentes das que estão subjacentes às tentativas de suicídio (Brown et al., 2002; Chapman & Dixon-Gordon, 2007), o alívio emocional é um motivador comum de ambos, pelo que é possível hipotetizar que o dano auto-infligido tenda a ser negativamente reforçado nos doentes com PBP, enquanto estratégia para lidar com os estados emocionais aversivos/ para interromper os episódios dissociativos.

8.5. Limitações e Direcções Futuras

Podem ser apontados vários contributos do presente estudo, nomeadamente ao clarificar melhor o papel que o evitamento experiencial poderá ter na PBP; ao fornecer evidências acerca de alguns dos mecanismos que podem estar subjacentes ao seu uso, como o afecto negativo, a vergonha interna e as crenças de invalidação emocional; e ao indicar que o efeito das crenças de perigosidade acerca das emoções nos episódios de dano auto-infligido pode ocorrer indirectamente através da dissociação. Em síntese, os resultados das análises conduzidas demonstram, sobretudo, a complexidade da patogénese da PBP e a necessidade das investigações analisarem, separadamente, os factores que podem contribuir para a explicação dos diferentes traços de personalidade que a caracterizam.

No entanto, o presente estudo apresenta várias limitações que é necessário mencionar. A primeira limitação é a natureza transversal e correlacional do presente estudo que não permite determinar com precisão a natureza das relações entre as variáveis, sendo mesmo possível que a direcção causal ou a ordem temporal das variáveis possa ser diferente daquela que foi testada. Por exemplo, é possível hipotetizar que uma maior severidade dos traços *borderline* possa conduzir a uma maior utilização de estratégias de evitamento e que, o fracasso destas em regular os estados emocionais aversivos, contribua para uma maior perturbação emocional (i.e., maior intensidade do afecto negativo), para um auto-julgamento do *Eu* cada vez mais negativo e para uma, cada vez mais, acentuada percepção dos outros como invalidantes. No mesmo sentido, é possível hipotetizar que os episódios de dano auto-infligido, por conduzirem eventualmente a uma aparente redução dos estados emocionais aversivos sejam negativamente reforçados ao longo do tempo, e que o seu uso crónico, ao aumentar a frequência e a intensidade dos estados emocionais negativos, conduza à ocorrência de um cada vez maior número de episódios dissociativos e a uma maior fusão com os pensamentos auto-avaliativos negativos das experiências emocionais como aversivas e avassaladoras. De facto, vários investigadores concordam que o evitamento crónico impede os indivíduos de se habituarem aos estímulos emocionalmente evocativos, o que conduz a que esses estímulos continuem a elicitar respostas emocionais aversivas (e.g., Hayes et al., 1999; Wegner, 1994) e que, como tal, ocorram efeitos de *rebound* entre as variáveis.

Neste sentido, é possível que estudos futuros tenham que testar modelos mais complexos (que porventura permitam a análise de efeitos bidireccionais entre os constructos analisados), para compreender de modo mais preciso a complexa patogénese da PBP. Por outro lado, apesar dos traços de personalidade *borderline* estarem presentes de forma extrema na PBP, eles podem existir de forma menos severa noutras condições clínicas e de forma ainda menos expressiva na população não clínica. Neste sentido, seria importante averiguar se o padrão de resultados encontrado é específico da PBP, ou se pode ser aplicado a diversos grupos de indivíduos (população não-clínicas e clínicas, género feminino e género masculino) que apresentem traços/ sintomas *borderline*.

Outra limitação foi terem sido, somente, utilizados questionários de auto-resposta na avaliação das variáveis de interesse que, como tal, reflectem a avaliação subjectiva dos respondentes ao conteúdo dos itens avaliados. Por exemplo, é possível que apresentando os doentes com PBP elevados níveis de vergonha interna e externa, que, de algum modo, isso os tenha inibido de responder com precisão aos instrumentos de medida. Por outro lado, dada a tendência dos doentes com PBP em evitar as suas experiências aversivas internas, é possível que tenham mais dificuldade em responder a instrumentos de medida que avaliem os seus estados emocionais e as estratégias de evitamento que utilizam para lidar com os mesmos, ou até mesmo que procurem ocultar informação pessoal que consideram envergonhadora e depreciativa.

Adicionalmente, a escala que foi utilizada para avaliar a severidade global dos traços *borderline*, e das três subescalas (abandono, auto-imagem e dano auto-infligido) apresenta algumas limitações. Segundo os autores do *Borderline Personality Questionnaire*- BPQ; Poreh et al., 2007), este instrumento de

medida foi desenvolvido para avaliar os critérios de diagnóstico tais como estes se encontram definidos no DSM-IV (APA, 2000). Contudo, pelo facto de este ser um instrumento de auto-resposta, cujos itens são respondidos com uma escala dicotómica (0 = falso; 1 = verdadeiro) pode ter limitado ou condicionado as respostas dos participantes e diminuído, assim, a variabilidade das suas respostas.

Apesar do instrumento de medida original apresentar boas características psicométricas e de existirem evidências preliminares de que é uma medida confiável na predição do diagnóstico da PBP (Poreh et al., 2006) algumas das suas subescalas poderão não representar adequadamente os critérios de diagnóstico aos quais deveria corresponder a sua avaliação. Por exemplo, os itens que compõem a subescala que avalia a autoimagem¹⁵² não abarcam totalmente a ideia de instabilidade do sentido do *self*, que, segundo os critérios de diagnóstico (APA, 2004), se manifesta através de oscilações extremas em relação à auto-imagem, nomeadamente mudanças súbitas no que respeita ao emprego, orientação sexual, valores pessoais, nas relações interpessoais e na avaliação acerca do próprio eu como ‘bom’ ou ‘mau’, o que poderá de algum modo ter influenciado os resultados obtidos. De igual modo, os itens que correspondem à subescala abandono, referem-se mais à vivência de rejeição ou não ser gostado e reflectem menos os esforços frenéticos para evitar o abandono imaginado ou real¹⁵³, o que, mais uma vez, poderá ter condicionado a interpretação dos resultados. Neste sentido, seria importante replicar as análises efectuadas utilizando-se outros métodos de avaliação para os constructos de interesse (questionários de auto-resposta, entrevistas, métodos experimentais), de modo a garantir uma avaliação mais rigorosa dos constructos em estudo.

Adicionalmente, apesar de nas três primeiras análises de trajetórias (*path analysis*) ter sido utilizada uma medida de evitamento experiencial, que tem a vantagem de permitir analisar se a tendência crónica para recorrer a uma variedade de comportamentos, cuja função comum é a modificação, o controlo e/ ou evitamento de experiências internas indesejáveis e aversivas, medeia o efeito dos factores de risco na PBP, teria sido importante incluir outras medidas que potencialmente poderão, de igual modo, funcionar como mediadoras desta relação (e.g., uma medida de desregulação emocional), dado que sem a inclusão de outros eventuais mediadores não fica claro se o evitamento experiencial é o único processo subjacente à relação entre as variáveis estudadas. De facto, é pouco provável que assim seja, até porque nas análises conduzidas verificou-se que a vergonha interna continuava a apresentar um contributo único e específico, mesmo quando controlado o efeito do evitamento experiencial. O mesmo pode ser dito em relação à última análise mediacional, dado que não fica claro se a dissociação será o único processo evitante a mediar relação entre o julgamento negativo dos estados emocionais e o dano auto-infligido.

Por fim, teria sido importante testar a última análise mediacional separadamente numa amostra de doentes que, somente, apresentasse comportamentos de auto-dano sem intenção suicida e noutra amostra de doentes que, somente, apresentasse uma história de tentativas de suicídio. Isto permitiria-nos averiguar se o modelo proposto se aplica ou não, de igual modo, ao auto-dano e à ideação suicida. De facto, apesar de vários estudos mencionarem que eles estão associados, de um modo geral, a

¹⁵² Os itens que compõem esta subescala são os seguintes: ‘Sinto-me inferior às outras pessoas’, ‘Se eu fosse mais parecido com as outras pessoas, sentia-me melhor comigo mesmo’, ‘Eu gostava de ser como alguns dos meus amigos’, ‘Eu sinto que as outras pessoas não iriam gostar de mim se me conhecessem realmente bem’, ‘Sinto-me confortável sendo eu próprio’ (invertido), ‘Quem me dera ser outra pessoa’, ‘Sinto-me confortável com aquilo que sou’ (invertido), ‘Não tenho certeza acerca do que quero fazer no futuro’ e ‘Em situações sociais, sinto muitas vezes que os outros me veem por dentro e que se apercebem que eu não tenho muito para oferecer’.

¹⁵³ Os itens que avaliam este factor são os seguintes: ‘As pessoas abandonam-me frequentemente’, ‘Quando pessoas próximas de mim morrem ou deixam-me, sinto-me abandonado’, ‘Tenho medo de estar sozinho’, ‘Ninguém gosta de mim’, ‘Quando os meus amigos partem, acredito que voltarei a vê-los’ (invertido), ‘Acho que é difícil depender dos outros, porque eles não estarão lá quando eu precisar’, ‘Tenho dificuldade em desenvolver relações porque as pessoas me abandonam frequentemente’, ‘Sinto que a minha família me abandonou’, ‘As pessoas que eu amo deixam-me frequentemente’, ‘Fico frequentemente furioso quando penso que alguém de quem gosto me vai deixar’.

diferentes funções, a antecedentes e consequências igualmente distintas, a literatura acerca do evitamento experiencial conceptualiza tanto o auto-dano como a ideação suicida como pertencentes à classe de comportamentos de evitamento experiencial (Hayes et al., 1996).

Outra limitação do presente estudo foi o tamanho da amostra ($N = 78$) que pode ter limitado o poder estatístico das análises conduzidas e, como tal, será necessário replicar as análises em amostras maiores e averiguar se o mesmo padrão de resultados se mantém. Acresce ainda o facto de a quase totalidade da amostra ser do sexo feminino, não se podendo como tal garantir que os resultados obtidos sejam representativos e aplicáveis a ambos os géneros. Neste sentido, seria importante validar os resultados obtidos numa amostra mais equilibrada entre participantes do género feminino e masculino. É ainda possível que estudos nesta área venham a demonstrar que os modelos explicativos da PBP tenham que ser analisados por género, pois é possível pelo menos hipotetizar que os factores de risco, bem como os possíveis processos mediadores difiram entre o género masculino e feminino.

8.6. Implicações Clínicas

Os resultados do presente estudo podem ter importantes implicações terapêuticas. Em particular, os resultados sugerem que as intervenções baseadas na aceitação e no *mindfulness*, que tenham como objectivo trabalhar o evitamento experiencial, poderão ser úteis para os doentes com PBP, ao ensinarem-lhes a responder de um modo diferente (não evitante) aos seus eventos internos. A Terapia Dialéctica Comportamental (TDC) (Linehan, 1993; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991), uma das abordagens terapêuticas cuja eficácia tem sido empiricamente comprovada, assenta a intervenção nos doentes com PBP no equilíbrio entre a *mudança* (utilização de técnicas cognitivo-comportamentais com vista à resolução de problemas) e a *aceitação* (através do desenvolvimento de uma atitude de validação, empatia e aceitação dos eventos internos tal como eles são no momento presente) (Swenson, Sanderson, Dulit, & Linehan, 2001), com o intuito de reduzir as tendências de acção ineficazes associadas à desregulação emocional (Chapman & Linehan, 2005). As técnicas de aceitação baseadas no *mindfulness* têm um papel central nesta terapia e visam desenvolver a adopção de uma atitude não julgamental e não reactiva (sem empregar qualquer tentativa de controlo, supressão, correcção ou escape), de modo a ajudarem os doentes a permanecer no momento presente com os eventos internos que previamente procuravam evitar (Robins & Rosenthal, 2011) e diminuindo, deste modo, o uso de estratégias evitantes. Deste modo, ao permitirem a aprendizagem de novas associações aos estímulos emocionais (e.g., 'uma emoção é apenas uma emoção', 'um pensamento é apenas um pensamento'), elas conduzem a uma alteração das tendências de resposta habitualmente desencadeadas (o doente passa a observar e a descrever as suas experiências internas à medida que ocorrem sem agir sobre elas com os padrões habituais de evitamento e de escape), bem como da própria experiência emocional que passa a ser avaliada tal e qual ela é e não como 'má' ou 'boa' (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo, & Linehan, 2006).

De igual modo, as técnicas de validação poderão ser especialmente úteis para trabalhar com doentes com PBP que apresentam elevada vergonha e que têm crenças de invalidação emocional. Segundo Robins e Rosenthal (2011), as técnicas de validação utilizadas na Terapia Dialéctica Comportamental têm como objectivo ajudar os doentes a experienciar e a expressar as suas emoções eficazmente, a nomear e a discriminar entre os seus estados afectivos, a desenvolver respostas funcionais aos estados emocionais, a aceitar as suas experiências afectivas à medida que são experienciadas, e a discriminar entre as experiências interna que são válidas e inválidas, sendo que em algumas situações elas podem ser ambas (e.g., faz sentido o porquê desse pensamento ter ocorrido, mas ele não é literalmente verdadeiro ou não traduz uma verdade absoluta a seu respeito). Sobretudo, estas técnicas ajudam o doente a perceber que pode tolerar os seus estados emocionais sem ter que necessariamente lhes

reagir, ajudando-os, neste sentido, a controlar os comportamentos impulsivos e habitualmente auto-destrutivos que utilizam para lidar com os seus estados emocionais aversivos. Por exemplo, se os doentes com PBP aprenderem a observar e a descrever as suas emoções como elas são, sem as julgar negativamente como positivas ou negativas, como agradáveis ou desagradáveis e sem considerar as suas crenças acerca das emoções como literalmente verdadeiras isso irá ajudá-los a não vivenciarem os seus estados emocionais como ameaçadores, avassaladores e catastróficos e, neste sentido, os doentes sentir-se-ão menos compelidos a recorrer a estratégias de evitamento emocional, entre as quais formas extremas e prejudiciais como os comportamentos de dano auto-infligido na tentativa de lidar com os seus estados emocionais.

A integração de componentes da Terapia da Aceitação e do Compromisso (Hayes & Strosahl, 2009) é, igualmente, benéfica na intervenção com doentes com PBP, sobretudo, tendo em consideração os resultados obtidos em relação ao importante papel que a vergonha interna parece desempenhar na perturbação da auto-imagem *borderline*. Por exemplo, Baley, Mooney-Reh, Parker e Temelkovski (2009) referem que para os doentes com PBP o sentido de um *Eu* conceptualizado como mau ou negativo poderá ser menos ameaçador do que a fragmentação do *Eu*, ou o não ter um sentido do *Eu* estável, e que, nesse sentido, as técnicas veiculadas pela Terapia da Aceitação e do Compromisso se revelam de especial importância para trabalhar nos doentes com PBP a fusão a um auto-conceito negativo e as tentativas que empregam para evitar as suas experiências privadas, dois dos componentes que contribuem para o elevado sofrimento emocional manifestado por estes doentes. Neste sentido, ajudar gradualmente o doente a perceber que as suas auto-avaliações negativas não são equivalentes ao seu *Eu*, poderá ajudá-lo a não adoptar comportamentos defensivos (e.g., evitantes) e a desenvolver um sentido do *Eu* mais estável.

Estudo dos preditores do auto-dano na Perturbação Borderline de Personalidade

9.1. Objectivos

Apesar dos comportamentos de auto-dano, enquanto expressão comportamental relevante da PBP, terem recebido nos últimos anos a atenção de clínicos e investigadores, são ainda diminutos os estudos acerca dos mecanismos/ factores de risco que lhe possam estar subjacentes. Adicionalmente, a maioria dos estudos que investigou as diferenças entre grupos de participantes com e sem história de auto-dano e que permitiram a identificação de alguns factores de risco (e.g., impulsividade, intensidade/reactividade afectiva, inexpressividade emocional, dissociação, experiências adversas na infância como os maus-tratos e situações de abuso), foram conduzidos em populações não clínicas (e.g., Gratz, 2003, 2006; Gratz & Chapman, 2007), e centraram-se na análise de um número reduzido de factores. Assim, apesar da inquestionável importância dos estudos conduzidos em amostras não-clínicas, até porque fornecem evidências empíricas preliminares, não deixam de limitar a generalização dos resultados para a população clínica e, em particular, para a PBP. Constata-se, igualmente, a escassez de estudos que tenham procurado testar o modelo proposto por Linehan (1993) e, recentemente, alargado por Chapman, Gratz e Brown (2006), ou seja, que tenham desenvolvido estudos integradores, que testem simultaneamente vários processos que se hipotetiza contribuir para a explicação dos comportamentos de auto-dano na PBP, apesar das importantes implicações terapêuticas que os resultados destas análises poderão permitir. Neste sentido, o primeiro objectivo do presente estudo foi ampliar a investigação acerca da patogénese do auto-dano, começando por comparar numa amostra de

doentes com PBP, quais as diferenças entre os participantes que apresentam uma história de auto-dano frequente *versus* os que não apresentam história de auto-dano num conjunto de variáveis que na revisão da literatura efectuada são pertinentes de serem analisadas e acerca de algumas das quais, não se conhecem estudos que as tenham investigado.

Outra constatação da revisão da literatura científica acerca deste tema foi a escassez de estudos que procuraram avaliar o papel que o evitamento experiencial possa ter como mecanismo explicativo através do qual o auto-dano nos doentes com PBP poderá desenvolver-se e ser mantido como uma estratégia de *coping* evitante. Não obstante, o facto de, mais uma vez, existirem importantes evidências empíricas nesse sentido, com Gratz (2004a) a mostrar numa amostra não-clínica que as participantes com uma história de auto-dano apresentavam significativamente mais evitamento experiencial comparativamente às participantes sem história de auto-dano e de Gratz, Tull e Gunderson (2008) terem demonstrado que os doentes com PBP apresentam significativamente mais evitamento experiencial comparativamente a doentes sem Perturbação de Personalidade, a literatura acerca deste tema ainda é escassa. Neste sentido, o segundo objectivo do presente estudo foi averiguar se os doentes com auto-dano se diferenciavam dos doentes sem auto-dano ao nível do evitamento experiencial, mas também de outros processos de regulação emocional que partilham a mesma função de evitamento (e.g., ruminação e a dissociação).

Adicionalmente, nenhum estudo, que seja do nosso conhecimento, procurou averiguar se os doentes com PBP sem *versus* com auto-dano se diferenciam, em relação às crenças que têm acerca das emoções, apesar de na literatura existirem evidências preliminares de que assim seja. De facto, pelo menos um estudo (Gratz, Tull, Gunderson, 2008) demonstrou que os doentes com PBP se diferenciam dos doentes sem Perturbação de Personalidade ao nível da sensibilidade à ansiedade (variável que avalia a propensão para o desenvolvimento de crenças de que os sintomas associados à ansiedade têm consequências perigosas) e um outro ter demonstrado que estes dois grupos se diferenciam em relação à capacidade para experienciar estados de afecto aversivos (Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez, & Gunderson, 2006), bem como de, pelo menos teoricamente, vários autores colocarem a possibilidade dos doentes com auto-dano tenderem a avaliar subjectivamente os seus estados emocionais como aversivos e avassaladores (e.g., Chapman et al., 2006). Neste sentido, é esperado que as crenças que os doentes têm acerca das suas emoções (como avassaladoras, incontroláveis e perigosas) consigam discriminar os doentes com auto-dano dos doentes sem auto-dano se tivermos como pressuposto que será, provavelmente, a vivência dos seus estados emocionais como aversivos e intoleráveis que, possivelmente, coloca os doentes em maior risco de utilizarem estratégias auto-destrutivas (como se verificou no primeiro estudo apresentado), entre as quais o auto-dano, na tentativa de rapidamente conseguirem obter alívio para os seus estados emocionais.

Adicionalmente, apesar da predisposição para a vergonha ser mais específica da PBP do que de outros quadros clínicos (Chan, Hess, Whelton, & Yonge, 2005; Rusch, Corrigan, et al., 2007; Rusch, Lieb, et al., 2007) e de vários investigadores hipotetizarem que possivelmente se constitui como um forte preditor para o auto-dano (e.g., Chapman et al., 2011; Linehan, 1993), apenas um estudo demonstrou que a vergonha pode prever episódios futuros de dano auto-infligido, quando equacionadas conjuntamente as tentativas de suicídio e os comportamentos de auto-dano sem intenção suicida (Brown, Linehan, Comtois, Murray, & Chapman, 2009). Neste sentido, o terceiro objectivo deste estudo foi o de avaliar a hipótese colocada por vários investigadores de que o auto-dano pode ser conceptualizado como uma tentativa de regular, aliviar ou evitar emoções auto-focadas aversivas ou as crenças negativas acerca do *Eu* que lhe estão associadas (e.g., Chapman et al., 2006; Turner, Chapman, & Layden, 2012). Mais concretamente, procurou-se avaliar se a vergonha interna e externa distinguem os doentes com *versus* sem auto-dano e, posteriormente, testar a hipótese da vergonha interna se constituir como um preditor significativo do auto-dano, quando controlado o efeito de outras variáveis, amplamente difundidas na

literatura científica (e.g., dissociação, afecto negativo). A hipótese que se coloca (até pela importância que a vergonha interna parece assumir na PBP, de acordo com os resultados do primeiro estudo) é de que a vergonha interna mantém um contributo único e específico na predição do auto-dano e, como tal, pode ser considerada como um preditor emocional específico que associado a uma vivência do *Eu* como globalmente defeituoso e indesejado coloca os doentes com PBP especialmente vulneráveis à utilização de comportamentos de auto-dano.

Dado que na literatura são escassos ou mesmo inexistentes os estudos que procuraram diferenciar os doentes *borderline* com e sem auto-dano ao nível de processos de regulação emocional positivos (e.g., *mindfulness* e a auto-compaixão) e em relação afecto positivo, o quarto objectivo do presente estudo foi avaliar a capacidade destas variáveis em discriminar este dois grupos de doentes.

Adicionalmente, procurou-se explorar a relação entre a percepção de validação emocional (por parte dos outros) e o auto-dano, dado que os estudos existentes avaliaram o papel da invalidação emocional na predição do auto-dano através da análise da ocorrência de experiências adversas na infância, como o abuso sexual, físico e emocional e a negligência parental (Dubo, Zanarini, Lewis, & Williams, 1997; Linehan, 1993; van der Kolk, Perry, & Herman, 1991; Zweig-Frank, Paris, & Guzder, 1994;). Dito de outro modo, explorou-se a possibilidade dos doentes que têm menos crenças de validação emocional (que acreditam que os outros não irão normalizar, legitimar ou tranquilizá-los em relação à sua experiência e expressão emocional) apresentarem mais comportamentos de auto-dano.

Por último, e dado que alguns estudos efectuados em amostras não-clínicas têm vindo a demonstrar que os factores preditores do desenvolvimento do auto-dano não são necessariamente os mesmos que estão envolvidos na manutenção deste comportamento (e.g., Gratz, 2006; Gratz & Chapman, 2007; Gratz & Roemer, 2008), o quinto objectivo do presente estudo foi conduzir análises com vista à identificação de possíveis factores de manutenção dos comportamentos de auto-dano sem intenção suicida.

Em síntese, o propósito do presente estudo foi testar o *Modelo Desenvolvimental Biossocial* (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Linehan, 1993) e o *Modelo do Evitamento Experiencial* desenvolvido para explicar o auto-dano (e.g., Chapman et al., 2005, 2006, 2011) através do teste empírico de alguns dos postulados teóricos que ainda não foram ainda investigados empiricamente. Mais concretamente, pretendeu-se fornecer dados preliminares acerca da relação que se hipotetiza que um conjunto de variáveis que avaliam a vulnerabilidade temperamental (i.e., impulsividade), precursores emocionais específicos (i.e., raiva e vergonha, afecto negativo e positivo), processos de regulação emocional negativos (i.e., evitamento experiencial, dissociação, ruminação), processos de regulação emocional positivos (i.e., *mindfulness* e compaixão), e crenças acerca das emoções (i.e., crenças de perigosidade acerca das emoções e crenças de validação emocional) possam ter com o auto-dano e, mais especificamente:

1. Averiguar se os doentes com PBP que apresentam comportamentos de auto-dano (PBP-AD) se distinguem dos doentes com PBP sem história de comportamentos de auto-dano (PBP-SAD) num conjunto de variáveis que avaliam a vulnerabilidade temperamental, precursores emocionais específicos, processos de regulação emocional negativos e positivos e as crenças acerca das emoções, assim como identificar quais as variáveis capazes de distinguir significativamente os dois grupos. De acordo com a literatura e com as hipóteses colocadas, seria de esperar que todas as variáveis em análise fossem capazes de diferenciar significativamente os dois grupos.

2. Testar um modelo de factores de risco para o auto-dano numa amostra de doentes com PBP que possa de algum modo refletir, ainda que de modo limitado, a complexidade etiológica deste comportamento. O modelo testado incorpora variáveis documentadas na literatura (e.g., afecto

negativo e dissociação), bem como três variáveis em relação às quais não foi ainda investigado o seu poder preditor no estatuto do auto-dano numa amostra de doentes com PBP: a vergonha interna, o evitamento experiencial e a incapacidade de gerar auto-compassão. Esta última foi acrescentada de modo a investigar uma hipótese mais ampla, a de averiguar se a predição do estatuto do auto-dano (ausência vs. presença) estará mais associado à activação do sistema de defesa-ameaça ou à incapacidade de activar o sistema de calor-afecto, tendo como premissa a descrição destes sistemas de regulação emocional efectuada por Gilbert e colaboradores (Gilbert, 2005; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006).

3. Testar um modelo de manutenção do auto-dano numa amostra de doentes com PBP que apresentam uma história de comportamentos de auto-dano, no sentido de investigar quais as variáveis que predizem significativamente a frequência dos comportamentos de auto-dano. Mais uma vez, foram seleccionadas variáveis que permitam, ainda que preliminarmente, averiguar se a manutenção dos comportamentos de auto-dano estará mais associada à activação do sistema de defesa-ameaça ou à incapacidade de activar o sistema de calor-afecto.

9.2. Metodologia

Participantes

Neste estudo foi utilizada a amostra de doentes com PBP ($N = 78$), que foi, no entanto, dividida em dois grupos de acordo com presença/ ausência de uma história de comportamentos de auto-dano.

O grupo que apresenta *comportamentos deliberados de auto-dano sem intenção suicida (PBP-AD)* ficou constituído por 44 doentes com uma idade média de 27.89 anos ($DP = 7.42$). Em relação às habilitações literárias, os respondentes apresentam uma média de 12.95 anos de escolaridade ($DP = 2.95$). Quanto à profissão, 37.7% ($n = 29$) são estudantes e 28.6% ($n = 22$) exercem profissões de classe baixa. No que concerne ao estado civil são maioritariamente solteiros (75.3%). É ainda de referir que a quase totalidade da amostra é do sexo feminino ($n = 39$).

O grupo composto por doentes *sem comportamentos deliberados de auto-dano (PBP-SAD)* é constituído por 34 doentes, que têm uma idade média de 31.12 anos ($DP = 8.37$) e que apresentam uma média de 14.56 anos de escolaridade ($DP = 2.95$). Quanto à profissão, 38.2% ($n = 13$) exercem profissões de classe baixa e 29.4% ($n = 10$) são estudantes. No que concerne ao estado civil, são maioritariamente solteiros (76.5%). A quase totalidade da amostra é, igualmente, do género feminino ($n = 32$).

O cálculo dos testes t de *Student* para amostras independentes revelou que os dois grupos não se diferenciam em relação à idade, $t_{(76)} = 1.80$; $p = .075$, mas que se diferenciam em relação aos anos de escolaridade, $t_{(76)} = 2.27$; $p = .026$, sendo que, quando analisada a magnitude da diferença encontrada através do cálculo do *eta square* ($\eta^2 = .06$) verificou-se que a mesma se pode classificar como moderada¹⁵⁴. O cálculo dos testes do qui-quadrado da independência¹⁵⁵ mostrou igualmente que não existem diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos em relação à frequência de

¹⁵⁴ Para a interpretação do valor *eta square* foram utilizadas as diretrizes de Cohen (1988, p. 284-287 citado por Pallant, 2010) considerando-se um valor de .01 como indicador de um efeito pequeno, .06 como indicador de um efeito moderado e .14 como indicador de um amplo efeito.

¹⁵⁵ No caso do estudo das diferenças de género para o estado civil e situação profissional utilizaram-se os resultados do teste de Fisher com a simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do qui-quadrado não se verificaram (Marôco, 2010a), nomeadamente pelo facto de algumas células terem menos de cinco observações. Já em relação à distribuição dos géneros pelos dois grupos, por tratar-se de uma tabela de contingência 2x2, utilizou-se a correção disponibilizada pelo *software*.

participantes do género feminino e masculino, bem como em relação ao estado civil. Já em relação à situação profissional encontrou-se uma diferença apenas marginalmente significativa ($\chi^2 = 7.57$; $p = .049$). A caracterização demográfica da amostra clínica por subgrupos encontra-se descrita na tabela 48.

Tabela 48
Caracterização demográfica da amostra em estudo por grupos.

	Perturbação <i>Borderline</i> de Personalidade (N = 78)					
	Subgrupo com Auto-dano (n = 44)		Subgrupo sem Auto-dano (n = 34)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	27.89	7.42	31.12	8.37	1.80	.075
Anos de escolaridade	12.95	2.95	14.56	2.95	2.27	.026
	n	%	N	%	χ^2	P
Estado Civil						
Solteiro	32	72.7	26	76.5		
Casado/ União de facto	11	25	6	17.6	3.39	.289
Divorciado/ Separado	0	0	2	5.9		
Viúvo	1	2.3	0	0		
Situação Profissional						
Profissão de classe baixa	10	22.7	13	38.2		
Profissão de classe média	14	31.6	6	17.6	7.57	.049
Profissão de classe alta	1	2.3	5	14.7		
Estudante	19	43.2	10	29.4		
Género						
Feminino	39	88.6	32	94.1	0.19	.660
Masculino	5	11.4	2	5.9		

Instrumentos

Neste estudo foi utilizada uma bateria de questionários de auto-relato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., género, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), a *Escala de Vergonha Externa* (OAS: *Other As Shamer Scale*; Allan et al., 1994; Goss et al., 1994; traduzido para a língua portuguesa por Lopes et al., 2005; versão portuguesa de Matos et al., 2011a), a *Escala de Vergonha Interna* (ISS: *Internalized Shame Scale*; Cook, 1987, 1994, 2001; versão portuguesa de Matos et al., 2012), o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy* – versão modificada (LESS: *Leahy Emotional Schemas Scale*; Leahy, 2002a, 2003a; versão portuguesa modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2008), o *Questionário de Aceitação e Acção* (AAQ-II: *Acceptance and Action Questionnaire-II*; Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012), a *Escala de Experiências Dissociativas* (DES – II: *Dissociative Experiences Scale*; Carlson & Putnam, 1993; traduzida para a língua portuguesa por Dinis et al., 2008), a *Escala de Impulsividade de Barratt* (BIS: *Barratt Impulsiveness Scale*; Patton, Stanford, & Barratt, 1995; traduzida para a língua portuguesa por Dinis & Pinto Gouveia, 2008), a *Escala Atenção e Consciência Plena* (MAAS: *Mindful Attention Awareness Scale*, Brown, & Ryan, 2003; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2013), o *Inventário de Expressão da Raiva como Estado e Traço* (STAXI: *The State-Trait Anger Expression Inventory*; Spielberger, 1988; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ponciano, 1996), a *Escala de Auto-Compaixão* (SCS: *Self-Compassion Scale*; Neff, 2003a; versão portuguesa de Castilho, 2011; Castilho & Pinto Gouveia, 2011), a *Escala de Respostas Ruminativas-versão reduzida* (RRS-SV: *The Ruminative Response Scale- short version*; Treynor et al., 2003; versão portuguesa por Dinis et al., 2011), a *Escala de Afecto Positivo e Negativo* (PANAS: *Positive and Negative Affect Schedule*; Watson et al., 1988; versão portuguesa de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005), as *Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress* (DASS: *Depression Anxiety and Stress Scales*; Lovibond &

Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, et al., 2004) e o *Questionário de Personalidade Borderline* (BPQ: *Personality Questionnaire Questionnaire*; Poreh et al., 2006; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pinto-Gouveia & Duarte, 2007). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2).

Constituição dos subgrupos em estudo (ausência vs. presença de auto-dano)

Os dois grupos foram constituídos com base nos resultados de duas entrevistas semiestruturadas. Mais concretamente, foi utilizada a secção XI da Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) para a confirmação do diagnóstico de Perturbação *Borderline* de Personalidade. Foi dada especial atenção à avaliação do quinto critério ('comportamentos, gestos ou ameaças recorrentes de suicídio ou comportamento auto-mutilante') do DSM – IV (APA, 2000) relativamente a este quadro clínico e, particularmente, às questões (97 e 98) através das quais o mesmo pode ser avaliado. Enquanto a questão número 97 ('Já alguma vez tentou magoar-se ou matar-se ou já ameaçou fazê-lo') avalia, simultaneamente, a ocorrência de comportamentos deliberados de auto-dano sem intenção suicida e de gestos ou ameaças recorrentes de suicídio, a questão número 98 ('Já alguma vez se cortou, queimou ou arranhou propositadamente') avalia, especificamente, a ocorrência de comportamentos deliberados de auto-dano sem intenção suicida. Esta questão foi, por isso, explorada de modo a averiguar a ausência/ presença de uma história de comportamentos de auto-dano.

Contudo, e porque se pretendia formar os dois subgrupos com base na ausência/ presença de comportamentos recorrentes e deliberados de auto-dano sem intenção suicida, foi ainda utilizada uma segunda entrevista denominada por *Índice de Severidade para a Perturbação Borderline de Personalidade - 4.ª Edição* (BPDSI-4th; *Borderline Personality Disorder Severity Index*; Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch, & de Bie, 2003; traduzida e adaptada para a população portuguesa por Duarte, Rijo, & Pinto Gouveia, 2007), que avalia detalhadamente os sintomas específicos da Perturbação *Borderline* de Personalidade (e que permite fazer essa diferenciação).

De facto, a entrevista BPDSI-4.ª Ed. é considerada um instrumento de medida (descrito no ponto 1.5.1. capítulo 2) válido e adequado, que permite realizar uma avaliação clínica quanto à severidade global da Perturbação *Borderline* de Personalidade, bem como dos nove critérios de diagnóstico (baseados no DSM-IV) separadamente, uma vez que cada critério é avaliado através de um conjunto de itens/questões (Giesen-Bloo, Wachers, Schouten, & Arntz, 2010).

A aplicação desta entrevista serviu não só para validar a avaliação efectuada através da SCID-II, como também permitiu obter uma medida de severidade de cada um dos critérios de diagnóstico presentes, e, mais concretamente, obter uma medida de frequência dos comportamentos de auto-dano sem intenção suicida. Para esse propósito foram utilizados os itens que compõem a dimensão V designada por "Comportamentos Parasuicidários". Esta dimensão está subdividida em duas partes, uma designada por '*Auto-mutilação*' (utilizada no presente estudo para classificar os doentes por grupo) que avalia a ocorrência de comportamentos recorrentes e deliberados de auto-dano, que têm consequências imediatas (dor física ou ferida), mas que foram efectuados sem qualquer intenção suicida; e uma segunda parte designada por '*Suicídio*' que avalia as intenções, planos e tentativas de suicídio, em relação aos últimos três meses. Na versão original esta dimensão apresenta um *alfa de Cronbach* de .81 (Giesen-Bloo, Wachers, Schouten, & Arntz, 2010). No presente estudo esta dimensão apresenta um $\alpha = .82$.

A subsecção '*Auto-mutilação*' é composta por oito questões, que correspondem a oito comportamentos de auto-dano (e.g., cortar-se, queimar-se, bater-se, entre outros). A frequência/ severidade de cada um dos comportamentos de auto-dano foi avaliada num período circunscrito de tempo (*nos últimos três*

meses) e cotado de acordo com uma escala de *Likert* de 11 pontos, que incluiu: 0 = “nunca ocorreu”, 1 = “ocorreu uma vez”, 2 = “ocorreu duas vezes”, 3 = “ocorreu três vezes ou uma vez por mês”, 4 = “ocorreu quatro a cinco vezes ou uma vez a cada três semanas”, 5 = “ocorreu seis ou sete vezes ou uma vez a cada duas semanas”, 6 = “ocorreu oito a dez vezes ou duas vezes a cada três semanas”, 7 = “ocorreu uma vez por semana ou 11 a 15 vezes”, 8 = “ocorreu várias vezes por semana, mas menos do que metade dos dias semana”, 9 = “ocorreu mais de metade dos dias da semana ou quase diariamente” e 10 = “ocorreu diariamente”. Deste modo, foi possível obter um resultado total contínuo dos comportamentos de auto-dano através do cálculo da média de resposta aos oito itens.

Assim, foram incluídos no grupo com comportamentos de auto-dano os 44 doentes em que se verificou a ocorrência de pelo menos um dos comportamentos de auto-dano nos últimos três meses. De facto, verificou-se que neste subgrupo todos os doentes apresentaram no mínimo a ocorrência de pelo menos um dos oito comportamentos com uma frequência igual ou superior a 4 (“ocorreu quatro a cinco vezes ou uma vez a cada três semanas”) nos últimos três meses, o que comprova que neste grupo foram incluídos doentes que apresentam uma elevada frequência comportamentos de auto-dano. Na tabela 49 apresenta-se a frequência de ocorrência de cada um dos comportamentos de auto-dano nos últimos três meses, tendo-se verificado que os comportamentos de auto-dano mais frequentes na amostra em estudo foram “bater com a cabeça, punho ou qualquer outra parte do corpo contra alguma coisa”, “arranhar-se e beliscar-se” e “cortar-se”.

Tabela 49

Frequência dos comportamentos de auto-dano nos três últimos meses (n = 44).

	n	%
1. Bater com a cabeça, com o punho, ou qualquer outra parte do corpo contra alguma coisa.	35	79.5
2. Arranhar-se ou beliscar-se.	23	52.3
3. Morder-se.	5	11.4
4. Arrancar cabelo (incluindo sobrancelhas ou pestanas).	10	22.7
5. Cortar-se.	23	52.3
6. Queimar-se.	12	27.3
7. Espetar agulhas ou algo semelhante no corpo.	7	15.9
8. Engolir objectos pontiagudos, ingerir substâncias perigosas, introduzir objectos pontiagudos ou perigosos em orifícios corporais.	7	15.9

Adicionalmente, foram ainda utilizados os resultados de duas entrevistas de diagnóstico, a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) e a Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) para avaliar a existência de diagnósticos comórbidos do eixo I e do eixo II presentes em cada grupo (tabela 49).

Análise da Comorbilidade e classificação dos doentes por grupo

Ambos os grupos de doentes apresentam um elevado número de diagnósticos comórbidos, quer do eixo I, quer do eixo II. Dos 44 doentes que compõem o subgrupo com comportamento deliberados de auto-dano, 17 (38.6%) preenchem critérios para uma ou mais Perturbações de Ansiedade, 26 (59.1%) preenchem critérios para Perturbação Depressiva Major e 14 (31.8%) apresentam uma Perturbação do Comportamento Alimentar. Ao nível do Eixo II, o diagnóstico comórbido mais frequente é o de Perturbação Evitante de Personalidade (61.4%) e o de Perturbação Obsessivo-Compulsiva de Personalidade (56.7%). Dos 34 doentes que não apresentam comportamentos deliberados de auto-dano, 6 (17.6%) preenchem critérios para uma ou mais Perturbações de Ansiedade, 17 (50%) preenchem

critérios para Perturbação Depressiva Major e 3 (7.8%) apresentam uma Perturbação do Comportamento Alimentar. Ao nível do eixo II, o diagnóstico comórbido mais frequente é o de Perturbação Evitante de Personalidade (58.8%), seguindo-se o de Perturbação Obsessivo-Compulsiva de Personalidade (55.8%).

O cálculo do teste de qui quadrado da independência demonstrou que os grupos não se diferenciam na frequência com que se verificam cada um dos diagnósticos comórbidos quer do Eixo I, quer do Eixo II. De facto, somente quando se procede à comparação do número de critérios de diagnóstico da Perturbação *Borderline* de Personalidade presentes no grupo com auto-dano e no grupo sem auto-dano é que verificamos uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 18.60$; $p = .002$), com o grupo de doentes que pertencem ao grupo com comportamentos de auto-dano a preencherem, tal como seria de esperar, um maior número de critérios comparativamente ao grupo sem comportamentos de auto-dano.

Na tabela 50 apresentam-se os diagnósticos comórbidos de ambos os grupos que constituem a amostra clínica em estudo.

Tabela 50
Índices de comorbilidade dos dois subgrupos em estudo.

Comorbilidade	Amostra com Auto-dano (n = 44)	Amostra sem Auto-dano (n = 34)
Eixo I		
Perturbações de Ansiedade	17 (38.6%)	6 (17.6%)
Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico	0	0
Perturbação de Pânico com e sem Agorafobia	3 (6.8%)	1 (2.9%)
Fobia Social Generalizada	7 (15.9%)	4 (11.8%)
Fobia Social Simples	1 (2.3%)	1 (2.9%)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	6 (13.6%)	0 (0%)
Perturbação de Stress Pós-Traumático	0 (0%)	0 (0%)
Perturbações do Humor	26 (59.1%)	17 (50%)
Perturbação Depressiva Major	26 (59.1%)	17 (50%)
Distímia	0 (0%)	0 (0%)
Perturbações do Comportamento Alimentar	14 (31.8%)	3 (7.8%)
Anorexia Nervosa	8 (18.2%)	1 (2.9%)
Bulimia Nervosa	4 (9.1%)	2 (5.9%)
Perturbação Alimentar sem Outra Especificação	2 (4.6%)	0 (0%)
Eixo II		
Evitante	27 (61.4%)	20 (58.8%)
Dependente	6 (13.6%)	1 (2.9%)
Obsessivo-Compulsivo	25 (56.7%)	19 (55.8%)
Paranóide	7 (15.8%)	6 (18.2%)
Histriónico	0 (0%)	2 (5.9%)
Narcisista	1 (2.3%)	0 (0%)

Estratégia Analítica

Antes de se proceder às análises estatísticas concernentes aos objectivos do presente estudo foram conduzidas análises preliminares para explorar a possibilidade dos dois grupos se diferenciarem em relação às variáveis demográficas e ao número de diagnósticos comórbidos do Eixo I e do Eixo II, e, neste sentido, averiguar se estas variáveis podiam ter um impacto na variável dependente em estudo (ausência vs. presença de auto-dano). Mais concretamente, ao nível das variáveis demográficas verificou-se que os dois grupos se diferenciam nos anos de escolaridade e no nível socioeconómico (profissão). De facto, as diferenças socioeconómicas entre os dois grupos apenas se revelam

marginalmente significativas para um nível de significância de .05 ($p = .049$), pelo que não se considerou relevante considerar o estatuto socioeconómico como covariável nas análises subsequentes. Já em relação aos anos de escolaridade tendo em consideração que na PBP são ‘frequentes os despedimentos e as interrupções escolares’ (DSM-IV-TR, p.708) fará possivelmente mais sentido considerar as diferenças encontradas como consequência do maior grau de severidade do quadro clínico apresentado pelos doentes com auto-dano (comparativamente aos que não apresentam este comportamento), do que considerar a baixa escolaridade preditora da ocorrência dos próprios comportamentos de auto-dano. De facto, a correlações de *Spearman* entre os anos de escolaridade e a variável dicotómica (ausência vs. presença de auto-dano) revelou-se negativa e de baixa magnitude ($r = -.25$; $p = .025$), sugerindo que um menor número de anos de escolaridade está associado à presença de comportamentos de auto-dano. Adicionalmente, os anos de escolaridade não se encontram significativamente associados ($p > .08$) à frequência de comportamentos de auto-dano (variável contínua). Neste sentido, optou-se por não considerar os anos de escolaridade como covariável nas análises subsequentes. Já em relação ao número/tipo de diagnósticos comórbidos os dois grupos não se diferenciam, e, como tal, as diferenças encontradas nas variáveis de interesse, não podem ser imputadas à coexistência de diagnósticos comórbidos que um ou outro grupo possam ter (até porque se verificou existirem num grau semelhante nos dois grupos). Por este motivo, não foi controlado o efeito dos diagnósticos comórbidos nas análises efectuadas.

O passo seguinte foi proceder ao cálculo dos valores médios das variáveis em estudo para a amostra total e para cada um dos grupos. Em seguida, foram realizadas ANOVAS univariadas a um factor, de modo a testar, a significância associada a cada uma das variáveis independentes, na diferenciação dos dois grupos. Foram validados os pressupostos subjacentes a este procedimento estatístico (i.e., a distribuição normal em todos os grupos e a homogeneidade das variâncias). Dado que todas as variáveis apresentavam uma distribuição normal (valores de assimetria $< |3|$ e de curtose $< |8-10|$) e variâncias homogéneas (de acordo com o teste de Levene) utilizou-se o teste *F* da ANOVA. A estatística da dimensão do efeito utilizada foi o η^2 interpretado de acordo com as diretrizes de Cohen (1988, pp.284-87, tal como descrito em Pallant, 2010)¹⁵⁶. Deste modo, foi possível averiguar quais as variáveis predictoras que permitem discriminar significativamente os doentes com diagnóstico de Perturbação *Borderline* de Personalidade sem auto-dano vs. com auto-dano, e qual a magnitude do efeito das diferenças encontradas.

Em seguida foram calculadas as correlações produto-momento de *Pearson* entre as variáveis contínuas e correlações de *Spearman* no caso da variável dicotómica (ausência vs. presença de comportamentos de auto-dano) de modo a explorar a associação entre as variáveis em estudo.

De modo a examinar a adequação do modelo proposto para a explicação dos factores de risco/predictores quanto à ocorrência de comportamentos de auto-dano (na distinção entre doentes sem auto-dano vs. com auto-dano), foram conduzidas regressões logísticas múltiplas, na qual a variável auto-dano (0 = ausência de comportamentos de auto-dano *versus* 1 = presença frequente de comportamentos de auto-dano) foi considerada como sendo a variável dependente. A regressão logística tem a vantagem de permite testar o efeito de uma ou de várias variáveis predictoras (contínuas ou categoriais) na predição de uma variável dependente categorial (Pallant, 2010), permitindo, deste modo, avaliar a probabilidade de pertença ao grupo com comportamentos de auto-dano com base no conjunto de variáveis independentes.

¹⁵⁶ Para a interpretação do valor *eta square* foram utilizadas as diretrizes de Cohen (1988, pp. 284-287 citado por Pallant, 2010) considerando-se um valor de .01 como indicador de um efeito pequeno, .06 como indicador de um efeito moderado e .14 como indicador de um amplo efeito.

Na condução da regressão logística múltipla, só foram incluídas as variáveis que as ANOVAS univariadas demonstraram ser significativas na discriminação dos dois grupos em estudo. Adicionalmente, de modo a seleccionar só as variáveis mais importantes na diferenciação dos dois grupos, e por limitações do tamanho da amostra, foram somente utilizadas as variáveis cuja magnitude do efeito (das diferenças encontradas) era no mínimo moderada ($> .06$).

Em relação aos pressupostos relativos a este procedimento estatístico foi averiguada a presença de multicolinearidade, sendo que, pelo facto do comando de regressão logística no SPSS não ter um teste formal à multicolinearidade, a mesma foi avaliada através da regressão linear, analisando-se o factor de inflação da variância (VIF). Adicionalmente, foram analisados os coeficientes produto-correlação de *Pearson*, dado que é aconselhável remover variáveis que se encontrem fortemente correlacionadas ($r > .70$). Foi igualmente analisado o tamanho da amostra que, segundo Tabachnick & Fidell (2007, p.123), deverá ser superior a $50+8m$ (sendo que o m , corresponde ao número de variáveis independentes). Outro importante pressuposto foi averiguar a presença de *outliers* extremos, tendo sido inspeccionados graficamente os resíduos (considerando-se um valor *Zresidual* superior a 2.5 ou inferior a -2.5 como indicativo da presença de *outliers* que possivelmente exercem influência sobre o modelo).

O método utilizado para a selecção das variáveis com poder preditor foi o método *Enter*, tendo-se considerado como variáveis que contribuem significativamente para a validade preditiva do modelo as que apresentaram um valor de p associado $< .05$. O teste à significância do modelo fez-se comparando a verosimilhança do modelo só com a constante (também designado por modelo nulo, no qual nenhuma das variáveis independentes tem poder preditivo e que, por isso, serve como linha de base de comparação) com a verosimilhança do modelo completo (com todas as variáveis incluídas no modelo), tal como descrito em Marôco (2010a). A qualidade de ajustamento dos modelos foi avaliada através do *Omnibus Test of Model Coefficients* e do *Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit Test*. Em relação ao primeiro teste, no caso de obtermos um valor significativo ($< .05$), isso indica-nos que o modelo com as variáveis independentes incluídas tem um melhor ajustamento quando comparado com o modelo nulo (que apresenta a previsão efectuada por palpite pelo procedimento estatístico sem que nenhum dos preditores tivesse sido incluído no modelo). Já em relação ao segundo teste, um valor não significativo ($> .05$) significa que o modelo tem um bom ajustamento (Pallant, 2010).

Por fim, foram conduzidas análises de regressão múltiplas nas quais foram incluídas, numa primeira fase, as mesmas variáveis independentes utilizadas na regressão logística e, posteriormente, novas variáveis de modo a avaliar quão bem no seu conjunto estas variáveis prediziam a frequência de comportamentos de auto-dano (variável contínua) no grupo que apresenta estes comportamentos ($n = 44$). Mais concretamente, estas análises foram conduzidas com o intuito de identificar qual ou quais o(s) melhor(es) preditor(es) da manutenção dos comportamentos de auto-dano. Na aplicação destes procedimentos foram igualmente conduzidas análises preliminares de modo a assegurar a não violação dos pressupostos de normalidade e linearidade. A presença de *outliers* uni e multivariados foi detectada através da análise da *scatterplot* e da inspeção das distâncias de *Mahalanobis* e de *Cook*. Segundo Tabachnick e Fidell (2007), os casos que tenham um resíduo estandardizado maior 3.3 ou menor que -3.3 podem ser classificados de *outliers*.

Todas as análises foram efectuadas com o software SPSS (v.20; IBM SPSS Inc, Chicago, IL).

9.3. Resultados

Análises Descritivas

Os valores médios e de desvio-padrão para a amostra total e por grupos são apresentados na tabela 51. A análise da variância entre grupos a um factor foi conduzida para explorar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo sem auto-dano vs. grupo com auto-dano em 18 variáveis dependentes¹⁵⁷. Os resultados demonstraram a existência de diferenças estatisticamente significativas para um $p < .05$ ¹⁵⁸ nas pontuações da sintomatologia ansiosa ($F_{(1,76)} = 4.08, p = .047$), dissociação ($F_{(1,76)} = 6.18, p = .015$), vergonha interna ($F_{(1,76)} = 14.65, p < .001$), vergonha externa ($F_{(1,76)} = 8.32, p = .005$), crenças de perigosidade acerca das emoções ($F_{(1,76)} = 9.53, p = .003$), evitamento experiencial ($F_{(1,76)} = 6.92, p = .010$) e afecto negativo ($F_{(1,76)} = 8.88, p = .004$), sendo que em relação a todas, os doentes com auto-dano apresentaram pontuações significativamente superiores em relação aos doentes sem auto-dano. Pelo contrário, em relação às crenças de validação emocional ($F_{(1,76)} = 5.36, p = .023$), à auto-compaixão ($F_{(1,76)} = 10.56, p = .002$) e ao afecto positivo ($F_{(1,76)} = 4.05, p = .048$), os doentes com auto-dano apresentaram pontuações significativamente inferiores em comparação aos doentes sem auto-dano. Dado que as análises foram conduzidas numa amostra relativamente reduzida (ainda que com um $n > 30$ por grupo), optou-se por reportar o tamanho dos efeitos das diferenças encontradas, de modo a fornecer uma medida de validade externa, que permitisse interpretar com maior confiança os resultados obtidos. O cálculo da magnitude das diferenças encontradas, que se revelaram estatisticamente significativas entre os grupos, usando o *eta quadrado*, variou entre um valor próximo do moderado .05 (afecto positivo e sintomatologia ansiosa) a elevado .16 (vergonha interna).

Adicionalmente, e ao contrário do que se esperava, verificou-se que os dois grupos não se diferenciavam em relação aos traços de impulsividade e de raiva, na internalização e externalização da raiva, na sintomatologia depressiva, na ruminação e no traço de *mindfulness*.

¹⁵⁷ De referir que em relação à ruminação optou-se por apenas utilizar a dimensão mais patológica (cismar) da escala *Ruminative Response Scale* (Trenor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003), dado que, de acordo com a literatura, é esta dimensão que mais se encontra associada à psicopatologia. Em relação à raiva optou-se por apenas utilizar três das cinco dimensões que compõem o instrumento *The State-Trait Anger Expression Inventory* (STAXI; Spielberger, 1988), optando-se por excluir a dimensão *raiva-estado* que mede a intensidade da raiva enquanto estado emocional num momento particular (neste caso, durante o preenchimento do questionário) e a dimensão *controlo da raiva* que avalia a tendência para monitorizar e controlar a expressão da raiva. Para o propósito da presente dissertação, e de acordo com a revisão da literatura, somente se considerou a dimensão *raiva-traço* (que avalia a disposição/ tendência para experienciar a emoção de raiva num conjunto variado de situações) e duas formas de lidar com a emoção, a *externalização da raiva* (a tendência para agressivamente direccionar a raiva para outras pessoas ou objectos) e a *internalização da raiva* (a tendência para dirigir a raiva para si mesmo). De referir que as duas dimensões excluídas não diferenciam significativamente os doentes sem vs. com auto-dano, o que justificou igualmente a decisão de não considerá-las nas análises apresentadas.

¹⁵⁸ Dado tratar-se de uma análise preliminar exploratória à regressão logística optou-se pela não aplicação da correcção de *Bonferroni*, até porque se pretendia proceder à selecção das variáveis com base no valor de *eta square* (i.e., da magnitude das diferenças).

Tabela 51

Valores médios e de desvio-padrão das variáveis de interesse para a amostra total e por grupos (sem auto-dano vs. com auto-dano).

	Amostra Total (n = 78)		Subgrupo com auto-dano (n = 44)		Subgrupo sem auto-dano (n = 34)		F	p	η ²
	M	DP	M	DP	M	DP			
BIS-11	2.46	0.34	2.45	0.37	2.47	0.31	0.03	.859	.00
DASS Dep	1.91	0.91	2.02	0.92	1.75	0.89	1.68	.199	.02
DASS Ans	1.37	0.87	1.54	0.84	1.15	0.86	4.08	.047	.05
DES	3.09	1.80	3.52	1.87	2.53	1.56	6.18	.015	.08
STAXI TR	2.58	0.61	2.65	0.62	2.49	0.59	1.45	.233	.02
STAXI ER	2.06	0.67	2.16	0.59	1.93	0.75	2.29	.134	.03
STAXI IR	2.64	0.60	2.75	0.62	2.51	0.54	3.18	.079	.04
ISS	2.43	0.63	2.65	0.50	2.15	0.67	14.65	<.001	.16
OAS	2.21	0.82	2.44	0.82	1.92	0.75	8.32	.005	.10
LESS CN	4.73	0.84	4.97	0.74	4.41	0.87	9.53	.003	.11
LESS CV	2.83	1.08	2.59	1.04	3.14	1.01	5.36	.023	.07
RRS-SV CIS	3.28	0.59	3.35	0.63	3.19	0.54	1.32	.254	.02
MAAS ^a	3.19	0.95	3.02	0.88	3.42	1.02	3.18	.079	.04
PANAS AN	3.42	0.87	3.67	0.77	3.11	0.90	8.88	.004	.10
PANAS AP	2.13	0.81	1.97	0.72	2.34	0.89	4.05	.048	.05
AAQ-II	5.51	1.11	5.79	1.00	5.15	1.15	6.92	.010	.08
SCS	2.08	0.68	1.88	0.58	2.36	0.73	10.56	.002	.12

Correlações

A análise dos coeficientes de correlação de *Spearman* (tabela 52) mostrou que a variável dicotómica (ausência vs. presença) de comportamentos de auto-dano se associa positiva e significativamente à sintomatologia ansiosa, à dissociação, à raiva dirigida para pessoas e objetos (externalização da raiva), à vergonha externa e interna, às crenças de perigosidade acerca das emoções, ao afecto negativo e ao evitamento experiencial e, pelo contrário, negativamente, às crenças de validação emocional e à auto-compaixão. Contudo, verificou-se a inexistência de uma associação significativa com a impulsividade, com a sintomatologia depressiva, com a raiva-traço, com as tentativas de supressão da raiva (internalização da raiva), com o afecto positivo, com a ruminação e com o *mindfulness*.

Já a análise aos resultados das correlações bivariadas produto-momento de *Pearson* (tabela 52), permitiu constatar que quanto menos crenças de validação emocional e menos auto-compaixão os doentes apresentam maior a frequência de comportamentos de auto-dano. Este resultado, em particular, sugere que a incapacidade em activar o sistema de afecto positivo poderá constituir um factor de vulnerabilidade para a manutenção dos comportamentos de auto-dano. De facto, nenhuma das restantes variáveis na amostra em estudo está associada significativamente a uma maior severidade/ frequência de comportamentos de auto-dano.

Tabela 52

Correlações produto-momento de Pearson entre as variáveis em estudo para a amostra total.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
1. BIS-11	1																		
2.DASS Dep	.39*	1																	
3.DASS Ans	.40*	.78*	1																
4. DES	.50*	.54*	.63*	1															
5. STAXI TR	.41*	.27*	.35*	.38*	1														
6.STAXI ER	.30*	.09	.19	.12	.73*	1													
7.STAXI IR	.15	.39*	.44*	.49*	.18	-.16	1												
8.ISS	.25*	.45*	.34*	.41*	.23*	-.03	.41*	1											
9.OAS	.39*	.52*	.45*	.56*	.47*	.13	.47*	.67*	1										
10.LESS CN	.29*	.40*	.31*	.46*	.28*	.06	.36*	.62*	.49*	1									
11.LESS CV	-.28*	.47*	.36*	.32*	-.11	.14	.31*	.38*	.37*	.30*	1								
12. RRQ CIS	.17	.39*	.32*	.36*	.32*	.15	.29*	.45*	.31*	.57*	-.25*	1							
13.MAAS	.36*	.40*	.53*	.60*	-.22	-.06	.38*	.53*	.41*	.47*	.20	-.25*	1						
14. PANAS AN	.31*	.58*	.52*	.51*	.29*	.06	.40*	.48*	.46*	.44*	.34*	.31*	-.27*	1					
15. PANAS AP	-.16	.47*	.39*	.32*	-.12	-.12	-.18	.35*	.38*	-.18	.43*	-.22	.19	.32*	1				
16.AAQ-II	.28*	.54*	.44*	.50*	.37*	.19	.48*	.53*	.54*	.69*	.44*	.63*	.34*	.55*	.32*	1			
17. SCS	.24*	.25*	-.14	.25*	-.18	-.05	.25*	.48*	.35*	.48*	.53*	.33*	.29*	.39*	.44*	.47*	1		
18. Auto-dano A/P	-.02	.18	.24*	.28*	.17	.22*	.18	.45*	.36*	.33*	-.25*	.17	-.17	.31*	-.21	.28*	.34*	1	
19. Freq auto-dano	.09	.25	.19	.26	.15	.02	.18	.09	.15	.12	.47*	.08	-.08	.12	-.23	.20	.33*	.68*	1

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; 1. BIS-11 = Escala de Impulsividade de Barratt; 2. DASS Dep= Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress – subescala depressão; 3. DASS Ans= Escalas de Depressão, Ansiedade e Stress – subescala ansiedade; 4. DES = Escala de Experiências Dissociativas; 5. STAXI TR = Inventário de Expressão da Raiva como Estado e Traço – subescala traço raiva; 6. STAXI ER= Inventário de Expressão da Raiva como Estado e Traço – subescala externalização da raiva; 7. STAXI IR= Inventário de Expressão da Raiva como Estado e Traço – subescala internalização da raiva; 8. ISS = Escala de Vergonha Interna; 9. OAS = Escala de Vergonha Externa; 10. LESS CN= Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – subescala crenças de incontrolabilidade e perigosidade acerca das emoções; 11. LESS CV= Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – subescala crenças de validação emocional; 12. RRQ – SV CIS = Escala de Respostas Ruminativas-versão reduzida – subescala cismar; 13. MAAS = Escala de Atenção e Consciência Plena; 14. PANAS AN= Escala de Afecto Positivo e Negativo – subescala afecto negativo; 15. PANAS AP= Escala de Afecto Positivo e Negativo – subescala afecto positivo; 16. AAQ-II = Questionário de Aceitação e Acção; 17.SCS = Escala de Auto-Compaixão; 18. Auto-dano A/P= Auto-dano ausência versus presença; 19. Freq auto-dano = Frequência do auto-dano.

^a $n = 44$

^b $n = 78$ Amostra total

^c $n = 74$ Em relação a esta variável foram apenas avaliados 74 participantes ($n = 32$ - grupo sem auto-dano; $n = 42$ – grupo com auto-dano)

Resultados das regressões logísticas múltiplas

Tendo em conta os resultados das ANOVAS univariadas, verificou-se que do total de variáveis analisadas, as que discriminam significativamente os dois grupos (ausência vs. presença de auto-dano) foram a sintomatologia ansiosa, o afecto negativo e positivo, a dissociação, a vergonha externa, a vergonha interna, as crenças de perigosidade acerca das emoções, as crenças de validação emocional, o

evitamento experiencial e a auto-compaixão. O cálculo das magnitudes às diferenças encontradas permitiu constatar que as variáveis que mais diferenciam os dois grupos são a vergonha interna e externa, as crenças negativas acerca das emoções, o afecto negativo e a auto-compaixão ($\geq .10$), seguindo-se a dissociação e o evitamento experiencial ($\geq .08$). Contudo, e apesar da análise aos Factores de Inflação da Variância (VIF) indicarem a inexistência de problemas de multicolinearidade em relação às dez variáveis que diferenciam os dois grupos, dado que todas apresentaram valores aceitáveis de VIF (< 5), a análise dos coeficientes produto-momento de Pearson, revelou que algumas variáveis estavam fortemente associadas (nomeadamente, a vergonha interna e a vergonha externa, as crenças de perigosidade acerca das emoções e o evitamento experiencial, as crenças de perigosidade acerca das emoções e a vergonha interna e, por fim, a sintomatologia ansiosa e a dissociação), o que poderia questionar fortemente os resultados obtidos nas regressões logísticas. Por este motivo optou-se por seleccionar-se a vergonha interna, o evitamento experiencial e a dissociação entre os pares de variáveis que se encontravam fortemente associadas. Por outro lado, devido ao tamanho da amostra ($N = 78$), de acordo com a fórmula disponibilizada por Tabachnick e Fidell (2007), apenas poderiam ser inseridas três a quatro variáveis na regressão logística, o que justifica a opção de seleccionar um grupo limitado de variáveis.

Por esse motivo, tendo em conta as magnitudes de correlação e as limitações relativamente ao número de variáveis, e com base no modelo teórico que se pretendia testar, optou-se por efectuar duas regressões logísticas com as seguintes variáveis: 1) dissociação, vergonha interna, evitamento experiencial e auto-compaixão; e 2) afecto negativo, vergonha interna, evitamento experiencial e auto-compaixão.

Deste modo, pretendeu-se avaliar o efeito de três novas variáveis (i.e., vergonha interna, evitamento experiencial e auto-compaixão) que não foram ainda testadas acerca da sua capacidade de predição do auto-dano, ao mesmo tempo que controlava o efeito de duas (i.e., afecto negativo e dissociação) variáveis bem documentadas na literatura como sendo importantes na predição deste comportamento.

Resultados da primeira regressão logística múltipla

De modo a analisar a adequação dos factores de risco propostos na distinção dos doentes sem auto-dano ($n = 34$) vs. com auto-dano ($n = 44$), foi conduzida uma análise de regressão logística com uma variável dependente dicotómica (ausência vs. presença de auto-dano) e quatro factores de risco (dissociação, vergonha interna, evitamento experiencial e auto-compaixão) como variáveis independentes. Todas as variáveis foram incluídas no mesmo bloco, de modo a poder ser avaliada a capacidade preditiva de cada variável na probabilidade dos respondentes relatarem a ocorrência de comportamentos de auto-dano, enquanto se controlava o efeito das restantes variáveis incluídas no modelo.

Antes de se proceder à análise de adequação do modelo, investigou-se a presença de *outliers* através da análise dos valores de *ZResidual* (que, no caso, de serem superiores a 2.5 ou inferiores a -2.5, sugerem que essa observação se constitui um *outlier* no modelo testado; Pallant, 2010), o que conduziu à remoção de uma observação que apresentava um *ZResidual* de 2.7, dado que a mesma poderia influenciar as conclusões retiradas¹⁵⁹.

¹⁵⁹ Adicionalmente esta mesma observação apresentou um valor de *ZResidual* de 2.5 na segunda regressão logística conduzida, e revelou-se igualmente como sendo um *outlier* extremo no estudo apresentado na secção V. A análise conjunta destes resultados conduziu à opção de removê-la das análises de regressão logística.

O modelo completo, no qual foram incluídos os quatro preditores, revelou-se estatisticamente significativo (de acordo com o *Omnibus Tests of Model Coefficients*) com um $\chi^2(4, N = 77) = 22.39, p < .001$, o que significa que o modelo é capaz de distinguir com confiança entre os respondentes com ausência *versus* presença de comportamentos de auto-dano, e que é significativamente melhor comparativamente à qualidade do modelo obtido pela previsão (por palpite) efectuada pelo procedimento estatístico (quando nenhuma variável independente é incluída no modelo). Adicionalmente, obteve-se no *Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit Test* um valor de $\chi^2(8, N = 77) = 11.51, p = .175$, o que fornece suporte empírico relativamente à qualidade do modelo proposto, sugerindo que o mesmo é confiável. O modelo, como um todo, explica entre 25.2% (*Cox e Snell R square*) e 33.8% (*Nagelkerke R squared*) da variância do modelo explicativo do auto-dano. Adicionalmente, verificou-se que o modelo permite classificar corretamente 72.7% dos casos observados. Dito de outro modo, o modelo é capaz de prever a categoria correcta (ausência *vs.* presença de comportamentos de auto-dano) de 72.7% das observações, sendo este valor claramente superior ao obtido no modelo nulo (sem a inclusão das variáveis independentes) que é gerado por ‘palpite’ pelo procedimento estatístico (55.8%).

Em relação à *sensibilidade* do modelo, que corresponde à percentagem de casos, do grupo que tem a característica de interesse em estudo (presença de comportamentos de auto-dano), que foram correctamente identificados e classificados pelo modelo nessa categoria foi de 83.7%. Já a *especificidade* do modelo, que corresponde à percentagem de casos, do grupo que não apresenta a característica de interesse (sem comportamentos de auto-dano), que foram correctamente identificados e classificados pelo modelo nessa categoria foi de 58.8%.

Tal como se pode verificar na tabela 53, de entre os factores de risco testados, somente a vergonha interna apresenta um contributo único estatisticamente significativo ($< .05$) para a habilidade preditiva do modelo. Ou seja, a vergonha interna revela-se como sendo o preditor com mais forte impacto (mais importante), capaz de aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos de auto-dano ($\beta = 1.637; p = .012$). Dado que o *odds ratio* (OR) associado a esta variável é de 5.14, isto significa que os doentes com Perturbação *Borderline* de Personalidade, que têm uma elevada vergonha interna, apresentam cinco vezes mais probabilidade de reportarem a ocorrência de comportamentos deliberados de auto-dano do que aqueles que apresentam menos vergonha interna (quando se controla o efeito das restantes variáveis no modelo). Dado que o valor 1 não está incluído no intervalo de confiança de 95% estimado, isto significa que o valor de OR obtido é estatisticamente significativo para um $p < .05$.

Tabela 53

Síntese dos resultados das regressões logísticas univariadas com as variáveis em estudo a prever o auto-dano.

Preditores	Coeficiente B	Erro Padrão	χ^2_{Wald}	g.l.	p value	Odds Ratio	I.C. a 95.0% para o Odds	
							Ratio	
							Inferior	Superior
DES- Dissociação	0.200	0.185	1.164	1	.281	1.221	0.850	1.755
ISS-Vergonha interna	1.637	0.652	6.304	1	.012	5.142	1.432	18.459
AAQ-II-Evitamento experiencial	0.019	0.317	0.004	1	.952	1.019	0.547	1.898
SCS- Auto-compaixão	-0.695	0.484	2.059	1	.151	0.499	0.193	1.290
Constante	-3.062	2.574	1.415	1	.234	0.047		

Nota. DES = Escala de Experiências Dissociativas; ISS = Escala de Vergonha Interna; AAQII = Questionário de Aceitação e Acção; SCS = Escala de Auto-Compaixão; β = valor do Beta; g.l.= graus de liberdade; I.C.=intervalo de confiança

Resultados da segunda regressão logística múltipla

Na segunda regressão logística testada substituiu-se o factor de risco dissociação pelo factor de risco afecto negativo. Mais uma vez todas as variáveis foram incluídas no mesmo bloco, de modo a poder ser avaliada a capacidade preditiva de cada uma na probabilidade dos respondentes relatarem a ocorrência de comportamentos de auto-dano, enquanto se controlava o efeito das restantes variáveis incluídas no modelo.

Antes de se proceder à análise de adequação do modelo, investigou-se igualmente a presença de *outliers* através da análise dos valores de *ZResidual* o que conduziu à remoção de uma observação que apresentava um *ZResidual* de 2.5, dado que a mesma poderia influenciar as conclusões retiradas (e que corresponde à observação removida na primeira regressão logística).

O modelo completo, no qual foram incluídos os quatro preditores, revelou-se estatisticamente significativo (de acordo com o *Omnibus Tests of Model Coefficients*) com um $\chi^2(4, N = 77) = 21.80, p < .001$, o que significa que o modelo é capaz de distinguir entre os respondentes com ausência versus presença de comportamentos de auto-dano, e que é significativamente melhor comparativamente à qualidade do modelo obtido pela previsão (por palpite) efectuada pelo procedimento estatístico. Adicionalmente, obteve-se no *Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit Test* um valor de $\chi^2(8, N = 77) = 12.21, p = .142$, o que fornece suporte empírico relativamente à qualidade do modelo proposto, sugerindo que o mesmo é confiável. O modelo, como um todo, explica entre 24.7% (*Cox e Snell R square*) e 33.0% (*Nagelkerke R squared*) da variância do modelo explicativo do auto-dano. Adicionalmente verificou-se que o modelo permite classificar corretamente 75.3% dos casos observados. Dito de outro modo, o modelo é capaz de prever a categoria correta (ausência vs. presença de comportamentos de auto dano) de 75.3% das observações, sendo este valor claramente superior ao obtido no modelo nulo (sem a inclusão das variáveis independentes) que é gerado por 'palpite' pelo procedimento estatístico (64.7%).

Em relação à *sensibilidade* do modelo, que corresponde à percentagem de casos, do grupo que tem a característica de interesse em estudo (presença de comportamentos de auto-dano), que foram correctamente identificados e classificados pelo modelo nessa categoria foi de 83.7%. Já a *especificidade* do modelo, que corresponde à percentagem de casos, do grupo que não apresenta a característica de interesse (sem comportamentos de auto-dano), que foram correctamente identificados e classificados pelo modelo nessa categoria foi de 64.7%.

Tal como se pode verificar na tabela 54, de entre os factores de risco testados, somente a vergonha interna apresenta um contributo único estatisticamente significativo ($< .05$) para a habilidade preditiva do modelo. De facto, foi novamente a vergonha interna a revelar-se como sendo o preditor com mais forte impacto e significativo, capaz de aumentar a probabilidade de ocorrência de comportamentos de auto-dano ($\beta = 1.646; p = .014$). Dado que o *odds ratio* (OR) associado a esta variável é de 5.19, isto significa que os doentes com Perturbação *Borderline* de Personalidade, que têm uma elevada vergonha interna, apresentam cinco vezes mais probabilidade de reportarem a ocorrência de comportamentos deliberados de auto-dano do que aqueles que apresentam menos vergonha interna (quando se controla o efeito das restantes variáveis no modelo), resultado este semelhante ao obtido na primeira regressão logística conduzida. Dado que o valor 1 não está incluído no intervalo de confiança de 95% estimado, isto significa que o valor de OR obtido é estatisticamente significativo para um $p < .05$.

Tabela 54

Síntese dos resultados das regressões logísticas univariadas com as variáveis em estudo a predizer o auto-dano.

Preditores	Coeficiente B	Erro Padrão	χ^2_{Wald}	g.l.	p value	Odds Ratio	I.C. a 95.0% para o Odds Ratio	
							Inferior	Superior
							PANAS- Afecto negativo	0.291
ISS-Vergonha interna	1.646	0.671	6.019	1	.014	5.189	1.393	19.333
AAQ-II-Evitamento experiencial	0.064	0.311	0.043	1	.836	1.066	0.579	1.962
SCS- Auto-compaixão	-0.579	0.485	1.425	1	.233	0.561	0.217	1.450
Constante	-3.975	2.630	2.285	1	.131	0.019		

Nota. PANAS = Escala de Afecto Positivo e Afecto Negativo; ISS = Escala de Vergonha Interna; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Acção; SCS = Escala de Auto-Compaixão; β = valor do Beta; g.l. = graus de liberdade; I.C. = intervalo de confiança

Dado que teoricamente seria possível considerar a hipótese do evitamento experiencial não ter emergido como preditor significativo por se sobrepôr, pelo menos parcialmente, à dissociação (dado que a dissociação pode ser conceptualizada como uma forma de evitamento experiencial; Hayes et al., 1996), procedeu-se ainda a uma terceira regressão logística na qual a dissociação foi removida enquanto variável independente. Contudo, os resultados mantiveram-se, com a vergonha interna a emergir como o único preditor significativo na predição do auto-dano.

Resultados da regressão múltipla

Em seguida, de modo a examinar a adequação dos propostos factores de risco na predição da frequência dos comportamentos de auto-dano no grupo de doentes que apresentam este comportamento ($n = 44$) foi conduzida uma análise de regressão múltipla univariada, com o método *standard*, com a frequência dos comportamentos de auto-dano como variável contínua dependente e as mesmas variáveis independentes descritas anteriormente utilizadas na regressão logística.

Na primeira análise de regressão, a dissociação, a vergonha interna, o evitamento experiencial e a auto-compaixão foram inseridas no primeiro bloco, de modo a avaliar o poder preditivo de cada variável, quando o efeito das restantes variáveis é controlado. No seu conjunto o modelo não se revelou estatisticamente significativo, $F_{(4,39)} = 1.79$; $p = .151$, apesar da variável auto-compaixão se revelar significativa se considerássemos um *p value* de .10 ($\beta = -.32$; $p = .068$). Na segunda análise de regressão na qual se substituiu a variável dissociação pela variável afecto negativo, mantendo-se as restantes variáveis no modelo, obtiveram-se resultados semelhantes. Apesar do modelo total não se revelar estatisticamente significativo, $F_{(4,39)} = 1.28$; $p = .296$, novamente foi a variável auto-compaixão que mais se aproximou do limiar de significância estatística ($\beta = -.32$; $p = .077$).

Estes são resultados interessantes se tivermos em atenção que eles contrastam com os obtidos nas regressões logísticas.

A análise conjunta das análises conduzidas parece sugerir que a vergonha interna tem um papel preponderante no *desenvolvimento* dos comportamentos de auto-dano (quando comparado com o das restantes variáveis) e que se constitui como um forte factor de risco deste comportamento, capaz de aumentar cinco vezes a probabilidade de um doente com PBP relatar a ocorrência de comportamentos de auto-dano. Em contraste, os resultados parecem sugerir que em relação à *manutenção* dos comportamentos de auto-dano, o principal factor explicativo da frequência destes comportamentos, de entre as variáveis em análise, é a incapacidade em adoptar uma atitude auto-compassiva. De um modo mais geral, estes resultados parecem sugerir que embora a vergonha interna (a activação do sistema de

defesa-ameaça) seja crucial para o início dos comportamentos de auto-dano, assim que estes comportamentos estão estabelecidos, a dificuldade em ser auto-compassivo (em activar o sistema de calor-afecto) parece ser mais central na manutenção deste comportamento ao longo do tempo.

Para testar esta possibilidade, e porque a auto-compassão, apesar de ter alcançado um valor próximo, não se revelou como um preditor estatisticamente significativo, duas novas regressões foram conduzidas, substituindo a variável auto-compassão, pela variável crenças de validação emocional. A escolha desta variável é justificada pelo facto: 1) das crenças de validação emocional reflectirem igualmente a activação do sistema de calor-afecto; 2) porque à semelhança do que se verificou com a auto-compassão, as crenças de validação emocional apresentam uma correlação significativa com a frequência do auto-dano (de facto foram as únicas variáveis que apresentaram uma associação significativa a este comportamento; 3) se para a formação do sistema de afecto positivo e, mais concretamente, para o desenvolvimento de uma atitude auto-compassiva, é crucial ter-se vivenciado experiências de validação emocional, então será de esperar que tendo os doentes com PBP dificuldade em activar o sistema de afecto positivo e adoptarem uma atitude compassiva em relação às suas experiências internas, também apresentem crenças de invalidação emocional, ou seja, que acreditem que os outros não validam, legitimam ou tranquilizam os seus estados emocionais adversos (tal como se verificou no primeiro estudo conduzido); 4) o modelo de Linehan (1993) hipotetiza que a auto-invalidação seja um preditor do auto-dano, o pode sugerir a possibilidade da percepção de invalidação por parte dos outros ser igualmente importante para a frequência dos comportamentos de auto-dano.

No primeiro modelo testado (no qual foram incluídas a dissociação, o evitamento experiencial, a vergonha interna e as crenças de validação emocional) revelou-se estatisticamente significativo, $F_{(4,39)} = 2.81$; $p = .039$, explicando 22.3% ($R^2 = .22$; $R^2_{\text{Ajustado}} = .14$) da variância na frequência dos comportamentos de auto-dano. Os resultados mostram que a única variável que apresenta um contributo único e estatisticamente significativo são as crenças de validação emocional ($\beta = -.432$; $p = .010$), que se revelam como sendo um forte preditor negativo da frequência de comportamentos de auto-dano, quando a variância que é explicada pelas restantes variáveis do modelo é controlada (tabela 55). A análise aos coeficientes de correlação semi-parciais (sr^2), que nos indica qual o contributo da cada variável para o R^2 total¹⁶⁰, diz-nos que do total de variância da frequência de auto-dano (22.3%), as crenças de validação emocional têm um contributo negativo único de 14.5% na explicação da variância total do modelo.

E apesar da análise da *scatterplot* ter identificado uma observação *outlier* (resíduo estandardizado de 3.82) na variável dependente, a análise à distância de Cook para esta observação foi de .353, sendo que este valor é claramente inferior ao valor 1, a partir do qual segundo Tabachnick e Fidell (2007) indicam que a observação constitui um problema ao influenciar os resultados do modelo. Também a análise à distância máxima de *Mahalanobis* (14.11) revelou-se inferior ao valor crítico de qui quadrado (18.47), pelo que, mais uma vez, se comprova que não se trata de um valor que influencie o modelo. Neste sentido, e porque a remoção desta observação não conduzia à alteração dos resultados obtidos, optou-se pela sua manutenção nas análises conduzidas.

¹⁶⁰ A soma de todos os valores de correlação semi-parcial ao quadrado não correspondem exatamente ao valor de R^2 , porque os valores de sr^2 representam o contributo único de cada variável (em que a variância partilhada ou sobreposição com outras variáveis é removida), enquanto o valor de R^2 contém o contributo único explicado por cada variável e o que é partilhado entre as mesmas (Pallant, 2010).

Tabela 55
Regressão linear múltipla com as variáveis em estudo a prever a frequência dos comportamentos de auto-dano (n = 44).

Preditores	β^a	T	p value	V.I.F	$Sr^{2(b)}$
Constante		2.149	.038		
DES- Dissociação	.099	0.582	.564	1.459	.007
ISS-Vergonha interna	-.048	-0.284	.778	1.417	.002
AAQ-II-Evitamento experiencial	.007	0.038	.970	1.630	.000
LESS-CV – Crenças de validação emocional	-.432	-2.699	.010	1.286	.145

Nota. DES = Escala de Experiências Dissociativas; ISS = Escala de Vergonha Interna; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Acção; LESS-CV = Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy, subescala crenças de validação emocional; β^a = Coeficiente estandardizado; $sr^{2(b)}$ = correlação semi-parcial ao quadrado

No segundo modelo testado (no qual foram incluídos o afecto negativo, o evitamento experiencial, a vergonha interna e as crenças de validação emocional) revelou-se estatisticamente significativo, $F_{(4,39)} = 2.75$; $p = .042$, explicando 22% ($R^2 = .22$; $R^2_{Ajustado} = .14$) da variância na frequência dos comportamentos de auto-dano. Os resultados mostram que a única variável que apresenta um contributo único e estatisticamente significativo é, novamente, as crenças de validação emocional ($\beta = -.469$; $p = .005$), que se revelam como sendo um forte preditor negativo da frequência de comportamentos de auto-dano, quando a variância que é explicada pelas restantes variáveis do modelo é controlada (tabela 56). Do total de variância da frequência de auto-dano explicada pelo modelo (22%), as crenças de validação emocional têm um contributo único de 17.9%.

A análise da *scatterplot* identificou igualmente uma observação *outlier* (resíduo estandardizado de 3.87) na variável dependente. Contudo, mais uma vez, a análise à distância de Cook para esta observação foi de .431, valor que é claramente inferior ao valor 1, assim como a distância máxima de Mahalanobis (14.21) revelou-se inferior ao valor crítico de qui quadrado pelo que não se trata de um valor que influencie o modelo e, por esse motivo, não foi removido da análise.

Tabela 56
Regressão linear múltipla com as variáveis em estudo a prever a frequência dos comportamentos de auto-dano (n = 44).

Preditores	β^a	T	p value	V.I.F	$Sr^{2(b)}$
Constante		2.161	.037		
PANAS – afecto negativo	-.069	-0.399	.692	1.505	.003
ISS-Vergonha interna	-.009	-0.054	.957	1.458	.000
AAQ-II-Evitamento experiencial	.055	0.299	.766	1.670	.002
LESS-CV – Crenças de validação emocional	-.469	-2.990	.005	1.230	.179

Nota. PANAS = Escala de Afecto Positivo e Negativo; ISS = Escala de Vergonha Interna; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Acção; LESS-CV = Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy, subescala crenças de validação emocional; β^a = Coeficiente estandardizado; $sr^{2(b)}$ = correlação semi-parcial ao quadrado

9.4. Discussão

Nas últimas décadas assiste-se a um interesse crescente pela compreensão dos factores de risco que se postula estarem associados ao desenvolvimento e à manutenção dos comportamentos de auto-dano nos doentes PBP. Na literatura encontramos uma multiplicidade de factores individuais (*e.g.*, vulnerabilidade biológica) e ambientais (*e.g.*, experiências adversas precoces) que se hipotetiza estarem

associados ao auto-dano e, mais recentemente, de diversos mecanismos que se julga poderem mediar esta relação. Contudo, apesar de existir consenso em relação à complexa etiologia do auto-dano, continua a existir uma escassez de estudos que tenham testado simultaneamente vários factores de risco na população de doentes com PBP.

Neste sentido, o presente estudo pretendeu testar factores de risco que podem estar envolvidos no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de auto-dano em doentes com PBP, incluindo nas análises efectuadas quer factores documentados na literatura (*e.g.*, a dissociação, o traço de impulsividade, o traço de raiva, a externalização e internalização da raiva e o afecto negativo), quer outros factores que têm vindo, recentemente, a ser incorporados nos modelos de compreensão da PBP, mas acerca dos quais os estudos são ainda escassos ou mesmo inexistentes (*e.g.*, o traço de *mindfulness*, a vergonha interna, a vergonha externa, a auto-compassão, as crenças de perigosidade acerca das emoções e as crenças de validação emocional).

Dada a natureza exploratória do presente estudo, o primeiro objectivo foi comparar um grupo de doentes com PBP com história frequente de comportamentos de auto-dano com um grupo de doentes com PBP sem história de auto-dano em relação a um conjunto de dezassete possíveis factores de risco. Pretendeu-se com esta análise comparativa identificar as variáveis que distinguissem os dois grupos de doentes, para depois serem seleccionadas entre estas as que apresentassem um melhor poder discriminativo, e, somente, estas foram testadas enquanto possíveis factores de risco para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de auto-dano.

Um resultado interessante, desde logo, foi a constatação de que na amostra em estudo, algumas das variáveis referidas na literatura (o traço de impulsividade, o traço de raiva, a externalização e a internalização da raiva) não diferenciam significativamente os doentes sem auto-dano *vs.* com auto-dano na amostra em estudo. Sendo difícil identificar as razões para este resultado, que podem dever-se, entre outros motivos, à escolha dos instrumentos de medida e ao facto de só terem sido utilizados questionários de auto-resposta, à natureza da amostra (constituída apenas por doentes seguidos em ambulatório), ou o tamanho da amostra que pode não ter permitido o poder estatístico necessário para que as diferenças entre os grupos se revelassem significativas, não deixam de merecer atenção os resultados encontrados. De facto, em relação a algumas destas variáveis como, por exemplo, a impulsividade, encontramos na literatura resultados contraditórios acerca do papel preditor que podem ter no auto-dano (*e.g.*, Evan, Platts, & Liebenau, 1996; Herpertz, Sass, & Favazza, 1997). Apesar de, no presente estudo, os doentes com auto-dano não apresentarem um traço mais marcado de impulsividade comparativamente aos doentes sem auto-dano, pode dever-se ao facto de que seja somente na interacção com outros factores, como estados de afecto negativo intensos, que a impulsividade se constitua como um factor de risco para o auto-dano. Também se tivermos em consideração que os grupos foram formados, somente, com base nos comportamentos de auto-dano é possível equacionar que os doentes que se encontram no grupo sem auto-dano apresentem outros comportamentos impulsivos e auto-destrutivos que não o auto-dano (*e.g.*, abuso de substância, episódios de ingestão medicamentosa e/ ou tentativas de suicídio) e que, nesse sentido o traço de impulsividade esteja presente de igual modo em ambos os grupos.

Já em relação ao traço de raiva e à internalização e externalização da raiva, os resultados demonstraram que apesar dos doentes com auto-dano apresentarem pontuações superiores comparativamente aos doentes sem auto-dano, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas. Dado que alguns estudos têm demonstrado que a emoção de raiva frequentemente antecede os episódios de auto-dano (Chapman & Dixon-Gordon, 2007), de que a expressão da raiva é um dos motivos mais frequentemente reportados pelos doentes com PBP para justificarem os seus comportamentos de auto-dano (Brown et al., 2002), e de que os comportamentos de auto-dano são habitualmente mais atribuídos à raiva dirigida em torno do Eu, do que direccionada para os outros (Bennum & Phil, 1983),

seria, contudo, de esperar que os dois grupos apresentassem diferenças significativas nas variáveis associadas à emoção de raiva. É, contudo, de hipotetizar que, à semelhança do que foi referido em relação à impulsividade, que o traço de raiva e a internalização ou externalização da raiva possam não discriminar os doentes sem vs. com auto-dano, nem estarem associados a uma maior frequência de comportamentos de auto-dano, porque por si só eles podem não constituir-se como factores de risco/preditores do auto-dano, funcionando apenas, como tal, na interacção com outros factores como, por exemplo, a impulsividade, a vergonha, ou a dissociação.

Já em relação ao *mindfulness* e à ruminação, a escassez de estudos que exploraram o seu papel na PBP, limita possíveis interpretações. Contudo, existem evidências preliminares de que doentes com depressão que apresentam um diagnóstico comórbido de PBP exibem níveis mais elevados de ruminação comparativamente a doentes só com o diagnóstico de depressão e a um grupo de controlo (Abela, Payne, & Moussaly, 2003) e de que os doentes com PBP, quando comparados com um grupo de controlo não clínico, reportam níveis mais baixos do traço *mindfulness* (Baer et al., 2004). Neste sentido, os resultados obtidos, com as ressalvas anteriormente mencionadas, poderão sugerir que apesar dos elevados níveis de ruminação e de um baixo traço de *mindfulness* poderem estar associados a sintomas/traços da PBP, eles podem não se associar de um modo particular aos comportamentos de auto-dano e, como tal, não serem distintivos do grupo de doentes que apresentam estes comportamentos.

O presente estudo, contudo, estende os resultados de investigações prévias ao demonstrar que para além do afecto negativo, da sintomatologia ansiosa e da dissociação (factores documentados na literatura como estando associados ao auto-dano), também a vergonha interna, a vergonha externa e as crenças de perigosidade acerca das emoções discriminam significativamente os doentes com auto-dano vs. sem auto-dano. De facto, verificou-se que em relação a estas variáveis os doentes que apresentam uma história de comportamentos de auto-dano apresentaram pontuações superiores em comparação aos doentes sem auto-dano. Adicionalmente, e no sentido contrário, as crenças de validação emocional e a auto-compaixão diferenciam igualmente os doentes com auto-dano vs. sem auto-dano, mas neste caso com os doentes com auto-dano a apresentarem pontuações significativamente inferiores em comparação com os doentes sem auto-dano.

Em relação às crenças de perigosidade acerca das emoções, estes resultados parecem sugerir que os doentes com auto-dano, comparativamente aos doentes sem auto-dano, apresentam uma maior tendência para julgar as suas emoções como sendo inaceitáveis, incontrolláveis, intoleráveis e indesejadas. Ainda que indirectamente, estes resultados parecem fornecer suporte aos modelos que defendem que o auto-dano funciona como uma estratégia de regulação emocional cuja função é o alívio de estados emocionais aversivos e intensos (e.g., Chapman et al., 2006; Klonsky, 2007; Linehan, 1993). Não sendo possível a partir das análises conduzidas averiguar a natureza desta relação é possível hipotetizar que possivelmente quanto mais os doentes julgam as suas emoções como indesejadas e aversivas, mais possivelmente se esforçam para as eliminar, sendo que uma das formas possíveis para o fazer será através do recurso a comportamentos de auto-dano. O primeiro estudo forneceu evidências preliminares neste sentido ao demonstrar que um dos mecanismos que medeia a relação entre as crenças de perigosidade acerca das emoções e o dano auto-infligido é a dissociação, e de que independentemente da intensidade dos estados emocionais negativos, a avaliação subjectiva da activação emocional como aversiva e indesejável contribui para a ocorrência de episódios dissociativos e que estes, por sua vez, predizem uma maior frequência de episódios de dano auto-infligido.

Adicionalmente, verificou-se que os doentes com auto-dano apresentam níveis mais elevados de evitamento experiencial comparativamente aos doentes sem auto-dano. Estes resultados estendem os estudos prévios que demonstraram que o evitamento experiencial distingue os indivíduos que apresentam uma história de comportamentos de auto-dano, dos indivíduos sem história de auto-dano numa amostra de estudantes universitários (Gratz, 2004) e que distingue entre doentes com PBP e

doentes sem Perturbação de Personalidade (Gratz, Tull, & Gunderson, 2008). Estes resultados corroboram, ainda que indirectamente, a ideia de que os doentes com PBP que fracassam nas suas tentativas para controlar ou evitar os seus eventos internos e que tendencialmente recorrem ao evitamento crónico, possam reagir com níveis ainda mais elevados de perturbação emocional, o que os torna especialmente vulneráveis para o recurso aos comportamentos de auto-dano, numa tentativa de, a qualquer custo e o mais rapidamente possível, conseguir obter alívio ou eliminar os seus eventos internos aversivos e indesejáveis (*e.g.*, Chapman et al., 2006; Chapman, Spech, & Celluci, 2005; Kehrer & Linehan, 1996; Linehan 1993 a, b).

O facto de os doentes com comportamentos de auto-dano apresentarem mais afecto negativo e mais sintomas de ansiedade, comparativamente aos doentes sem auto-dano, vem corroborar estudos anteriores que demonstraram que os indivíduos que apresentam comportamentos de auto-dano tendem a apresentar uma emocionalidade negativa geral elevada (*e.g.*, Klonsky & Muehlenkamp, 2007), e que um dos principais motivos para o auto-dano em doentes com PBP é a tentativa de alívio de estados emocionais negativos (*e.g.*, Brown et al., 2002). Dado que a variável afecto negativo permite avaliar o papel de mais emoções negativas, que não apenas a ansiedade/ medo, e porque discrimina melhor os doentes sem vs. com auto-dano, optou-se por entre estas duas variáveis, somente incluir-se no modelo teórico testado o afecto negativo.

Já em relação à dissociação, na literatura encontramos evidências contraditórias acerca do seu possível papel como variável preditora do auto-dano (*e.g.*, Brown et al., 2002; Klonsky, 2007; Shearer, 1994). No entanto, porque no presente estudo se verificou que os doentes com auto-dano apresentam mais episódios dissociativos comparativamente aos doentes sem auto-dano, e de que a variável dicotómica (ausência vs. presença de auto-dano) está positiva e significativamente associada à dissociação, colocou-se a possibilidade dos episódios dissociativos poderem prever o estatuto de pertença ao grupo com auto-dano. De facto, a análise das correlações indica que, na amostra em estudo, a dissociação está fortemente associada ao afecto negativo, sendo que segundo alguns investigadores esta associação poderá ser explicada pelo facto dos próprios episódios dissociativos ocorrerem frequentemente como consequência de estados emocionais negativos e de, neste sentido, os comportamentos de auto-dano poderem ser utilizados como uma tentativa de interromper esses mesmos episódios dissociativos (*e.g.*, Klonsky & Muehlenkamp, 2007).

Contudo, um dos resultados mais interessantes que sobressaiu da comparação entre os dois grupos foram as diferenças encontradas na vergonha interna e na vergonha externa. Se é verdade que alguns investigadores defendem que a PBP seria melhor conceptualizada como uma resposta crónica de vergonha (Crowe, 2004), os resultados do presente estudo sugerem que tanto a vergonha interna como a vergonha externa, parecem estar especialmente associadas ao grupo de doentes com PBP que apresentam comportamentos de auto-dano.

E se o primeiro estudo forneceu evidências preliminares de que a vergonha interna está associada, de um modo geral, a uma maior severidade dos traços da PBP, entre os quais o intenso medo de abandono e a perturbação da identidade, bem como a níveis mais elevados de evitamento experiencial, os resultados deste estudo demonstram que os doentes com auto-dano apresentam níveis mais elevados de vergonha interna e externa, colocando a possibilidade da vergonha poder funcionar como um precursor emocional específico dos comportamentos de auto-dano.

É importante ainda referir que as análises conduzidas mostraram que os doentes que apresentam comportamentos de auto-dano apresentam pontuações significativamente superiores comparativamente aos doentes sem auto-dano em relação à vergonha externa, sugerindo que os doentes com PBP e de entre estes, especialmente os doentes que apresentam comportamentos de auto-dano, não só apresentam uma visão negativa e extremamente crítica e desvalorizada de si próprios

(i.e., vergonha interna), como acreditam que os outros os veem do mesmo modo (i.e., vergonha externa), receando ser criticados, desaprovados, rejeitados ou atacados pelos outros, por atributos, características de personalidade ou comportamentos, que sejam por eles considerados não atrativos e indesejáveis (Gilbert, 1998, 2000a). E se Kleindienst e colaboradores (2008) sugerem que os doentes com PBP frequentemente reportam vergonha acerca dos eventos que desencadeiam os episódios de dano auto-infligido e dos próprios episódios, os resultados do presente estudo colocam a possibilidade de que um dos mecanismos que pode estar associado à tendência para esconder ou ocultar estes aspectos é a vergonha externa, possivelmente porque os doentes acreditam que se os outros tivessem conhecimento dos mesmos os considerariam inaceitáveis e que, em consequência, iriam ser criticados e rejeitados.

Outro dado interessante foram os resultados obtidos em relação à auto-compaixão e às crenças de validação emocional. De facto, não é do nosso conhecimento, que tenham sido efectuados estudos nos quais tenha sido analisado o papel destas duas variáveis na PBP, ou em que tenha sido testada a capacidade destas duas variáveis em diferenciar os doentes com PBP com auto-dano vs. sem auto-dano. Estes resultados são especialmente relevantes se considerarmos que alguns investigadores têm postulado a hipótese do auto-dano poder ser uma forma de auto-invalidação aprendida (Brown, 1998), que pode ser importante no desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de auto-dano (Linehan, 1993) e de que os doentes com PBP poderão ter dificuldade em se auto-tranquilizarem quando emocionalmente activados (Robins & Rosenthal, 2011). Dado o papel promissor que estas variáveis podem ter na patogénese do auto-dano foram conduzidas análises para testar a hipótese da incapacidade para adoptar uma atitude compassiva em relação ao Eu e a percepção de invalidação por parte dos outros poderem constituir-se como factores de risco para o desenvolvimento e / ou manutenção do auto-dano em doentes com PBP.

Assim e tendo em consideração as variáveis que melhor discriminam os doentes sem auto-dano vs. com auto-dano, na amostra em estudo foram conduzidas regressões logísticas e análises de regressão múltipla para testar o papel da dissociação, do afecto negativo, da auto-compaixão, do evitamento experiencial, da vergonha interna e das crenças de validação emocional na predição do estatuto do auto-dano e, posteriormente, na frequência dos comportamentos de auto-dano.

Um dos resultados interessantes que surgiu no decorrer das análises conduzidas foi a constatação de é possível que os factores que se constituem como factores de risco para a pertença ao grupo com auto-dano poderem ser diferentes dos que estão associados a uma maior frequência dos comportamentos de auto-dano (no grupo de doentes com PBP que apresentam estes comportamentos).

De facto, em relação às variáveis predictoras do desenvolvimento dos comportamentos de auto-dano foram testados dois modelos, que pretendiam testar a hipótese da vergonha interna, do evitamento experiencial, da auto-compaixão, da dissociação e do afecto negativo poderem predizer o estatuto do auto-dano (ausência vs. presença). Os resultados das regressões logísticas conduzidas mostraram que de entre este conjunto de preditores, somente a vergonha interna apresenta um contributo específico e independente (quando controlado o efeito das restantes variáveis) na predição do estatuto do auto-dano, com os doentes que apresentam uma elevada vergonha interna a apresentarem uma probabilidade cinco vezes mais elevada de apresentarem comportamentos de auto-dano. Contudo, quando analisado somente o grupo de doentes que apresenta comportamentos de auto-dano, verifica-se que de entre as variáveis analisadas, somente as crenças de validação emocional se revelaram negativa e significativamente associadas a uma maior frequência deste comportamento, apesar da incapacidade em adoptar uma atitude auto-compassiva estar igualmente associada a uma maior frequência de comportamentos de auto-dano e a sua capacidade de predizer a frequência de comportamentos de auto-dano se situar em valores próximos da significância estatística (para um *p value* de .05).

Em conjunto, estes resultados parecem sugerir que a vergonha interna se constitui como um forte preditor para o desenvolvimento dos comportamentos de auto-dano, mas que assim que o auto-dano está instalado, e que passa a ser utilizado pelos doentes com PBP, parecem ser, sobretudo, as crenças de invalidação emocional e uma baixa auto-compaixão que contribuem para a manutenção deste comportamento.

Apesar de este ser um estudo exploratório, sendo como tal necessário replicá-lo noutras amostras de doentes com PBP, para averiguar se este padrão de resultados se mantém, os resultados obtidos poderão ter importantes implicações na compreensão da patogénese do auto-dano nos doentes com PBP.

De facto, na interpretação destes resultados importa ressaltar, desde logo, que o facto da vergonha interna ser a única variável a predizer significativamente o estatuto do auto-dano não significa que o afecto negativo, a dissociação, o evitamento experiencial e a auto-compaixão não sejam preditores significativos do auto-dano, até porque eles conseguem distinguir com confiança os doentes sem auto-dano vs. com auto-dano; somente significa que quando se controla o efeito das restantes variáveis no modelo o único preditor que sobressai como tendo um impacto significativo no desenvolvimento dos comportamentos de auto-dano é a vergonha interna.

Neste sentido, os resultados obtidos fornecem evidências empíricas de que a vergonha é um precursor emocional específico para o auto-dano, bem como, ainda que indirectamente, dão suporte à ideia de que a auto-punição e a regulação emocional estarão entre as funções que podem ser atribuídas a estes comportamentos.

O Modelo das Mentalidades Sociais de Gilbert (2000b, 2005) ajuda a perceber o porquê da vergonha interna se constituir como um preditor para a pertença ao grupo de doentes com comportamentos de auto-dano, e as crenças de invalidação emocional e a incapacidade em ser auto-compassivo, se constituírem como factores de manutenção ao predizerem uma frequência destes comportamentos.

Se tivermos como premissa de que a vergonha interna se refere às auto-avaliações negativas acerca do Eu, e de que é tipicamente experienciada como um conjunto de pensamentos marcados por uma intensa auto-desvalorização, auto-critica e auto-ataque (Gilbert, 1998; 2000a) que estão associados a emoções negativas auto-dirigidas (e.g., repugnância, desprezo, nojo) (Gilbert, 2000b; Gilbert, & Procter, 2006), então é possível hipotetizar que os doentes com PBP com elevada vergonha interna recorrem aos comportamentos de auto-dano como forma de se punirem pelos defeitos que percebem em si mesmos. Mais concretamente, os resultados do presente estudo corroboram a ideia de que nos doentes com PBP, quando estas auto-avaliações negativas em relação ao Eu se tornam extremas, o ódio e o desprezo auto-dirigidos podem conduzir à auto-punição (Brown et al., 2009), sendo os comportamentos de auto-dano utilizados como uma forma extrema de aplicar essa auto-punição (Brown, Comtois, & Linehan, 2002), possivelmente vivenciada pelo doente como justa e merecida para um Eu que é defeituoso (Rosenthal et al., 2006). E se a autopunição tem sido apontada em alguns estudos como uma das principais razões para os comportamentos de auto-dano nos doentes com PBP (Brown et al., 2002), o presente estudo acrescenta aos estudos prévios conduzidos a possibilidade de que um dos processos que pode estar subjacente e que desencadeia a auto-punição operada através do auto-dano é a vergonha interna.

Já ao contrário do inicialmente hipotetizado o evitamento experiencial não se revelou um preditor significativo da pertença ao grupo com auto-dano (quando controlado o efeito das restantes variáveis), apesar de distinguir com confiança os doentes sem auto-dano vs. auto-dano. Uma explicação possível seria a de que pelo facto de a dissociação poder ser conceptualizada como uma forma de evitamento experiencial (e.g., Hayes et al., 2006), a inclusão das duas variáveis no modelo, eventualmente

redundantes, poderia conduzir a que a variabilidade partilhada entre ambas que não permitisse que nenhuma delas alcançasse um nível de significância estatística. Contudo, a repetição das análises sem a dissociação não fez emergir o evitamento experiencial como um preditor significativo, o que leva à exclusão desta hipótese.

No mesmo sentido, à semelhança do que se verificou no estudo de Chapman, Specht, e Cellucci (2005) o evitamento experiencial não se associou significativamente a uma maior frequência dos comportamentos de auto-dano. Porém, estes resultados não significam que o auto-dano não possa ser conceptualizado como pertencendo à classe de comportamentos (de evitamento experiencial), cuja função é a supressão, controlo ou evitamento dos estados emocionais aversivos ou indesejados, até porque existe suporte empírico para a conceptualização do auto-dano como tendo uma função de regulação emocional (Brown et al., 2002; Chapman & Dixon-Gordon, 2007). No estudo conduzido por Gratz, Breetz e Tull (2010), numa amostra de estudantes universitários, verificou-se que o evitamento experiencial não diferenciava os participantes sem vs. com auto-dano nos dois grupos em estudo (grupo com baixas características *borderline* vs. elevadas características *borderline*), e que apenas no grupo com baixas características *borderline* é que o evitamento experiencial se associava positivamente à frequência de comportamentos de auto-dano, o que levou os investigadores a considerar que o Modelo do Evitamento Experiencial para o auto-dano (Chapman et al., 2006) possa ser, sobretudo, aplicável a indivíduos sem traços/ características significativas de patologia *borderline*. Neste sentido, essa poderá ser uma das explicações para os resultados encontrados no presente estudo, dado que, no caso particular da amostra utilizada, todos os participantes (mesmo os que pertencem ao grupo sem auto-dano) preenchem critérios para PBP e, como tal, uma elevada severidade de traços *borderline*. Outra possibilidade (não investigada no presente estudo) é o *Modelo do Evitamento Experiencial* (Chapman et al., 2006) poder aplicar-se a comportamentos auto-destrutivos mais severos como as tentativas de suicídio. Apesar do modelo ter sido desenvolvido para o auto-dano sem intenção suicida e na literatura diversos estudos terem demonstrado que as funções subjacentes aos dois comportamentos diferirem largamente, bem como os antecedentes e consequências emocionais associadas, é possível que sendo o suicídio uma forma extrema de evitamento experiencial (Hayes et al., 1996) que para alguns doentes ele ocorra por ser visto como a única alternativa possível para lidar com estados emocionais aversivos e intoleráveis. De facto, no primeiro estudo verificou-se que o evitamento experiencial se correlaciona significativamente com a medida de dano auto-infligido (que agrupa as tentativas de suicídio e os comportamentos de auto-dano sem intenção suicida). Neste sentido, apesar de tratar-se de uma hipótese especulativa, investigações futuras serão necessárias para melhor compreender os resultados obtidos no presente estudo.

Outra possibilidade ainda é a de que a variabilidade do auto-dano explicada pelo evitamento experiencial pode já estar contida (ser redundante) em relação à variabilidade explicada pela vergonha interna na análise conduzida. Esta possibilidade faz sentido se tivermos em consideração de que a vergonha está associada a padrões de resposta emocionais evitantes que se traduzem em tentativas para esconder aspectos do Eu que se acredita poderem conduzir à crítica ou à rejeição por parte dos outros, no tentar escapar de situações geradoras de vergonha e na adopção de comportamentos ou expressões de submissão na tentativa de apaziguar ou limitar possíveis ataques por parte dos outros (Gilbert, 2000a). Dado que na vergonha interna, quem julga, ataca, persegue e hostiliza o *Eu* é o próprio *Eu* (Gibert & Procter, 2006), é possível hipotetizar que os doentes com PBP com elevada vergonha interna, não podendo 'escapar' ou 'esconderem-se' do seu próprio ataque persecutório, procurem apaziguar ou limitar os seus auto-ataques/auto-cognições negativas e as emoções aversivas auto-dirigidas, punindo-se a si próprios através dos comportamentos de auto-dano. Dito de outro modo, é possível pelo menos hipotetizar, que através dos comportamentos de auto-dano, os doentes com um elevado ódio, raiva e desprezo auto-dirigidos procurem mostrar à sua 'parte auto-persecutória' de que

se submetem e, deste modo, tentar apaziguar o seu auto-ataque e reduzir os estados emocionais indesejados que lhe estão associados.

Adicionalmente, os resultados obtidos vão no sentido de que o auto-dano pode ser igualmente uma tentativa de regulação ou alívio de estados emocionais auto-focados aversivos e das auto-cognições negativas que lhe estão associados (e.g., Chapman et al., 2006; Turner, Chapman, & Layden, 2012). Se tivermos como premissa que os indivíduos que apresentam uma elevada vergonha são incapazes de se auto-tranquilizar/acalmar ou gerar sentimentos positivos em relação a si próprios (Gilbert, 2000b; Linehan, 1993), então é possível hipotetizar que os doentes com PBP, que apresentam uma elevada vergonha interna, não sendo capazes de se auto-tranquilizar e acalmar em relação aos seus severos auto-julgamentos e desprezo e ódio auto-dirigidos, fiquem especialmente vulneráveis em utilizar estratégias mais extremas, mas eficazes a curto-prazo, como os comportamentos de auto-dano, na tentativa de controlarem ou aliviarem os seus estados emocionais auto-focados aversivos e as auto-cognições negativas que lhe estão associados ('parar' a sua vergonha interna). Acresce ainda que após os comportamentos de auto-dano, os doentes com PBP sentem emoções de alívio e acalmia, e relatam uma mudança para emoções positivas (Chapman & Dixon-Gordon, 2007), conduzindo a que estes tendam a ser negativamente reforçados e que com o tempo o seu uso crónico os acabe por transformar em respostas de fuga automática (Chapman et al., 2006). Ou seja, é possível que, ainda que por um curto período de tempo, os comportamentos de auto-dano funcionem como um regulador dos sistemas de afecto, ou seja, que consigam diminuir a activação do sistema de defesa-ameaça (que está sobre-activado durante a vivência de níveis elevados de vergonha).

Assim, é possível hipotetizar que nos doentes com PBP, com elevados níveis de vergonha interna os comportamentos de auto-dano sejam uma estratégia de auto- protecção do *Eu* contra a emergência de estados emocionais avassaladores, indesejáveis e envergonhadores que estão associados à experiência interna de um *Eu* defeituoso e indesejável, e que, neste sentido, a auto-punição, operada através do auto-dano, seja quer uma tentativa de eliminarem as coisas 'más' (como acreditam serem as suas emoções e pensamentos) de dentro de si (para, eventualmente, até se tornarem mais atractivos e desejáveis aos olhos dos outros), quer porque acreditam ser única estratégia que têm disponível para obter alívio ou controlo sobre essa mesma experiência interna (para diminuir a activação do sistema de defesa-ameaça).

Mas se a vergonha interna surgiu nas análises como o único preditor significativo do estatuto do auto-dano (da pertença ao grupo com auto-dano quando controlado o efeito das restantes variáveis), a manutenção do auto-dano nos doentes com PBP, parece estar mais associada à incapacidade dos doentes para adoptarem uma atitude auto-compassiva e às crenças de que os outros também não são compassivos em relação a si, ou seja, de que não validam, legitimam ou procuram tranquilizá-los em relação aos seus estados emocionais. De facto, os resultados das análises correlacionais forneceram evidências preliminares a esta possibilidade, ao demonstrarem que as únicas variáveis que estavam significativamente associadas à frequência de comportamentos de auto-dano (no grupo de doentes que apresentam estes comportamentos) são as crenças de validação emocional e a auto-compassão. Adicionalmente, as análises de regressão múltipla demonstraram que quando se controla o efeito das restantes variáveis só as crenças de validação emocional predizem negativamente uma maior frequência dos comportamentos de auto-dano, situando-se a baixa auto-compassão em valores próximos do nível de significância.

Dado que os resultados mostraram que a auto-compassão, apesar de não se revelar um preditor significativo dos comportamentos de auto-dano se situa próximo de um nível de significância, é de supor que, aliado à ideia de que os outros não legitimam e validam os seus estados emocionais, os doentes se sintam igualmente incapazes de adoptar uma atitude auto-compassiva. A incapacidade dos doentes com uma elevada vergonha em serem bondosos e calorosos em relação aos defeitos que

percepcionam em si e de adoptarem uma atitude aceitante e de não julgamento em relação às suas cognições e emoções (Gilbert & Procter, 2006), poderá, neste sentido, explicar o porquê de nos doentes com PBP a incapacidade para serem auto-compassivos e para se auto-tranquilizarem, os coloque especialmente motivados em adoptarem os comportamentos de auto-dano como a única estratégia que sentem ter disponível para obter alívio ou controlo sobre os seus estados emocionais aversivos e auto-cognições negativas.

Adicionalmente, apesar de não ser possível determinar com o presente estudo a natureza das crenças de invalidação que os doentes com PBP apresentam (tal como se referiu no estudo anterior, ou seja, se correspondem a uma interpretação real ou enviesada dos seus relacionamentos interpessoais), não deixa de ser interessante que o único preditor significativo (quando se controla o efeito das restantes variáveis) de uma maior frequência dos comportamentos de auto-dano seja a vivência de que não podem contar com os outros para serem tranquilizados e acalmados em relação aos seus estados emocionais. Ou dito de outro modo, que quanto mais os doentes acreditam que os outros aceitam, validam, legitimam e os tranquilizam em relação aos seus estados emocionais, menor é a frequência de comportamentos de auto-dano que reportam.

Neste sentido, os resultados parecem sugerir que as crenças de invalidação emocional nos doentes com PBP os tornam especialmente vulneráveis a continuarem a manter os comportamentos de auto-dano, possivelmente, por acreditarem que, não podendo contar com os outros (e incapazes de se auto-tranquilizar/acalmar), a única estratégia que têm disponível para lidarem com as suas cognições e estados emocionais aversivos seja continuarem a manter os seus comportamentos de auto-dano. Neste sentido, os resultados obtidos são igualmente consistentes com a ideia de que os comportamentos de auto-dano funcionam como uma estratégia de regulação emocional (Chapman et al., 2006; Klonsky, 2007; Linehan, 1993).

Em síntese, se tivermos em consideração que os indivíduos, que apresentam severos auto-julgamentos associados à sua vergonha interna, têm subdesenvolvidas as suas habilidades para gerar pensamentos, emoções e imagens de cuidado e de auto-tranquilização/acalmia (Gilbert, 2000b, 2005), em parte porque não têm memórias de terem sido acarinhados, cuidados e tranquilizados pelas suas figuras de vinculação (Gilbert & Procter, 2006), então é possível que os doentes com PBP, com uma elevada vergonha interna, se sintam ainda mais ameaçados e vulneráveis com as suas experiências internas quando percepcionam que os outros também não são bondosos e compassivos para consigo e que, em relação às suas experiências emocionais, só podem esperar serem invalidados por aqueles. De facto, segundo Gilbert e Procter (2006), os indivíduos com uma elevada vergonha externa e interna sentem-se ameaçados pelo mundo exterior, mas também pelo seu mundo interior, sentindo que não existe dentro ou fora de si um espaço seguro que os possa ajudar a tranquilizar ou acalmar.

Talvez o facto das crenças de invalidação emocional terem emergido como um preditor significativo dos comportamentos de auto-dano, e a baixa auto-compassão apesar de se ter situado num valor próximo não ter alcançado o limiar de significância, pode residir no facto de que “tal como para todas as competências humanas, para que seja usada rotineiramente, a auto-tranquilização/ auto-acalmia precisa de ser estimulada, praticada e elaborada; pode ser difícil desenvolver auto-acalmia se o Eu não experienciou os outros como sendo calmantes e compassivos para com o Eu” (Gilbert, Baldwin, Irons, Baccus, & Palmer, 2006, p. 186).

Isto porque se tivermos em consideração que os doentes com PBP cresceram num ambiente marcado pela invalidação emocional (Linehan, 1993), então será de esperar que eles tenham sobredesenvolvido o *sistema de defesa-ameaça* (Gilbert et al., 2006; Gilbert & Irons, 2005) associado à experiência prolongada de afecto negativo, à adopção de comportamentos defensivos, à vergonha e ao desenvolvimento de uma relação com o Eu marcada pela auto-crítica/auto-ataque e que tenham

subdesenvolvido o *sistema de calor/afecto* (Gilbert et al., 2006) associado ao desenvolvimento de uma relação positiva de auto-aceitação com o Eu, às emoções calor, conforto e segurança e às capacidades de auto-acalmia/autotranquilização. De facto, os resultados do presente estudo, ao terem demonstrado que os doentes *borderline* com auto-dano apresentam uma profunda vivência de um *Eu envergonhado*, sem competências de auto-tranquilização/ acalmia e incapaz de solicitar por parte dos outros sinais positivos de aceitação e tranquilização (ou pelo menos incapaz de os avaliarem como tal), sugerem que nestes doentes não só o sistema de defesa-ameaça está mais sobredesenvolvido, como o sistema de calor-afecto está mais subdesenvolvido comparativamente aos doentes com PBP que não apresentam comportamentos de auto-dano.

Assim, ainda que indirectamente, os resultados obtidos corroboram o modelo Biosocial Desenvolvimental (Linehan, 1993) que postula o papel da auto-invalidação (resultante de um processo de internalização das experiências de invalidação vivenciadas no seio da família) no desenvolvimento e manutenção do auto-dano, e que considera mesmo a possibilidade dos comportamentos de auto-dano poderem ser uma forma de auto-invalidação aprendida que resulta directamente da vergonha e do ódio e desprezo auto-dirigidos (Brown, 1998). Adicionalmente, os resultados do presente estudo parecem acrescentar que também a percepção de invalidação por parte dos outros de que não se tem ninguém que valide, aceite, legitime e tranquilize as experiências emocionais contribui igualmente para a manutenção dos comportamentos de auto-dano nos doentes com PBP.

9.5. Limitações e direcções futuras

Este estudo apresenta diversas limitações que devem ser mencionadas. A primeira é que dada a natureza correlacional e o *design* transversal do presente estudo não é possível determinar com precisão a direcção de causalidade entre as variáveis ou a eventual existência de uma relação temporal entre as mesmas. Por exemplo, apesar dos resultados corroborarem a literatura existente, de que vergonha funciona como um precursor emocional específico dos comportamentos de auto-dano, capaz de predizer o estatuto de pertença ao grupo de doentes auto-dano, é igualmente possível hipotetizar que o auto-dano reforce e fortaleça ainda mais a vivência de um *Eu envergonhado* (inadequado, indesejável, defeituoso e mau) e, neste sentido, é possível que ocorra um efeito de *feedback* ou de reforço recíproco entre a vergonha interna e o auto-dano. O mesmo pode ocorrer em relação à auto-compaixão e às crenças de invalidação emocional, dado que é possível que o uso regular e crónico dos comportamentos de auto-dano tenha elevadas consequências intrapessoais e interpessoais podendo, por exemplo, conduzir ao afastamento dos outros, à sua incompreensão e crítica, que iriam não só reforçar ainda mais a vivência de que os outros invalidam as suas emoções, como conduziria à não aprendizagem de competências auto-tranquilização. Neste sentido, seria importante não só replicar este estudo noutras amostras para validar o padrão de resultados obtidos, como conduzir estudos mais complexos que permitissem estudar as relações recíprocas entre as variáveis que estão envolvidas na etiologia e manutenção dos comportamentos de auto-dano nos doentes com PBP. Adicionalmente, dada a complexidade etiológica do quadro clínico seria importante desenvolver estudos longitudinais prospectivos que permitissem analisar a relação entre as variáveis temporalmente, nomeadamente o impacto da vergonha interna no desenvolvimento do comportamento do auto-dano de modo a corroborar os resultados encontrados. Adicionalmente, é necessário continuar a investigar o papel da incapacidade de adoptar uma atitude auto-compassiva e das crenças de invalidação emocional na frequência dos comportamentos de auto-dano, no sentido não só de replicar os resultados encontrados, mas também de precisar a natureza da relação entre estas variáveis e o auto-dano, dado que é possível existirem outras explicações, diferentes das que foram testadas no presente estudo.

Adicionalmente, apesar de este estudo ter testado alguns factores de risco para o desenvolvimento e manutenção dos comportamentos de auto-dano existirão potencialmente outros factores importantes que não foram incluídos nas análises conduzidas e é possível ainda que alguns dos factores interajam entre si na predição e manutenção deste comportamento ou que existam mecanismos a mediar a relação entre os factores de risco e o auto-dano. Neste sentido, será necessário desenvolver outros modelos mais complexos para compreender a etiologia deste comportamento, ou seja, de modo a compreender como é que os factores de risco ou a sua combinação aumentam o risco de auto-dano e a sua manutenção.

Uma das limitações do presente estudo foi o facto de não ter sido utilizado um questionário de auto-resposta que avaliasse as funções dos comportamentos de auto-dano sem intenção suicida, como por exemplo, o *Inventory of Statements About Self-Injury* (ISAS; Klonsky & Glenn, 2009) que permite avaliar 13 funções, entre as quais as identificadas por Klonsky (2007). Este questionário tem ainda a vantagem de avaliar a frequência de 12 comportamentos de auto-dano, bem como a idade de início, a experiência de dor durante o episódio, se o comportamento é executado sozinho ou perto de outros, o tempo decorrido entre o impulso e o acto, e o se querer ou não parar o comportamento. A utilização deste questionário teria permitido analisar a possibilidade da vergonha interna poder estar associada a diferentes funções do auto-dano e, assim, obter uma melhor compreensão sobre a patogénese do auto-dano. Mais concretamente, ajudaria a perceber se os doentes que recorrem aos comportamentos com auto-dano o fazem com a função de regular os seus estados emocionais, ou seja, para tentar controlar ou evitar as suas auto-cognições negativas e o afecto negativo autodirigido (e.g., raiva e desprezo) como sugerem Chapman, Gratz e Brown (2006) e Turner, Chapman e Layden (2012); se o fazem porque a sua vergonha interna os faz sentir que merecem ser castigados por serem maus, indesejáveis, defeituosos e sem valor (i.e., com uma função de auto-punição) como sugerem Linehan (1993) e Rosenthal, Cukrowicz, Cheavens, e Lynch (2006); ou estando a vergonha interna fortemente associada à dissociação (como se pode verificar pelos valores de correlação obtidos), averiguar se é possível que a vergonha, ao estar associada à vivência de emoções aversivas e intensas auto-dirigidas (como o nojo, a repugnância, o desprezo e a raiva), conduzir à ocorrência de episódios dissociativos e o auto-dano servir como uma tentativa para parar os episódios dissociativos, numa tentativa de materializar a dor, torná-la mais real e tangível de modo a aliviar o sofrimento emocional como sugere, por exemplo, Klonsky (2007). Coloca-se ainda a possibilidade das três (ou mesmo outras funções adicionais) estarem presentes, dado que as mesmas podem coexistir no mesmo doente.

Outra das limitações do presente estudo é o facto de a amostra ser maioritariamente constituída por participantes com PBP do género feminino e, como tal, os resultados carecerem de validação para o género masculino. Este aspecto é de especial relevância se tivermos em conta que alguns estudos forneceram evidências preliminares para a existência de diferenças de género nos factores de risco para o auto-dano (e.g., Gratz et al., 2002) e, apesar destes estudos terem sido conduzidos em amostras não-clínicas, é de esperar ou pelo menos de equacionar a possibilidade do mesmo vir a suceder na PBP. Contudo, porque este é um estudo exploratório e de modo a não tornar a amostra ainda mais pequena optou-se pela manutenção de participantes de ambos os géneros nas análises conduzidas. Ainda relativamente à natureza da amostra, dado que a mesma é constituída por doentes seguidos em ambulatório e na sua grande maioria a fazer terapêutica farmacológica, é possível que os doentes tenham subavaliado a gravidade dos seus sintomas nas medidas de auto-relato.

Outra limitação do presente estudo foi só terem sido utilizados questionários de auto-resposta na avaliação das variáveis de interesse e, como tal, os dados analisados estarem sujeitos a enviesamentos por reflectirem as percepções subjectivas dos respondentes e por puderem ser influenciados pela sua capacidade de responder com precisão às questões colocadas. Teria sido importante utilizar medidas experimentais ou psicofisiológicas para corroborar os resultados obtidos. Dado que recentes

investigações têm demonstrado a possibilidade do sistema de calor-afecto operar através de neuro-hormonas, como a oxitocina e os opiáceos, e de que a serotonina estará associada ao sistema de defesa-ameaça (Gilbert, 2005, 2009c), teria sido vantajosa a utilização de medidas fisiológicas na análise das diferenças entre os doentes com auto-dano e sem auto-dano e, sobretudo, que pudessem corroborar a hipótese sugerida de que os comportamentos de auto-dano estão associados a estes sistemas de regulação do afecto. Teria sido igualmente importante utilizar medidas retrospectivas que permitissem analisar o ambiente de invalidação emocional (experiências de abuso, negligência, estilos parentais de validação e invalidação emocional, vivência de experiências de vergonha), de modo a perceber o impacto destas variáveis no desenvolvimento da vergonha interna, da baixa auto-compaixão e das crenças de invalidação emocional manifestadas por estes doentes e, deste modo, obter uma melhor compreensão do modelo da patogénese da PBP e, em particular, dos comportamentos de auto-dano.

Teria sido igualmente pertinente averiguar se a vergonha interna, a baixa auto-compaixão e as crenças de invalidação emocional são precursores específicos para o desenvolvimento e manutenção do auto-dano ou se, de um modo geral, são factores de risco para diferentes comportamentos auto-destrutivos manifestados pelos doentes com PBP, nomeadamente o abuso de substâncias e as tentativas de suicídio. Adicionalmente, seria importante investigar se o padrão de resultados encontrado se replicaria em outras populações clínicas que não a PBP, em que se verifica a ocorrência de comportamentos de auto-dano (Perturbação de Stress Pós-Traumático, Perturbações do Comportamento Alimentar, Perturbação Depressiva) e em populações não-clínicas, de modo a testar a possibilidade dos resultados encontrados poderem ser aplicados, de um modo geral, à compreensão dos comportamentos de auto-dano.

Apesar das limitações apontadas, os resultados obtidos contribuem para a compreensão dos potenciais mecanismos subjacentes à etiologia e manutenção dos comportamentos de auto-dano e têm importantes implicações clínicas. Em síntese, os resultados das análises conduzidas sugerem que doentes com PBP que apresentam comportamentos de auto-dano parecem ficar presos num ciclo vicioso marcado pela profunda vergonha interna, incapacidade de auto-tranquilização, incapacidade de obter tranquilização por parte dos outros e pelo envolvimento em comportamentos de auto-dano, que vai sendo continuamente reforçado e mantido.

9.6. Implicações Clínicas

Os resultados do presente estudo têm importantes implicações clínicas. Apesar de se tratarem apenas de evidências preliminares, os resultados do presente estudo sugerem, pelo menos em relação aos doentes que apresentam comportamentos de auto-dano, que é importante trabalhar os elevados níveis de vergonha e de auto-crítica/ auto-punição, bem como as suas dificuldades em se auto-tranquilizarem e em obter tranquilização por parte dos outros. A Terapia Focada na Compaixão desenvolvida por Gilbert e colaboradores (Gilbert, 2000b, 2005; Gilbert & Irons, 2004; Gilbert & Procter, 2006), por ter sido especialmente desenvolvida para trabalhar terapeuticamente com doentes com elevado criticismo e vergonha, poderá complementar a Terapia Dialética Comportamental (Linehan, 1993). Em particular, ao ajudar os doentes com PBP, que se sentem ameaçados pelo mundo exterior (percepção de crítica e rejeição por parte dos outros) e interior (pelos seus auto-julgamentos e emoções negativas auto-dirigidas), a desenvolverem competências de auto-tranquilização/ compaixão (Gilbert & Procter, 2006). Estas competências permitem reduzir a vivência de ameaça, os sentimentos de vergonha e ajudar a criar um sentimento interno de segurança e conforto (Gilbert & Procter, 2006). O objectivo é, através do desenvolvimento de competências de compaixão, activar o sistema de calor-afecto e desenvolver sentimentos de cuidado, acalmia, afiliação e segurança em torno do *Eu* e, deste modo, desactivar o sistema de defesa-ameaça associado à experiência de vergonha (Gilbert, 2005). Neste sentido, de

acordo com os resultados obtidos no presente estudo, se um dos mecanismos que conduz à manutenção dos comportamentos de auto-dano e que está associado à sua maior frequência, são as crenças de invalidação emocional e a incapacidade de ser auto-compassivo em relação aos eventos internos, será então de especial importância nestes doentes, que a intervenção terapêutica passe pelo desenvolvimento de sentimentos de calor/ afecto para com o *Eu* e de competências de auto-tranquilização e auto-acalmia, que possam ser utilizadas quando se sentem ameaçados pelo seu mundo interno (i.e., pelas auto-avaliações e emoções de desprezo e repugnância auto-dirigidas). Isto porque será de esperar que quanto mais seguros e tranquilos se sintam em relação ao seu mundo interior, melhor conseguirão tolerar os seus estados emocionais e, nesse sentido, sentir-se-ão menos impelidos em adoptar os comportamentos de auto-dano como forma de auto-punição e como estratégia de controlo dos seus estados emocionais.

E se a Terapia Dialéctica Comportamental tem a vantagem de trabalhar o *Eu* envergonhado, que se postula ser mantido pela crença literal nos auto-julgamentos negativos, através das técnicas de *mindfulness*, procurando 'quebrar' a literalidade dos julgamentos e pensamentos que governam o comportamento em relação às experiências internas e, deste modo, permitir o desenvolvimento de um novo sentido do *Eu*, baseado na experiência do *Eu*, dos Outros e do Mundo não como 'boa' ou 'má', mas sim apenas como ela 'é' (Lynch et al., 2006), segundo Gilbert (2009c), é possível que o *mindfulness* estimule igualmente áreas no cérebro associadas à activação do sistema de calor-afecto, tornando, deste modo, o doente mais capaz de se auto-tranquilizar em resposta às ameaças percebidas no seu mundo interno. De acordo com Van Vliet e Kalnins (2011), em combinação com os exercícios de *mindfulness*, que podem ajudar os doentes a tornarem-se mais conscientes acerca dos momentos em que se começam a sentir assoberbados pelas suas emoções negativas e impelidos em utilizar os comportamentos de auto-dano, os exercícios de *imagery* compassiva da Terapia da Compaixão poderão ser uma estratégia terapêutica útil para trabalhar os comportamentos de auto-dano, dado que eles permitem ensinar aos doentes uma forma alternativa não danosa de alcançarem estados emocionais de conforto e acalmia (que são a principal função associada precisamente aos comportamentos de auto-dano). Outra implicação terapêutica derivada dos resultados do presente estudo é a importância de englobar na intervenção terapêutica as relações interpessoais dos doentes, de modo a ajudá-los a estabelecer relações de proximidade, que os façam sentir seguros e confortáveis, e que lhes permitam vivenciar experiências de validação emocional, ao mesmo tempo que se trabalham terapeuticamente as interpretações enviesadas que, porventura, reforçam continuamente a sua hipersensibilidade aos sinais de invalidação emocional.

Uma abordagem transdiagnóstica da vergonha e dos processos de regulação emocional

10.1. Objectivos

Os estudos VIII e IX apontaram para a importância que a vergonha interna, o evitamento experiencial e as crenças de validação emocional têm na perturbação borderline de personalidade. Mais especificamente, o evitamento experiencial revelou ser um mecanismo explicativo do efeito do afecto negativo, das crenças de validação emocional e da vergonha interna (ainda que neste caso apenas parcialmente) no total da severidade dos sintomas borderlines (e, em particular, no medo intenso do abandono). Já a vergonha interna destacou-se como preditora para o desenvolvimento dos comportamentos de auto-dano sem ideação suicida e a ausência de crenças de validação emocional como um importante factor de manutenção dos comportamentos de auto-dano.

Tendo em conta a multiplicidade de constructos que foram sendo investigados ao longo da presente dissertação e do papel que alguns destes processos parecem desempenhar quer em amostras não-clínicas (estudo I, II, III e V), quer em amostras clínicas mistas (estudo I, IV, VI e VII) e agora também na perturbação borderline de personalidade, imponha-se saber em que medida é que estes processos são especialmente distintivos e revelantes neste quadro clínico em particular.

Neste sentido, o presente estudo procurou averiguar, de entre um conjunto de processos cognitivos e emocionais associados à regulação emocional, em que medida é que alguns destes processos poderiam ser conceptualizados como factores transdiagnósticos (i.e, transversais a diferentes quadros clínicos). Esta questão revelava-se ainda mais premente se tivermos em consideração que nos estudos realizados em amostras clínicas (capítulos 3, 4 e 5) foram utilizadas amostras mistas no que diz respeito à constituição dos diagnósticos dos participantes que as integram (com um elevado número de participantes a preencher critérios para o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade), pelo que se revela pertinente perceber em que medida é que os resultados obtidos não reflectiram precisamente a constituição da amostra.

Em relação à hipótese colocada espera-se que de facto os resultados obtidos forneçam suporte empírico a uma conceptualização transdiagnóstica destes processos, em detrimento, de uma conceptualização *mais centrada nos quadros psicopatológicos* (cf. capítulo 1 e 5 para a descrição dos processos psicológicos em análise no presente estudo segundo uma perspectiva transdiagnóstica).

Assim, de entre os vários processos cognitivos e emocionais associados à regulação emocional que se hipotetiza serem transdiagnósticos e que são testados no presente estudo encontram-se_ a dissociação, o *mindfulness*, o evitamento experiencial, a auto-compaixão, a vergonha interna, a vergonha externa, as crenças negativas acerca das emoções e as crenças de validação emocional.

Neste sentido, o objectivo do presente estudo foi o de averiguar a possibilidade dos doentes com um diagnóstico de perturbação borderline de personalidade se diferenciarem dos doentes com um diagnóstico de fobia social generalizada e de um grupo não clínico em relação a este conjunto de processos psicológico. Espera-se que de facto alguns destes processos sejam especialmente relevantes na perturbação borderline de personalidade, mas sobretudo, que as diferenças entre os grupos clínicos em estudo reflectam mais diferenças de grau (de severidade da presença destes processos) do que de tipo (presença vs. ausência destes processos nos grupos em análise).

A escolha do grupo de doentes com diagnóstico de fobia social generalizada enquanto grupo de controlo para comparar com o grupo de doentes com diagnóstico de perturbação borderline de personalidade reside no facto do primeiro ser, de facto, considerado um grupo de controlo de excelência da patologia borderline em investigação (Rusch et al., 2007; Kuo & Linehan, 2009). As razões prendem-se com o facto do medo da humilhação e da desvalorização serem uma característica igualmente presente nos doentes com fobia social (Rusch et al., 2007) e de existir sempre alguma controvérsia relativamente aos aspectos/ dimensões em que estes dois grupos clínicos se diferenciam dada a elevada taxa de comorbilidade entre ambos (Kuo & Linehan, 2009). De facto, em ambos os quadros clínicos está presente um padrão marcado de evitamento, de elevada vergonha e uma notória dificuldade no estabelecimento de relações afiliativas com os outros (e.g., Chapman et al., 2011; Gilbert, 2000a; Linehan, 1993a). Adicionalmente, sabe-se ainda que ambos os quadros clínicos estão associados a notórias dificuldades na regulação das emoções. De facto, tanto a perturbação borderline de personalidade é considerada como sendo o quadro clínico por excelência em que a desregulação emocional se revela como sendo uma das suas características definidoras (e.g., Linehan, 1993a, Lynch et al., 2007) como a perturbação de ansiedade social tem vindo a atrair o interesse dos investigadores para o papel que a desregulação emocional poderá ter na sua compreensão (Kashdan & Breen, 2008).

Optou-se ainda por comparar os dois grupos clínicos enunciados com um grupo de controlo não-clínico de modo a se poder melhor compreender quais são de facto os processos que se evidenciam como sendo especialmente relevantes na psicopatologia em comparação com controlos 'saudáveis'.

Neste seguimento, no presente estudo foram comparados três grupos mutuamente exclusivos e estruturalmente diferentes, que consistem numa amostra não-clínica (com ausência de diagnóstico psicopatológico), numa amostra clínica com indivíduos que preenchem critérios para o diagnóstico de fobia social generalizada e numa amostra clínica com indivíduos que preenchem critérios para o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade. Em segundo lugar, e tendo em consideração a revisão da literatura nesta área, este é o primeiro estudo que examina as similaridades e as diferenças ao nível de oito variáveis simultaneamente _ vergonha externa, vergonha interna, evitamento experiencial, dissociação, compaixão, *mindfulness*, crenças de perigosidade acerca das emoções e crenças de validação emocional _ entre estes três grupos.

Mais concretamente, os objectivos que estiveram subjacentes à realização do presente estudo foram os seguintes:

1. Será que os processos de regulação emocional de ‘afastamento’/ ‘mal-adaptativos’ (evitamento experiencial e dissociação), e os constructos cognitivos, como a vergonha externa, a vergonha interna e as crenças de perigosidade acerca das emoções existem num grau superior no grupo de indivíduos que preenchem critérios para perturbação borderline de personalidade, num grau moderado nos indivíduos que preenchem critérios para fobia social generalizada e num grau menor nos indivíduos que pertencem à amostra não-clínica, de tal modo que os três grupos se diferenciam significativamente entre si?
2. Será que os processos de regulação emocional de ‘aproximação’/ ‘adaptativos’ (*mindfulness* e compaixão) e as crenças de validação emocional existem num grau superior na amostra não clínica, num grau moderado nos indivíduos que preenchem critérios para fobia social generalizada e num grau menor na amostra de indivíduos que preenchem critérios para perturbação borderline de personalidade, de tal modo que os três grupos se diferenciam significativamente entre si?
3. Será que as diferenças encontradas entre os três grupos se mantêm mesmo quando se controla o efeito das variáveis mais robustas, e possivelmente mais abrangentes?

10.2. Metodologia

Participantes

Amostra não-clínica

Do total de 49 indivíduos da população geral que participaram no estudo, 42 (85.7%) são do sexo feminino e 7 (14.3%) são do sexo masculino. A média de idade dos participantes é de 31.31 anos ($DP=10.61$). Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 14.47 ($DP=3.47$) anos de escolaridade. No que concerne ao estado civil, 53.1% ($n=26$) dos participantes é solteiro. Em relação à situação profissional, 36.7% ($n=18$) dos respondentes têm profissões de classe média e 28.6% ($n=14$) são estudantes. A caracterização demográfica da amostra apresenta-se na tabela 57.

Amostra clínica Fobia Social Generalizada

Participaram nesta amostra 69 doentes que preenchem critérios para Fobia Social Generalizada, dos quais 49 (71%) são do sexo feminino e 20 (29%) são do sexo masculino. A média de idade dos participantes foi de 27.51 anos ($DP=7.79$). Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 13.96 ($DP=3.36$) anos de escolaridade. No que concerne ao estado civil, 81.2% ($n=56$) dos participantes é solteiro. Em relação à situação profissional, 40.6% ($n=28$) são estudantes e 23.2% ($n=16$) têm profissões de classe média. A caracterização demográfica da amostra apresenta-se na tabela 57.

Amostra clínica Perturbação *Borderline* de Personalidade

Participaram nesta amostra 73 doentes que preenchem critérios para Perturbação *Borderline* de Personalidade, dos quais 67 (91.8%) são do sexo feminino e 6 (8.2%) são do sexo masculino. A média de idade dos participantes é de 28.99 anos ($DP=7.61$). Em relação às habilitações literárias obteve-se uma média de 13.82 ($DP=3.13$) anos de escolaridade. No que concerne ao estado civil, 76.7% ($n=56$) dos participantes é solteiro. Em relação à situação profissional 37% ($n=27$) são estudantes. A caracterização demográfica da amostra apresenta-se na tabela 57.

Em seguida procedeu-se à comparação dos três grupos em relação às variáveis demográficas, de modo a assegurar que os grupos são equivalentes. Neste sentido, recorreu-se à Análise da Variância a um Factor e de acordo com os resultados obtidos no teste de Levene procedeu-se à análise do F da ANOVA (no caso das variâncias serem homogéneas) ou do F de Welch (no caso das variâncias serem heterogéneas). Os resultados do teste de Levene indicaram que as variâncias eram homogéneas quanto aos anos de escolaridade ($p=0.373 > 0.05$), mas heterogéneas quanto à idade ($p=.003$), pelo que no primeiro caso foi utilizado F da ANOVA e no segundo caso o F_w de Welch para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias (de ambos os factores) nos três grupos em análise. Dado que tanto o F da ANOVA [(2,188)=0.25; $p=.779$], como o F_w de Welch [(2;108.971)=2.32; $p=.103$] não são estatisticamente significativos, pode concluir-se de que não existiam diferenças estatisticamente significativas em relação à idade e aos anos de escolaridade nos três grupos em análise. O cálculo dos testes do qui-quadrado da indepência, com simulação de Monte Carlo,¹⁶¹ mostraram que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em relação à situação profissional.

Tabela 57.

Caracterização demográfica das três amostras em estudo.

	Amostra não-clínica (n=49)		Amostra Fobia Social Generalizada (n=69)		Amostra Perturbação <i>Borderline</i> de Personalidade (n=73)		F	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	31.31	10.61	27.51	7.79	28.99	7.61	2.32	.103
Anos de escolaridade	14.47	3.47	13.96	3.36	13.82	3.13	0.25	.779
	N	%	N	%	N	%	χ^2	P
Estado Civil								
Solteiro	26	53.1	56	81.2	56	76.7		
Casado/ União de facto	16	32.7	11	15.9	15	20.5	17.52	.004
Divorciado/ Separado	6	12.2	1	1.4	1	1.4		
Viúvo	1	2.0	1	1.4	1	1.4		

¹⁶¹ No caso do estudo das diferenças de género para o estado civil utilizaram-se os resultados do teste exacto, que são consonantes com a simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do qui-quadrado não se verificaram (Marôco, 2010a), nomeadamente pelo facto de alguns células terem menos de cinco observações.

Situação Profissional								
Profissão de classe baixa	8	16.3	16	23.2	20	27.4		
Profissão de classe média	18	36.7	14	20.3	20	27.4	8.23	.230
Profissão de classe alta	9	18.4	11	15.9	6	8.2		
Estudantes	14	28.6	28	40.6	27	37.0		

Instrumentos

Neste estudo foi utilizada uma bateria de questionários de auto-retrato que incluiu: *Folha de dados demográficos* (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), a *Escala de Vergonha Externa* (OAS: Other As Shamer Scale; Allan et al., 1994; Goss et al., 1994; traduzido para a língua portuguesa por Lopes et al., 2005; adaptado para a população portuguesa por Matos et al., 2011), a *Escala de Vergonha Interna* (ISS: Internalized Shame Scale, Cook, 1987, 1994, 2001; versão portuguesa de Matos et al., 2012), o *Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy* – versão modificada (LESS: Leahy Emotional Schemas Scale; Leahy, 2002a, 2003a; versão portuguesa modificada de Dinis & Pinto-Gouveia, 2008), o *Questionário de Aceitação e Acção* (AAQ-II: Acceptance and Action Questionnaire-II, Bond et al., 2011; versão portuguesa de Pinto-Gouveia et al., 2012), *Escala de Experiências Dissociativas* (DES – II: Dissociative Experiences Scale, Carlson & Putnam, 1993; traduzido para a língua portuguesa por Dinis et al., 2008), *Escala de Atenção e Consciência Plena* (MAAS: Mindful Attention Awareness Scale; Brown, & Ryan, 2003; versão portuguesa de Gregório & Pinto-Gouveia, 2013) e a *Escala de Auto-Compaixão* (SCS: Self-Compassion Scale, Neff, 2003a; versão portuguesa de Castilho, 2011; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). A caracterização das medidas utilizadas é feita no capítulo 2 (ponto 1.5.2).

Procedimento

Neste estudo foram utilizadas três amostras. Os participantes que compõem a amostra não-clínica fazem parte de uma amostra de conveniência, que foi recolhida com o intuito de funcionar como amostra de controlo, na comparação com as amostras clínicas. Os participantes que aceitaram participar voluntariamente no estudo, foram esclarecidos acerca dos objectivos do estudo, tendo-lhes sido garantida a confidencialidade e o anonimato das suas respostas. Nenhum dos participantes apresentava história passada ou presente de doença mental, não preenchendo critérios para qualquer diagnóstico do Eixo I e/ou do Eixo II.

Os doentes que compõem a amostra clínica Perturbação *Borderline* de Personalidade preenchem critérios (i.e. pelo menos 5 dos 9 critérios necessários) para atribuição deste diagnóstico de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4.ª Ed. Revista (DSM-IV-TR, APA, 2000). No sentido de avaliar a presença dos critérios de diagnóstico, e da eventual presença de comorbilidade com outros quadros clínicos do Eixo II, foram aplicadas duas entrevistas de diagnóstico: a Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (SCID-II; *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*, First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997) e o Índice de Severidade para a Perturbação *Borderline* de Personalidade – 4.ª Edição (BPDSI – 4thEd., Arntz & Giesen-Bloo, 1999; tradução portuguesa de Duarte, Rijo, & Gouveia, 2007). Foi ainda utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I (SCID-I; *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*, First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) de modo a avaliar a presença de comorbilidade com quadros clínicos do Eixo I, e salvaguardar que os participantes não apresentavam os critérios de exclusão.

Os doentes que compõem a amostra clínica Fobia Social Generalizada preenchem critérios para este quadro clínico de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4.^a Edição - Revista (DSM-IV-TR, APA, 2000). A presença dos critérios de diagnóstico para Fobia Social Generalizada, bem como a avaliação da presença de diagnósticos comórbidos do Eixo I, foi avaliada através da aplicação da Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I (SCID-I; *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) e da Entrevista Diagnóstica de Distúrbios de Ansiedade para a DSM-IV (ADIS-R; *Anxiety Disorders Interview Schedule – Revised*, DiNardo e Barlow, 1988). Foi ainda avaliada a comorbilidade com o Eixo II através da Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (SCID-II; *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*, First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1997).

Todos os participantes das amostras clínicas, que cumpriam os critérios de inclusão e não apresentavam os critérios de exclusão, e que aceitaram participar voluntariamente no estudo, assinaram um formulário de consentimento informado antes de ter início o processo de avaliação diagnóstica e a passagem da bateria de questionários.

Como critérios de inclusão, considerou-se: a) o preenchimento dos critérios de diagnóstico necessários para que pudesse ser atribuído o diagnóstico de Fobia Social Generalizada e/ ou de Perturbação *Borderline* de Personalidade, b) o adequado preenchimento do protocolo de escalas, c) o preenchimento completo dos questionários que faziam parte da bateria de escalas, d) a aplicação das entrevistas de diagnóstico. Os critérios de exclusão aplicados foram: a) a presença de um diagnóstico comórbido de Esquizofrenia (ou outra Perturbação Psicótica), de Perturbação Bipolar I ou II, ou diagnóstico corrente de Dependência de Substâncias, b) no caso da amostra de Fobia Social Generalizada, a comorbilidade com o diagnóstico de Perturbação *Borderline* de Personalidade constituiu um critério de exclusão.

Dos 69 doentes com Fobia Social Generalizada, 66 (95.7%) apresenta correntemente, um ou mais quadros clínicos comórbidos do eixo II, incluindo o diagnóstico de Perturbação Evitante de Personalidade (n=57), o diagnóstico Perturbação Dependente de Personalidade (n=5), o diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva de Personalidade (n=46) e o diagnóstico de Perturbação Paranóide de Personalidade (n=4). Em relação à comorbilidade com o Eixo I, 16 doentes apresentavam em comorbilidade uma Perturbação do Comportamento Alimentar (Anorexia Nervosa n=6, Bulimia Nervosa n=10) e 29 preenchiam critérios para Perturbação Depressiva Major.

Dos 73 doentes com Perturbação *Borderline* de Personalidade, 64 (87.7%) apresenta correntemente, um ou mais quadros clínicos comórbidos do eixo II, incluindo o diagnóstico de Perturbação Evitante de Personalidade (n=44), o diagnóstico Perturbação Dependente de Personalidade (n=7), o diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva de Personalidade (n=43), o diagnóstico de Perturbação Paranóide de Personalidade (n=12), o diagnóstico Histriónico de Personalidade (n=2) e o diagnóstico Narcísico de Personalidade (n=1). Em relação à comorbilidade com o Eixo I, 16 doentes apresentavam em comorbilidade uma Perturbação do Comportamento Alimentar (Anorexia Nervosa n=9, Bulimia Nervosa n=6, Perturbação do Comportamento Alimentar sem Outra Especificação, n=1), 40 preenchiam critérios para Perturbação Depressiva Major, 5 preenchiam critérios para Perturbação Obsessivo-Compulsiva, 4 para Perturbação de Pânico com Agorafobia, 1 para Fobia Social Simples. Onze doentes (15.1%) que receberam o diagnóstico de Perturbação *Borderline* de Personalidade preenchiam igualmente critérios para Fobia Social Generalizada, sendo por este motivo apenas incluídos na amostra de doentes com Perturbação *Borderline* de Personalidade. Na tabela 58 apresentam-se os diagnósticos comórbidos de ambas as amostras clínicas.

Ambas as amostras clínicas foram recrutadas em diversas Unidades de Saúde Mental nacionais, públicas e privadas. Antes de se proceder à recolha da amostra foram obtidas as autorizações, das Comissões de Ética para a Saúde, de todas as Instituições Hospitalares públicas nas quais decorreu a recolha da amostra (Hospitais da Universidade de Coimbra, E.P.E., Hospital Infante D. Pedro de Aveiro, E.P.E., Centro Hospitalar Cova da Beira da Covilhã, E.P.E. e do Hospital de S. Teotónio de Viseu). A recolha da amostra clínica foi ainda efectuada em Clínicas Privadas (que têm disponíveis consultas de Psiquiatria e/ou de Psicologia Clínica) situadas em Coimbra, Porto, Lisboa e Mealhada.

Tabela 58.

Comorbilidade nas amostras clínicas em estudo.

	Amostra Fobia		Amostra Perturbação	
	Social Generalizada		<i>Borderline</i> de Personalidade	
	(n=69)		(n=73)	
	N	%	N	%
Eixo I corrente				
<i>Perturbações do Humor</i>				
Perturbação Depressiva Major	29	42	40	54.8
Distímia	3	4.3	0	0
<i>Perturbações Ansiosas</i>				
Perturbação de Pânico com Agorafobia	0	0	4	5.5
Fobia Social Simples	0	0	1	1.4
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	0	0	5	6.8
<i>Perturbações do Comportamento Alimentar</i>				
Anorexia Nervosa	6	8.7	9	12.3
Bulimia Nervosa	10	14.4	6	4.2
Perturbação Alimentar sem Outra Especificação	0	0	1	1.4
Eixo II corrente				
Perturbação Evitante de Personalidade	57	82.5	44	60.3
Perturbação Dependente de Personalidade	5	7.2	7	9.6
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	46	66.5	43	59
Perturbação Paranóide de Personalidade	4	5.7	12	16.4
Perturbação Histriónica de Personalidade	0	0	2	2.8
Perturbação Narcísica de Personalidade	0	0	1	1.4

10.3. Comparação dos três grupos em relação aos processos psicológicos em análise

10.3.1. Estratégia Analítica

De modo a se poderem testar as hipóteses enumeradas o presente estudo envolveu várias etapas. Assim, o primeiro passo, foi averiguar se os três grupos se diferenciam significativamente nas variáveis em estudo procedendo ao cálculo de um modelo de Análise da Variância Multivariada a um fator (one-way MANOVA) com recurso ao *software* SPSS (v.20, IBM SPSS Inc, Chicago IL). Este procedimento estatístico permite comparar os grupos relativamente a várias variáveis dependentes que estão correlacionadas (Marôco, 2010a, Pallant, 2010), dado que analisa a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos numa variável dependente compósita que resulta da combinação linear de cada uma das variáveis dependentes originais (Pallant, 2010 p. 283). Quando se pretende comparar dois ou mais grupos, é preferível e mais vantajoso começar a análise através da realização de um MANOVA, ao invés de várias ANOVAS separadamente (uma para cada uma das variáveis dependentes). Tal como Marôco (2010a, p.641) explica a este respeito, quando as variáveis dependentes estão correlacionadas entre si, ao se efetuarem comparações univariadas através das ANOVAS, as diferenças entre os grupos podem ser sobrevalorizadas, ou subavaliadas (dependendo da

magnitude e do sinal da correlação). Assim, uma das vantagens em iniciar as análises através do cálculo de uma MANOVA¹⁶² é que este procedimento diminui a probabilidade de se obter um resultado significativo quando na realidade não existe uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (controla o risco de erro de tipo I), que está inflacionado quando se realizam múltiplos testes separados, em variáveis dependentes que se encontram correlacionadas (Tabachnick & Fidell, 2007). Dito de outro modo, só no caso de a MANOVA ser significativa, é que se deve prosseguir para a realização das ANOVAS, sendo necessário, de modo a controlar a probabilidade de erro tipo I, de se proceder à aplicação de alguns reajustamentos, nomeadamente no nível de significância utilizado, na interpretação dos resultados univariados. Para além das vantagens anteriormente explicitadas, que justificam a necessidade de se proceder a uma MANOVA, antes de analisar múltiplas ANOVAS, de referir que esta opção prende-se igualmente com o facto de “na MANOVA as variáveis dependentes são consideradas simultaneamente, organizadas de forma composta e com os efeitos associados a cada variável ponderada pela correlação existente entre estas” (Newton & Rudestam, 1999, como citado em Marôco, 2010a, p. 292).

Contudo, a MANOVA tem igualmente algumas limitações nomeadamente a necessidade de cumprir vários pressupostos para que os resultados obtidos possam ser considerados válidos.

Um dos pressupostos diz respeito ao tamanho da amostra, que estipula que no mínimo, o número de casos em cada célula¹⁶³ (neste caso temos $8 \times 3 = 30$ células) tem de ser igual ao número de variáveis dependentes em análise (neste caso 8 casos por célula, o que perfaz uma amostra de 192 indivíduos) (Pallant, 2010). Outro pressuposto refere-se à normalidade multivariada, que requer, que as distribuições amostrais das médias das variáveis dependentes em cada célula, e de todas as combinações lineares entre elas, apresente uma distribuição normal. Contudo, a MANOVA é robusta à violação deste pressuposto quando a dimensão das amostras cumpre o Teorema do Limite Central (Tabachnick & Fidell, 2007) como é o caso das amostras em análise ($n > 40$ por grupo). Dado que o SPSS não possui nenhum teste de normalidade multivariada, analisaram-se os valores de assimetria e de achatamento de cada uma das variáveis dependentes em estudo. Dado que as variáveis apresentavam uma distribuição normal univariada podemos assumir que o pressuposto da normalidade multivariada esteja igualmente validado (Marôco, 2007).

Em seguida, validou-se o pressuposto relativo à inexistência de outliers extremos uni e multivariados. A análise ao diagrama de extremos-e-quartis mostrou a inexistência de outliers extremos univariados nas três amostras em estudo. Já a análise de *outliers* extremos multivariada foi avaliada através da comparação do valor máximo da distância de *Mahalanobis* (DM) com o valor crítico obtido na tabela de χ^2 (no qual o número de variáveis dependentes corresponde ao número de graus de liberdade) (Tabachnick & Fidell, 2007). A análise dos resultados demonstrou a existência de um outlier multivariado (observação número 162) na amostra de indivíduos que preenchem critérios para o diagnóstico da Perturbação Estado-Limite de Personalidade ($DM=36.73 > \chi^2=26.13$ para um $p < .001$), o que significa que este participante apresenta um padrão/ combinação de resultados nas variáveis “incoerente” e claramente diferente em comparação aos restantes participantes da amostra. Por este motivo este caso foi removido da análise passando a amostra total a ser composta por 191 indivíduos. Foi analisado igualmente o pressuposto da linearidade, que se refere à presença de uma relação linear entre cada par de variáveis dependentes, nas três amostras em estudo (Pallant, 2010). A análise das matrizes de *scatterplot* não mostrou qualquer evidência óbvia no que concerne à não-linearidade, satisfazendo a validação do pressuposto.

¹⁶² A MANOVA consiste numa extensão multivariada da ANOVA que é utilizada quando existem várias variáveis dependentes.

¹⁶³ O número de células corresponde ao produto entre o número de variáveis dependentes e o número de níveis da variável independente.

Em seguida, o pressuposto da homogeneidade das matrizes de variância- covariância¹⁶⁴ foi validado através do teste *M* de Box para a igualdade das matrizes de covariância (quando o nível de significância é superior a .001 podemos assumir que este pressuposto não foi violado; Pallant, 2010); $M = 111.384$, $F(72, 77871.70) = 1.45$, $p = .008$.

Por último, analisou-se o pressuposto da multicolinearidade através do cálculo das matrizes de correlações de Pearson. Pallant (2010) refere que poderão existir problemas de multicolinearidade se a correlação entre dois pares de variáveis dependentes for superior a .80 ou .90. No presente estudo, a análise aos coeficientes de correlação bivariados não revelou a existência de problemas de multicolinearidade ($r < .80$).

Para avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos na combinação linear das variáveis dependentes foram utilizadas duas estatísticas de teste, o método do Traço de Pillai (dado que é o mais apropriado quando se utilizam amostras de diferentes dimensões) e o método da Maior Raiz de Roy (que é o mais apropriado quando as variáveis dependentes estão fortemente correlacionadas; Marôco, 2010a, Tabachnick & Fidell, 2007). Para estimar a dimensão do efeito multivariado encontrado analisou-se o eta quadrado parcial (η^2 parcial). De acordo com Cohen (1988, p. 284-287 como citado em Pallant, 2010) considera-se o efeito como pequeno, moderado e grande, para valores de .01, .06, .138, respetivamente.

Em seguida, e dado que os testes de significância multivariados foram significativos, prosseguiu-se para a análise das variâncias univariadas (ANOVAS), no sentido de averiguar em que variáveis dependentes se verificava a existência de diferenças estatisticamente significativas. Dado que três variáveis violavam o pressuposto da homogeneidade das variâncias (i.é. crenças de perigosidade acerca das emoções, vergonha externa e dissociação), e de modo a garantir uma maior precisão nos resultados obtidos, seguiu-se a recomendação descrita em Tabachnick e Fidell (2007), relativamente à utilização de um valor de alfa mais conservador (neste caso utilizou-se a correção de *Bonferroni*) relativamente ao valor convencional (.05) para determinar a significância dessas variáveis nos testes *F* univariados. Para a comparação múltipla de médias utilizou-se o teste *post-hoc* de *Scheffé*, considerando-se igualmente um nível de significância mais rigoroso de modo a diminuir a possibilidade de erro tipo I, através da correção de *Bonferroni*. A correção de *Bonferroni* consiste em dividir o valor de significância convencional pelo número de variáveis dependentes em análise. Neste sentido, utilizou-se como ponto-de-corte na interpretação dos testes *F* univariados e nos testes de comparação múltipla de médias (testes *post-hoc* de *Scheffé*) o valor de alfa de .006 (.05/8). Mais uma vez, para estimar a dimensão dos efeitos estatisticamente significativos analisou-se o eta quadrado parcial (η^2 parcial) que representa a proporção da variância na variável dependente que é explicada pela variável independente (pertença ao grupo).

10.3.2. Resultados

Os valores das inter-correlações nas três amostras em estudo são apresentados na tabela 59. A correlação bivariada de maior magnitude na amostra não-clínica ocorre entre o evitamento experiencial e a vergonha interna, na amostra clínica de Fobia Social Generalizada verifica-se entre o evitamento experiencial e as crenças negativas acerca das emoções, e na amostra de Perturbação *Borderline* de Personalidade ocorre entre a vergonha interna e a vergonha externa. Na amostra não clínica verificou-se a existência de algumas inter-correlações de baixa magnitude, que se revelaram não significativas,

¹⁶⁴ A validação deste pressuposto implica que a matriz de variâncias – covariância para cada combinação dos níveis dos factores para cada uma das variáveis dependentes provenham de uma mesma população de variâncias-covariâncias de modo a que possa ser obtida uma estimativa conjunta da variância residual (Marôco, 2007, p. 198).

nomeadamente entre a dissociação e a compaixão, a dissociação e as crenças de validação emocional, a compaixão e o *mindfulness* e entre a compaixão e as crenças de validação emocional (apesar desta última correlação bivariada se situar muito próxima do nível de significância, $p=.068$). Já na amostra de Fobia Social Generalizada, verificou-se que as inter-correlações que não se revelaram estatisticamente significativas, ocorrem entre as crenças de validação emocional e a vergonha externa, a dissociação e a compaixão, entre a compaixão e a dissociação e entre o *mindfulness* e a vergonha externa, vergonha interna, crenças de validação emocional e a compaixão. Por fim, na amostra com Perturbação *Borderline* de Personalidade, as únicas correlações que não se revelaram significativas verificam-se entre o *mindfulness* com as crenças de validação e com a compaixão.

Tabela 59.
Inter-correlações e valores de consistência interna das variáveis dependentes para a amostra não-clínica, amostra clínica Fobia Social Generalizada e amostra clínica Perturbação *Borderline* de Personalidade.

Medidas	Grupo	OAS	ISS	LESS-CN	LESS-CV	AAQ-II	DES-II	SCS	α
Vergonha Externa (OAS)	A-NC	1							.92
	A-FSG	1							.94
	A-PBP	1							.94
Vergonha Interna (ISS)	A-NC	.61**	1						.94
	A-FSG	.60**	1						.95
	A-PBP	.73**	1						.96
Crenças de Perigosidade (LESS-CN)	A-NC	.54**	.63**	1					.92
	A-FSG	.51**	.64**	1					.90
	A-PBP	.52**	.51**	1					.83
Crenças de Validação Emocional (LESS-CV)	A-NC	-.47**	-.38**	-.53**	1				.83
	A-FSG	-.17	-.35**	-.46**	1				.87
	A-PBP	-.36**	-.37**	-.26*	1				.83
Evitamento Experiencial (AAQ-II)	A-NC	.53**	.75**	.68**	-.44**	1			.85
	A-FSG	.54**	.66**	.75**	-.34**	1			.91
	A-PBP	.53**	.51**	.69**	-.43**	1			.88
Dissociação (DES-II)	A-NC	.48**	.29*	.28*	-.24	.32*	1		.91
	A-FSG	.52**	.43**	.42**	-.21	.33**	1		.95
	A-PBP	.56**	.44**	.50**	-.32**	.50**	1		.95
Compaixão (SCS)	A-NC	-.32*	-.56**	-.45**	.26	-.62**	-.03	1	.89
	A-FSG	-.35**	-.47**	-.34**	.21	-.47**	-.21	1	.87
	A-PBP	-.40**	-.37**	-.35**	.55**	-.50**	-.27*	1	.89
<i>Mindfulness</i> (MAAS)	A-NC	-.29*	-.41**	-.35**	.37**	-.29*	-.30*	.21	.88
	A-FSG	-.16	-.21	-.30*	.03	-.25*	-.37**	.01	.87
	A-PBP	-.43**	-.45**	-.37**	.15	-.31**	-.63**	.16	.86

NC= amostra não-clínica; A-FSG= amostra Fobia Social Generalizada; A-PBP= amostra Perturbação *Borderline* de Personalidade

** $p < .05$; * $p < .01$

De seguida, para testar as primeiras três hipóteses foi conduzida uma Análise da Variância Multivariada a um factor. Este procedimento permitiu-nos investigar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre três amostras ao nível de um compósito geral de variáveis que incluíam processos de regulação emocional (evitamento experiencial, dissociação, compaixão e *Mindfulness*) e processos cognitivos (vergonha externa, vergonha interna, crenças de perigosidade acerca das emoções e crenças de validação emocional). A variável dependente foi a pertença ao grupo com três níveis: amostra não-clínica ($n=49$), amostra de indivíduos que preenchem critérios para Fobia Social Generalizada ($n=69$), e amostra de indivíduos que preenchem critérios para Perturbação *Borderline* de Personalidade ($n=73$).

Como anteriormente descrito, foram testados os pressupostos preliminares à aplicação deste procedimento estatístico, nomeadamente, a normalidade, a linearidade, a presença de outliers univariados e multivariados, a homogeneidade das matrizes de variância-covariância e a multicolinearidade não tendo sido detectadas violações severas que invalidassem a adopção deste procedimento estatístico. De referir que pelo facto de cada amostra/ grupo ter um $N > 40$ participantes,

e dada a robustez dos testes paramétricos, nos confere uma garantia adicional relativamente à validade dos resultados obtidos.

Os resultados da MANOVA, que testou as diferenças nas oito variáveis dependentes, em função da pertença ao grupo/ amostra, mostraram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as três amostras em estudo no compósito das variáveis dependentes: Traço de Pillai= 0.70, $F(16, 364) = 12.12$, $p < .001$, η^2 parcial = .35, $\pi = 1.00$; Maior Raiz de Roy = 1.64, $F(8, 182) = 37.25$, $p < .001$, η^2 parcial = .62, $\pi = 1.00$.

Dado que a MANOVA apenas forneceu informação para a existência de pelo menos uma diferença significativa entre grupos, numa ou mais variáveis dependentes, o passo seguinte foi analisar este resultado significativo em termos de cada uma das variáveis dependentes separadamente, através do cálculo de ANOVAS univariadas, seguidas dos respetivos testes *post-hoc de Scheffé*.

Os valores de média e de desvio-padrão para cada uma das variáveis dependentes nas três amostras em estudo são apresentados na tabela 60. Os resultados demonstraram que a amostra não-clínica apresenta em média pontuações mais baixas de vergonha externa, vergonha interna, crenças de perigosidade acerca das emoções, evitamento experiencial e dissociação, comparativamente à amostra de doentes com Fobia Social Generalizada, e que por sua vez a amostra de doentes com Fobia Social Generalizada apresenta resultados médios inferiores à amostra de doentes com Perturbação Borderline de Personalidade. Pelo contrário, a amostra não clínica apresenta em média mais compaixão, mindfulness e crenças de validação acerca das emoções, comparativamente à amostra clínica de Fobia Social Generalizada, e esta por sua vez apresenta pontuações mais altas em comparação com a amostra de Perturbação Borderline de Personalidade. Todas as variáveis apresentam valores de consistência interna adequados, com os valores de alfa de Cronbach a variar entre .86 e .96.

Os resultados das análises de variância univariadas revelaram a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) para cada uma das variáveis dependentes separadamente. Adicionalmente a dimensão dos efeitos das diferenças encontradas pode classificar-se como elevada (segundo a classificação de Cohen) para todas as variáveis dependentes, o que significa que os grupos apresentam marcadas diferenças nas pontuações das variáveis. Mais concretamente, a análise aos valores de eta quadrado parcial, permitiu-nos concluir que as variáveis dependentes apresentam a seguinte ordem de importância descendente na diferenciação dos três grupos: vergonha interna, crenças de perigosidade acerca das emoções, evitamento experiencial, compaixão, vergonha externa, crenças de validação emocional, mindfulness e dissociação.

A análise aos testes de comparação múltipla de médias (*teste post-hoc*) considerando o nível de significância com correção de Bonferroni (.006), demonstrou que os indivíduos da amostra não-clínica apresentam significativamente menos vergonha externa comparativamente às duas amostras clínicas, mas que entre as amostras clínicas, os dois grupos não se diferenciam significativamente entre si, $F(2, 188) = 53.86$, $p < .001$, η^2 parcial = .36 (o que significa que 36% da variância na vergonha externa é explicada pela pertença ao grupo). O mesmo padrão de resultado, embora em sentido contrário, foi encontrado para a compaixão, com os indivíduos da amostra não clínica a apresentarem resultados médios significativamente superiores às duas amostras clínicas, mas as amostras clínicas não se diferenciam significativamente entre si, $F(2, 188) = 56.82$, $p < .001$, η^2 parcial = .38 (o que significa que 38% da variância na compaixão é explicada pela pertença ao grupo). Já em relação à dissociação verificou-se que a amostra não-clínica e amostra de indivíduos com Fobia Social Generalizada não diferem significativamente entre si, mas que apresentam resultados significativamente inferiores aos apresentados pelos indivíduos com Perturbação Estado-Limite de Personalidade, $F(2, 188) = 17.20$, $p < .001$, η^2 parcial = .16 (o que significa que 16% da variância na compaixão é explicada pela pertença ao grupo). Em relação à vergonha interna, crenças de perigosidade acerca das emoções e evitamento

experiential, verificamos que os três grupos diferem significativamente entre si, com os indivíduos com Perturbação Estado-Limite de Personalidade a apresentarem pontuações significativamente aos indivíduos com Fobia Social, e estes por sua vez, a apresentarem resultados médios significativamente mais elevados que os indivíduos da amostra não-clínica, respetivamente, $F(2, 188) = 121.00$, $p < .001$, η^2 parcial = .56, $F(2, 188) = 99.21$, $p < .001$, η^2 parcial = .51, $F(2, 188) = 91.54$, $p < .001$, η^2 parcial = .49. De referir que estas são as variáveis em que a dimensão do efeito é claramente superior, com a variância destas variáveis a ser explicada maioritariamente pela pertença ao grupo (respetivamente 53%, 51% e 49%). No sentido contrário, verificamos que os três grupos se diferenciam significativamente entre si, nas crenças de validação emocional e no *Mindfulness*, com os indivíduos com Perturbação Estado-Limite de Personalidade a apresentarem pontuações significativamente inferiores em relação aos indivíduos com Fobia Social Generalizada, e estes por sua vez a apresentarem em média pontuações menores que a amostra não-clínica, respetivamente $F(2, 188) = 42.08$, $p < .001$, η^2 parcial = .31 e $F(2, 188) = 32.65$, $p < .001$, η^2 parcial = .26. A magnitude das diferenças encontradas foi de 31% e 26%. Na tabela 65 apresentam-se os valores de médias, de desvio-padrão, das análises de variância multi e univariada e da comparação múltipla de médias com recurso aos testes *post-hoc*.

Tabela 60.

Testes da Comparação (MANOVA e ANOVAS) entre a amostra não-clínica, a amostra clínica de Fobia Social Generalizada e a amostra clínica Perturbação Borderline de Personalidade nas variáveis em estudo.

Medidas	Grupo						Análise da Variância			Post-hoc (p) ^b		
	1: A-NC		2: A-FSG		3: A-PBP		F	p^a	η^2 parcial	1	1	2
	M	DP	M	DP	M	DP				versus 2	versus 3	versus 3
Vergonha externa (OAS)	0.82	0.10	1.85	0.09	2.18	0.09	53.56	<.001	.36	<.001	<.001	=.028
Vergonha interna (ISS)	0.83	0.08	2.09	0.07	2.44	0.07	121.00	<.001	.56	<.001	<.001	=.002
Crenças de perigosidade (LESS-CN)	2.41	0.13	4.04	0.11	4.75	0.11	99.21	<.001	.51	<.001	<.001	<.001
Crenças de validação emocional (LESS-CV)	4.58	0.25	3.46	0.13	2.79	0.12	42.08	<.001	.31	<.001	<.001	=.001
Evitamento experiencial (AAQ-II)	2.53	0.17	4.74	0.15	5.50	0.14	91.54	<.001	.49	<.001	<.001	<.001
Dissociação (DES-II)	1.36	0.23	2.09	0.19	3.04	0.18	17.20	<.001	.16	=.050	<.001	=.002
Auto-compaixão (SCS)	3.19	0.09	2.18	0.07	2.06	0.07	56.82	<.001	.38	<.001	<.001	.467
<i>Mindfulness</i> (MAAS)	4.44	0.12	3.69	0.10	3.15	0.10	32.65	<.001	.26	<.001	<.001	<.001

OAS = Escala de Vergonha Externa; ISS = Escala de Vergonha Interna; LESS – CN = Questionário de Esquemas Emocionais subescala de Crenças de perigosidade e incontrolabilidade acerca das emoções; LESS – CV = Questionário de Esquemas Emocionais subescala de Crenças de validação emocional; AAQ-II = Questionário de Aceitação e Acção; DES-II = Escala de Experiências Dissociativas; SCS= Questionário de Auto-Compaixão; MAAS = Escala de Consciência e Atenção Plenas

NC= amostra não-clínica; A-FSG= amostra Fobia Social Generalizada; A-PBP= amostra Perturbação *Borderline* de Personalidade

^aUtilizou-se o nível de significância conservador de .006.

^b Utilizou-se o nível de significância com correção de *Bonferroni* $\alpha = .006$.

10.4. Importância das variáveis dependentes na diferenciação dos três grupos em análise

10.4.1. Estratégia Analítica

Dado que de um modo geral as três amostras apresentam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis dependentes, e atendendo a que algumas das variáveis dependentes se encontram fortemente associadas, o objectivo seguinte foi procurar responder à quarta questão em estudo, ou seja, explorar a possibilidade de algumas das variáveis dependentes avaliarem facetas similares, e ser esse o motivo pelo qual se obteve um padrão de resultados semelhantes nas análises conduzidas. Em complementaridade interessa avaliar, se no conjunto de variáveis dependentes, existem variáveis que assumem um papel prioritário (de ordem superior) em relação a outras, sendo por isso de importância primordial na diferenciação dos três grupos clínicos.

Assim, no sentido de investigar o impacto da pertença ao grupo (sem doença mental, com o diagnóstico de Fobia Social e com o diagnóstico de Perturbação *Borderline* de Personalidade) nas pontuações obtidas em cada uma das variáveis dependentes quando se controla o efeito das restantes variáveis foi conduzida uma *Roy-Bargmann Stepdown Analysis* (Roy, 1958; Roy & Bargmann, 1958).

Importa referir que a aplicação deste procedimento não pretende invalidar os resultados obtidos anteriormente, dado que os resultados obtidos demonstram que todas as variáveis dependentes, quando analisadas separadamente, são relevantes na diferenciação das três amostras em estudo. Contudo, dada a relação conceptual e estatística entre as variáveis dependentes, o presente estudo pretende fornecer uma melhor compreensão do modelo testado, nomeadamente, averiguar se quando se controla o efeito de variáveis que se considera serem prioritárias na diferenciação das três amostras, as restantes variáveis fornecem alguma contribuição adicional na explicação das diferenças já detectadas.

Neste sentido, foi conduzida uma análise descendente (neste caso, optou-se pela *Roy-Bargman Stepdown F Analysis*) para explorar a importância, ou seja, a prioridade hierárquica de cada variável dependente comparativamente às restantes (Finch, 2007; Tabachnick & Fidell, 1997). O *Roy-Bargmann Stepdown F Analysis* é uma técnica baseada na análise das covariâncias (ANCOVAS) do Modelo Linear Geral, cujo uso é aconselhado quando se obtém uma MANOVA significativa (Tabachnick & Fidell, 2007).

Este procedimento envolveu vários passos (tal como descrito em Finch, 2007 e Tabachnick & Fidell, 1997), sendo que o primeiro é estabelecer uma hierarquia descendente relativamente à ordem pela qual as variáveis dependentes são testadas. De acordo com Finch (2007) a ordem em que as variáveis são testadas deve ser determinada com base em considerações teóricas e não estatísticas.

Neste sentido, tendo por base considerações teóricas (descritas na introdução do presente estudo) testou-se a seguinte ordem descendente de importância na diferenciação dos três grupos: vergonha interna, evitamento experiencial, crenças de perigosidade acerca das emoções, compaixão, vergonha externa, crenças de validação emocional, *mindfulness* e a dissociação.

Em seguida, realizou-se uma ANOVA univariada, de modo a comparar as médias da variável à qual se atribuiu o primeiro lugar na hierarquia (de maior importância) nas três amostras em estudo. No terceiro passo, esta variável serviu como covariável na ANCOVA, e as médias apresentadas pelas três amostras foram comparadas em relação à segunda variável na hierarquia. Este procedimento foi aplicado a cada uma das sucessivas variáveis dependentes separadamente (através de uma série de ANCOVAS), que foram progressivamente sendo adicionadas ao grupo de covariáveis (com as variáveis às quais foi atribuída uma maior importância a serviram como covariáveis para as variáveis de menor importância). A aplicação deste procedimento tem várias vantagens: 1) permite averiguar qual a importância de cada

uma das variáveis na diferenciação dos grupos em estudo, 2) permite com maior rigor avaliar se variáveis, às quais foi atribuída uma menor prioridade, fornecem alguma diferenciação adicional nos grupos para além da que já é dada pelas variáveis dependentes prioritárias, 3) permite obter resultados mais precisos ao controlar a possível sobreposição/ redundância existente entre variáveis que se encontram fortemente associadas (Finch, 2007; Tabachnick & Fidell, 2007). De modo a controlar a probabilidade de erro tipo I, foi utilizado o nível de significância com correção de *Bonferroni*, mas neste caso ajustada a uma análise sequencial (α / número de variáveis dependentes em cada passo da análise).

Os pressupostos da aplicação da ANCOVA foram analisados não tendo sido verificadas violações significativas na distribuição normal das variáveis, linearidade e na homogeneidade das variâncias que invalidassem a sua aplicação. Adicionalmente, a aplicação da análise de Roy-Bargmann, requer que o pressuposto da homogeneidade dos declives de regressão seja validado em relação a cada uma das ANCOVAS testadas, de modo a assegurar que a relação entre a variável dependente e a covariável não varia para os diferentes níveis da variável grupo, ou seja, que a relação entre as variáveis numa amostra é similar às das outras amostras. Este pressuposto foi avaliado através da interação entre cada covariável x variável grupo (tomou-se o nível de alfa superior a .05 como indicativo da não violação do pressuposto, ou seja, como garantia de que as diferenças entre os grupos não dependem do valor da covariável).

10.4.2. Resultados

Dado que os resultados do Teste F univariado (ANOVA) demonstraram que a vergonha interna discrimina significativamente as três amostras em análise (tabela 61), esta foi a primeira covariável a ser incluída, na aplicação da análise descendente através do *Roy-Bargmann Stepdown Analysis* e, conseqüentemente, nas ANCOVAS conduzidas. Para o cálculo das ANCOVAS, foi testada, sucessivamente cada uma das variáveis dependentes de acordo com a seguinte ordem descendente _ evitamento experiencial, crenças de perigosidade acerca das emoções, compaixão, vergonha externa, crenças de validação emocional, *mindfulness* e dissociação_ sendo que à medida que se testava cada uma das variáveis dependentes, essa variável passava a ser incluída como covariável nas análises subsequentes. Os resultados são apresentados na tabela 61.

Mais concretamente, os resultados mostraram uma contribuição única da vergonha interna na diferenciação entre a amostra não-clínica, a amostra com indivíduos com Fobia Social Generalizada e uma amostra com indivíduos com Perturbação *Borderline* de Personalidade, *stepdown F* (2, 190)=121.00 ($p < .001$, $\eta^2 = .56$), com os indivíduos da amostra não clínica ($M = 0.83$, $EP = 0.07$) a pontuarem significativamente mais baixo do que os da amostra de indivíduos com Fobia Social Generalizada ($M = 2.09$, $EP = 0.07$) e estes por sua vez a pontuarem significativamente mais baixo comparativamente aos indivíduos com Perturbação *Borderline* de Personalidade ($M = 2.44$, $EP = 0.07$). Após o padrão de diferenças explicadas pela vergonha interna ser contabilizado/controlado, os resultados mostraram que o *evitamento experiencial* fornece um contributo único adicional (estatisticamente significativo) para a diferenciação das três amostras [*stepdown F* (1, 191) = 5.59, $p = .004$, $\eta^2 = .06$], com a amostra não clínica [$M_{(ajustada)}^{165} = 3.93$; $EP = 0.19$] a apresentar pontuações significativamente mais baixas às dos indivíduos com Fobia Social Generalizada [$M_{(ajustada)} = 4.49$; $EP = 0.12$] e estes por sua vez a apresentarem pontuações significativamente mais baixas que os indivíduos com Perturbação *Borderline* de Personalidade [$M_{(ajustada)} = 4.80$; $EP = 0.13$]. No mesmo sentido, com as diferenças devidas à vergonha interna e ao evitamento experiencial já contabilizadas/ controladas, verificou-se ainda que um

¹⁶⁵ Através deste procedimento são testadas as médias ajustadas, ou seja, as médias após ser controlado o efeito das covariáveis na variável dependente.

contributo único das crenças de perigosidade acerca das emoções para a diferenciação das três amostras, com os indivíduos sem psicopatologia a apresentarem pontuações significativamente mais baixas [$M_{(ajustada)} = 3.62$; $EP = 0.13$], do que os indivíduos com Fobia Social Generalizada [$M_{(ajustada)} = 3.86$; $EP = 0.08$], e estes por sua vez apresentam menos crenças negativas acerca das suas emoções quando comparados com os doentes com Perturbação *Borderline* de Personalidade [$M_{(ajustada)} = 4.11$; $EP = 0.09$; Stepdown $F(2, 191) = 5.59$, $p = .004$, $\eta^2 = .06$].

E embora os testes de comparações múltiplas univariados (de acordo com os resultados das ANOVAS descritos no estudo anterior) terem revelado que, separadamente, os grupos se diferenciam nas restantes variáveis, estas diferenças estão já representadas (nas análises descendentes) por estas três variáveis de importância prioritária/ superior, ou seja, pela sobreposição que apresentam com a vergonha interna, evitamento experiencial e com as crenças de perigosidade acerca das emoções, não apresentando por este motivo, uma contribuição única e independente destas. Para além de nenhuma das restantes variáveis adicionar de modo significativo mais explicação na diferenciação das três amostras para além da que já é conseguida com a vergonha interna, evitamento experiencial e crenças de perigosidade acerca das emoções (apesar da dissociação apresentar um valor muito próximo do nível de significância exigido), estas três variáveis claramente assumem um papel preponderante na distinção das três amostras em análise.

Tabela 61.

Resultados da ANOVA e dos testes de covariância através da análise Roy-Bargmann Stepdown ($n=191$).

Efeito	Variáveis dependentes	Stepdown F	η^2	p corrigido	p obtido
Variável grupo (amostra)	Vergonha interna (ISS)	121.00	.56	<.006 (.05/8)	<.001
	Evitamento Experiencial (AAQ-II)	5.59	.06	<.025 (.05/2)	=.004
	Crenças de perigosidade acerca das emoções (LESS-CN)	4.41	.05	<.017 (.05/3)	=.013
	Compaixão (SCS) ^a	3.01	.03	<.013 (.05/4)	=.052
	Vergonha externa (OAS) ^a	2.56	.00	<.013 (.05/4)	=.774
	Crenças de validação emocional (LESS-CV) ^a	1.75 ¹⁶⁶	.02	<.013 (.05/4)	=.177
	Mindfulness (MAAS) ^a	2.01	.02	<.013 (.05/4)	=.137
	Dissociação (DES-II)	4.13	.04	<.013 (.05/4)	=.018

ISS = Escala de Vergonha interna; AAQ = Questionário de Aceitação e Acção; LESS-CN = Questionários de Esquemas Emocionais – subescala de crenças incontrolabilidade e perigosidade acerca das emoções; SCS = Escala de Auto-compaixão; OAS = Escala de Vergonha Externa; LESS – CV = Questionários de Esquemas Emocionais subescala de crenças de validação emocional; MAAS = Escala de Consciência e Atenção Plenas; DES-II = Escala de Experiências Dissociativas.

^a Dado que estas variáveis não apresentavam pontuações significativamente diferentes entre as três amostras depois de controlado o efeito das variáveis que ocupam um lugar superior na hierarquia, não foram adicionadas como covariáveis nas análises subsequentes.

¹⁶⁶ Apesar da variável crenças de validação emocional não cumprir o pressuposto da homogeneidade da regressão, prosseguiu-se com a análise dado que de acordo com Tabachnick e Fidell (2007) pode utilizar-se um nível de significância menos conservador (.01) quando a variável é robusta. Adicionalmente, pelo fato desta variável não contribuir para a explicação das diferenças (para além da que já é explicada pelas variáveis prioritárias), ela não entrou como covariável nas análises subsequentes, pelo que não comprometeu a interpretação das análises subsequentes.

10.5. Discussão

Numa primeira fase (através da aplicação da MANOVA) verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas, nas médias de uma combinação de variáveis dependentes, nas três amostras em estudo. Em seguida foram identificadas (através do cálculo de ANOVAS univariadas) as variáveis nas quais as três amostras se diferenciavam. E por último, foram identificadas (através do método *Roy-Bargmann Stepdown Analysis*) quais as variáveis prioritárias na diferenciação das três amostras em estudo, analisando-se quais apresentavam um contributo único e independente nessa diferenciação, e quais eram redundantes, ou seja, não acrescentavam explicação à que já era fornecida pelas variáveis prioritárias.

Os resultados obtidos com a aplicação da MANOVA mostraram que quando se procede à comparação de um grupo clínico com o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade com um grupo clínico com o diagnóstico de perturbação de ansiedade social generalizada e de estes com um grupo não-clínico numa variedade de processos associados à regulação emocional, os três grupos diferenciam-se de forma significativa em praticamente todas as variáveis em análise.

Mais especificamente, os indivíduos com perturbação borderline de personalidade tendem a apresentar níveis significativamente mais elevados no que concerne aos processos de evitamento experiencial, vergonha interna, crenças negativas acerca das emoções (e significativamente mais baixos no que diz respeito às crenças de validação emocional e aos níveis de *mindfulness*) em relação aos indivíduos que receberam o diagnóstico de fobia social. Estas diferenças são ainda mais notórias quando se procede à análise das diferenças em relação ao grupo não-clínico.

No entanto verificou-se que os indivíduos com diagnóstico de perturbação borderline de personalidade não se diferenciam significativamente dos indivíduos que receberam o diagnóstico de fobia social no que diz respeito à vergonha externa e à auto-compaixão, apesar de em relação a ambas as variáveis os dois grupos se diferenciarem significativamente do grupo não-clínico.

Este resultado faz sentido se atendermos a que os elevados níveis de vergonha externa traduzem uma sobre-activação do sistema de protecção contra as ameaças e de que a incapacidade para gerar auto-acalmia e auto-tranquilização claramente traduz a uma sub-activação do sistema de segurança, acalmia e tranquilização e de que este desequilíbrio entre os sistemas de regulação do afecto é um dos mais importantes factores de vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert, 2005a; Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Irons, 2005). Neste sentido o que os resultados sugerem que é os doentes com diagnóstico de fobia social não se distinguem significativamente dos doentes com diagnóstico borderline de personalidade no que diz respeito à sobre-activação dos seus sistemas de defesa e à sub-activação dos seus sistemas de segurança e acalmia.

Também se verificou que a dissociação apesar de diferenciar significativamente o grupo de doentes com diagnóstico borderline dos restantes dois grupos não discrimina significativamente o grupo de doentes com diagnóstico de fobia social generalizada do grupo não-clínico. Estes resultados vão de encontro a alguns estudos que apontam para a possibilidade da dissociação existir num contínuo entre amostras não-clínicas e clínicas (e.g., Ross, Joshi, & Currie, 1990), com os grupos não-clínicos a apresentarem níveis mais baixos de experiências dissociativas comparativamente aos doentes psiquiátricos (e.g., Bernstein & Putman, 1986), ainda que no presente estudo esta diferença só se tenha revelado significativa em relação à perturbação borderline de personalidade. De facto, a este respeito sabe-se que os sintomas dissociativos são um dos sintomas clínicos frequentemente presentes nos indivíduos com diagnóstico de perturbação borderline de personalidade (quadro clínico onde as experiências dissociativas fazem parte dos critérios de diagnóstico) mas mais infrequentes nos indivíduos com o

diagnóstico de fobia social apesar dos elevados níveis de ansiedade que também estes experienciam (DSM-IV; APA; 2000).

Já a análise aos efeitos isolados de cada um dos constructos em análise demonstrou que o evitamento experiencial, a vergonha interna e as crenças negativas acerca das emoções (mesmo quando se controla o efeito estatístico dos restantes processos na diferenciação dos grupos em análise) continua a ser capaz de diferenciar significativamente os três grupos em estudo. Ou seja, mesmo quando se controla a variância comum entre estes diferentes processos (que se encontram fortemente associados) para isolar o efeito de cada um deles na diferenciação dos três grupos, três desses processos destacam-se como sendo os que melhor discriminam entre a patologia borderline, a fobia social e indivíduos sem psicopatologia.

Em relação à vergonha interna os resultados obtidos no presente estudo são concordantes com os obtidos em estudos prévios que apontaram para o facto da predisposição para a vergonha parecer ser um especialmente relevante na perturbação borderline de personalidade em comparação com outros quadros clínicos. Mais concretamente, Rusch, Lieb e colaboradores (2007) mostraram que a predisposição para a vergonha é maior em doentes com diagnóstico de perturbação borderline comparativamente a doentes com diagnóstico de ansiedade social e em relação a uma amostra de controlo de participantes sem doença mental. E num outro estudo verificou-se que as doentes com patologia borderline apresentam níveis mais elevados de vergonha comparativamente a uma amostra de controlo sem doença mental (Chan, Hess, Whelton, & Yonge, 2005). No mesmo sentido os resultados fornecem suporte empírico à conceptualização da perturbação borderline de personalidade como uma resposta crónica de vergonha na medida em que os doentes que dela sofrem sentem permanentemente que nunca serão bons o suficiente (Croew, 2004).

Já em relação ao evitamento experiencial apesar do seu papel promissor na compreensão da manutenção da patologia borderline (e.g., Chapman et al., 2011), são escassos os estudos que se têm focado diretamente neste constructo. Sabia-se por exemplo de que existia uma associação positiva entre sintomatologia borderline, supressão do pensamento e o estilo de *coping* evitante (e.g., Chapman et al., 2005) e de que indivíduos com o diagnóstico de patologia borderline e com um quadro de abuso de substâncias tendem a apresentar níveis mais elevados de evitamento experiencial do que indivíduos que tendo igualmente um quadro de abuso de substâncias não preenchem critérios para perturbação borderline de personalidade. De facto, não são conhecidos na literatura outros estudos que tivessem comprovado empiricamente que os doentes com diagnóstico de patologia borderline realmente demonstram níveis superiores de evitamento experiencial comparativamente a doentes que receberam o diagnóstico de fobia social, ou seja, de que o evitamento experiencial é uma característica especialmente importante neste quadro clínico, tal como agora o demonstram os resultados do presente estudo.

Um resultado interessante nas análises conduzidas foi o facto das crenças negativas acerca das emoções se terem evidenciado como um factor relevante, capaz de diferenciar significativamente os três grupos em análise. Isto significa que de facto os doentes com diagnóstico de patologia borderline tendem a ajuizar mais severamente os seus estados emocionais (em comparação com doentes com outras condições clínicas) como aversivos, inaceitáveis e incontroláveis, vivenciando as suas emoções como uma ameaça interna em relação à qual têm que reagir (este resultado poderá mesmo explicar alguns dos comportamentos auto-destrutivos que são característicos destes doentes e que têm como função diminuir estados emocionais aversivos, como é o caso dos comportamentos de auto-dano).

Adicionalmente, e apesar de se tratar de um estudo preliminar, a abordagem adoptada, constitui um primeiro passo importante para o desenvolvimento de um quadro conceptual compreensivo da

psicopatologia segundo uma perspectiva transdiagnóstica. É que de facto, o presente estudo procura superar uma das críticas mais mencionadas em relação ao estudo dos processos envolvidos na regulação emocional que é a de que precisamente a maioria dos estudos conduzidos neste âmbito apenas se restringe à análise de uma estratégia de regulação emocional em particular para um determinado grupo clínico (e.g., para uma excepção Aldo et al., 2010). Ainda mais frequente é estudo por vezes envolver mais do que uma estratégia de regulação emocional mas ser desenvolvido em amostras não-clínicas (Aldao & Dixon-Gordon, 2014), ou na comparação com somente um grupo não-clínico com o qual é claramente expectável que o primeiro se diferencie.

Mas se em relação a este aspecto, os resultados obtidos são sugestivos de que as diferenças entre os três grupos em análise são mais de grau (de severidade) do que de tipo (presença vs. ausência) e, de que, de facto neste sentido até podem ser conceptualizados como processos transdiagnósticos dado que os processos não se revelaram específicos para um grupo em particular mas transversais às duas condições clínicas (sobretudo no que diz respeito à vergonha externa e à auto-compaixão, que existem num grau semelhante nos dois quadros clínicos) não se pode deixar de ter em atenção de que o evitamento experiencial, as crenças negativas acerca das emoções e a vergonha interna revelaram-se especialmente relevantes na explicação da patologia borderline. E de que este resultado merece mais atenção em estudos futuros.

Dito de outro modo, apesar de ser possível que os processos investigados possam funcionar como marcadores gerais da psicopatologia ao invés de processos únicos e específicos para uma patologia em particular (Aldao, 2013; Aldao & Dixon-Gordon, 2014; Harvey, Watkins, Mansell, & Shafran, 2004; Kring & Sloan, 2010), e de que possam de facto existir processos de manutenção cognitivos e/ ou comportamentais que são partilhados entre perturbações psicológicas (como é o caso da vergonha externa e da ausência de auto-compaixão), isto é, processos que estão elevados/diminuídos numa variedade de perturbações psicológicas relativamente a controlos não-clínicos e que causalmente contribuem para o desenvolvimento e/ ou manutenção dos sintomas (Harvey et al., 2004 tal como descrito em Mansell, Harvey, Watkins & Shafran, 2009), os resultados obtidos também demonstram claramente que alguns destes processos podem ser especialmente relevantes em determinados quadros clínicos e que nesse sentido merecem especial atenção por parte dos clínicos nas intervenções implementadas.

Capítulo 7

Conclusões finais

O presente projecto de investigação foi sendo desenvolvido ao longo de dez estudos empíricos que tiveram por base quatro objectivos gerais que lhes serviram de fio condutor. No seu conjunto todos os estudos que integram o presente projecto de investigação procuraram contribuir para uma melhor compreensão do papel da desregulação emocional na psicopatologia, e em particular, de um conjunto de estratégias e processos que sob sua alçada podem ser agrupados. Apresenta-se, de seguida, uma síntese dos resultados principais obtidos e das conclusões finais que deles podem ser derivadas.

O **primeiro objectivo geral** da presente dissertação foi o de colmatar uma lacuna encontrada na literatura relativa à escassez, ou quase total inexistência de **instrumentos de medida**, que permitissem avaliar, por um lado, as crenças de perigosidade acerca das emoções e as crenças de validação emocional, e por outro lado, a recordação de experiências emocionais, de validação e/ ou de invalidação emocional, vivenciadas na relação com as figuras parentais, durante os primeiros anos de vida.

O conjunto de estudos desenvolvidos permitem-nos concluir que, apesar das limitações inerentes à utilização de questionários de auto-resposta, os instrumentos de medida estudados constituem-se como ferramentas úteis e de fácil aplicação. Tendo sido utilizados para o estudo das suas características psicométricas, estatísticas robustas (análises factoriais exploratórias e confirmatórias), e amostras clínicas e não-clínicas, é possível concluir que tanto a versão modificada do *Leahy Emotional Schemas*

Scale (LESS-M: Leahy, 2002a, 2003a; Dinis & Pinto-Gouveia, 2011) como o *Questionário de Experiências de (In) Validação Emocional na Família* (QEVE: Dinis & Pinto-Gouveia, 2011) se revelaram instrumentos úteis e válidos na avaliação dos constructos para os quais foram desenvolvidos.

Em particular, o **LESS-M** ficou composto por 17 itens que se agrupam em duas dimensões que avaliam respectivamente as *crenças negativas de incontrolabilidade e perigo* ('crenças negativas') e as *crenças de obtenção de validação emocional por parte dos outros* ('crenças de validação emocional'). Os cinco sub-estudos apresentados no **estudo I** que foram desenvolvidos com o propósito de estudar as características psicométricas do LESS-M forneceram evidências empíricas preliminares de que se trata de um instrumento de auto-resposta adequado a usar tanto em amostras não-clínicas como em amostras clínicas e capaz de discriminar de forma significativa indivíduos da população geral sem psicopatologia de indivíduos da população geral com psicopatologia. Adicionalmente verificou-se através dos estudos que compõem o capítulo 4 da presente dissertação que ambas as dimensões parecem ter um papel fundamental na compreensão do modo como funcionam respectivamente o sistema de protecção contra as ameaças (**estudo III e IV**) e o sistema de contentamento, segurança e tranquilização (**estudo IV**), tendo ainda um papel importante na explicação da psicopatologia emocional que a estes se encontra associada. De facto, os resultados obtidos ao longo da presente dissertação foram concordantes com as previsões colocadas no estudo I de que é possível que as duas dimensões do LESS-M reflectam dois focos distintos relativos à percepção e avaliação de ameaças, com as *crenças negativas acerca das emoções* a reflectirem uma percepção da emoção como uma ameaça interna ao Eu, associada à necessidade de detecção precoce e à antecipação de consequências nefastas que estão associadas à sua experimentação; enquanto as *crenças de validação emocional* parecem reflectir uma percepção de que o eu não está sob ameaça externa, dado que o outro é visto como capaz de fornecer uma fonte de suporte, acalmia e segurança, na medida em que é capaz de compreender, normalizar e responder adequadamente às experiências emocionais que com ele estão a ser partilhadas.

Uma leitura mais detalhada, revelou que a dimensão **crenças negativas acerca das emoções** se mostrou constituir um preditor importante da psicopatologia, quer em amostras não-clínicas (**estudo I e V**) quer em amostras clínicas (**estudo VI**) bem como de alguns processos/mecanismos que parecem ser intermediários nesta relação (como é o caso do evitamento experiencial, **estudo VI**). De facto, nas análises conduzidas (**estudos V e VI**) os resultados parecem apontar para a possibilidade de não ser tanto a frequência e o conteúdo das crenças negativas acerca das emoções que contribuem para índices mais elevados de psicopatologia (nomeadamente de sintomatologia depressiva), mas ser sobretudo o grau em que o indivíduo se enreda cognitivamente (i.e., se fusiona) com essas avaliações na medida em isso o leva possivelmente a perceber as suas emoções como ameaçadoras e a empregar de forma rígida e inflexível ao contexto, acções que visam a modificação da frequência, intensidade e duração dessas emoções, ou o controlo, escape e/ ou evitamento das mesmas ou dos contextos que as ocasionam. Este resultado revela-se especialmente relevante, a um outro nível, dado que elucida e clarifica a possibilidade dos ajuizamentos severos dos eventos privados serem uma etapa antecessora 'obrigatória' antes do desencadear dos esforços que visam o seu controlo e evitamento. Dito de outro modo este resultado veio fornecer suporte empírico à possibilidade do evitamento experiencial ocorrer na sequência de uma avaliação severamente negativa das experiências privadas. Já no **estudo VIII**, conduzido numa amostra de doentes diagnosticados com perturbação borderline de personalidade, verificou-se que as crenças negativas acerca das emoções predizem o dano auto-infligido (i.e., as tentativas de suicídio e o auto-dano sem intenção suicida), ao conduzirem à ocorrência de mais episódios dissociativos. Este resultado é especialmente relevante na medida em que corrobora a posição defendida por alguns investigadores de que o modo característico como os doentes com perturbação borderline avaliam as suas emoções negativas como incontroláveis, inaceitáveis, envergonhadoras e perigosas, os conduz a adoptar estratégias extremas, como o dano auto-infligido, cuja função é a obtenção de um alívio imediato para uma experiência emocional que está a ser sentida

como aversiva e intolerável, mas acrescentando que possivelmente um mecanismo que medeia esta associação poderá ser a ocorrência de episódios dissociativos. No **estudo IX**, as crenças negativas acerca das emoções mais uma vez se revelaram como relevantes na compreensão da psicopatologia, nomeadamente, na distinção de doentes diagnosticados com perturbação borderline de personalidade com comportamentos de auto-dano sem ideação suicida dos doentes que tendo recebido o mesmo diagnóstico não apresentam comportamentos de auto-dano. E por último, no **estudo X** verificou-se que as crenças negativas acerca das emoções são capazes de discriminar significativamente um grupo de normais, um grupo de doentes que receberam o diagnóstico de fobia social generalizada e um grupo de doentes que receberam o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade. E de facto, mesmo quando se estuda o efeito isolado deste componente na discriminação entre os grupos em análise, em comparação com outros processos, que têm vindo a ganhar reconhecimento no seio da comunidade científica e amplamente investigados numa diversidade de contextos (vergonha externa, auto-compaixão, *mindfulness*), se verificou que a par da vergonha interna e do evitamento experiencial, as crenças negativas acerca das emoções têm um valor único e distinto dos restantes constructos na discriminação dos grupos em análise.

No que concerne às **crenças de validação emocional** elas evidenciaram-se como um constructo relevante na medida em que parecem assumir um papel protector na psicopatologia (sintomas de depressão, ansiedade e stresse) e na discriminação de amostras não-clínicas de amostras clínicas (**estudo I** e **estudo IV**). De facto, os resultados obtidos no **estudo IV** sugerem que as crenças de validação emocional, que se referem à percepção de que se tem uma audiência empática, responsiva e disponível em momentos de perturbação emocional capaz de normalizar, validar e ajudar na regulação desses estados emocionais perturbadores, poderão ser utilizadas como uma medida tradutora do grau de activação do sistema de contentamento, segurança e tranquilização. De facto, sendo este sistema de regulação do afecto, um sistema de vinculação-afiliação, os resultados parecem sugerir que as crenças de validação emocional possivelmente traduzem o grau e que os indivíduos acreditam poder confiar nos outros para obter suporte e validação, ou seja, em que estes actuam como agentes externos de segurança, calor e regulação emocional. O papel protector das crenças de validação emocional (e no fundo de relações sociais de segurança e tranquilização de que elas são tradutoras) na psicopatologia ficou ainda evidente no **estudo VIII**. De facto, os resultados do estudo VIII obtidos numa amostra de doentes com perturbação borderline de personalidade sugerem que as crenças de validação emocional têm um efeito protector na severidade geral do total dos traços borderline, sobretudo porque parecem conduzir a uma menor percepção de incapacidade para lidar com os eventos internos privados (i.e., a presença de um outro que cria um sentimento de segurança, acalmia e tranquilização ajuda a que os eventos internos não sejam percebidos como tão ameaçadores, aversivos e intoleráveis) e como tal a um menor recurso de estratégias/ acções que visem evitar experiencialmente esses eventos. Adicionalmente, no **estudo IX** os resultados são sugestivos de que as crenças de validação emocional são capazes de discriminar entre doentes com diagnóstico de perturbação borderline de personalidade com comportamentos de auto-dano sem ideação suicida de doentes que receberam o mesmo diagnóstico mas sem comportamentos de auto-dano. Adicionalmente, os resultados mostraram que apesar de somente a vergonha interna (de entre um conjunto de preditores) se ter evidenciado como o único preditor com um contributo específico e independente na predição do estatuto de auto-dano, de entre o grupo de doentes que apresenta comportamentos de auto-dano, verificou-se que somente as crenças de validação emocional se revelaram negativa e significativamente associadas a uma maior frequência deste comportamento. Mais uma vez este resultado parece apontar para a possibilidade desta dimensão poder ser tradutora da activação do sistema de contentamento, segurança e tranquilização e, como tal, útil na compreensão dos comportamentos de auto-dano em doentes com o diagnóstico de perturbação borderline de personalidade. No **estudo X**, verificou-se igualmente a relevância das crenças de validação emocional na discriminação dos três grupos em análise (normais, doentes com diagnóstico de fobia social e doentes diagnosticados com perturbação borderline de

personalidade). Em síntese, ambas as dimensões do LESS-M se revelam pertinentes e úteis nos modelos explicativos da psicopatologia emocional. Adicionalmente, os resultados obtidos apontam para a possibilidade de elas funcionarem como factores transdiagnósticos presentes em vários quadros clínicos num grau diferente, sendo que enquanto as crenças negativas parecem funcionar como um facto de risco as crenças de validação emocional possivelmente actuam como um factor protector da psicopatologia.

Já em relação ao **QEVE** as análises conduzidas no **estudo II**, tanto em amostras clínicas como não-clínicas, com o intuito de avaliar as suas características psicométricas, sugerem que se trata de um questionário de auto-resposta útil e confiável na avaliação de memórias relativas ao se ter vivenciado experiências precoces de validação/ invalidação na relação com as figuras parentais durante a infância e a adolescência. De facto, dada a inexistência de instrumentos de medida que permitam directamente e especificamente avaliar uma história passada de validação e de invalidação emocional, este instrumento pode revelar-se especialmente útil para ser aplicado em amostras clínicas, nomeadamente na perturbação borderline de personalidade, quadro clínico por excelência que se associa (em termos de predisposição desenvolvimental) a um ambiente familiar de invalidação, e que se revela um dos factores de vulnerabilidade mais importantes para o seu desenvolvimento. E de facto, ainda que se tratando de resultados preliminares, os resultados obtidos no **estudo IV** sugerem que à semelhança de outras experiências desenvolvimentais importantes para a formação dos sistemas de regulação do afecto, as experiências precoces de validação/ invalidação emocional avaliadas pelo QEVE parecem contemplar experiências de uma natureza e textura diferente da avaliada por outras dimensões amplamente analisadas na literatura em investigações desenvolvidas no âmbito dos modelos de regulação do afecto (estilos parentais de carinho e de sobre-protecção). Dito de outro modo, e tendo em conta os resultados obtidos no estudo IV para a amostra clínica é possível que o QEVE-invalidação seja importante para a formação do sistema de protecção contra as ameaças e de que o QEVE-validação seja importante para a formação do sistema de contentamento, segurança e tranquilização, sendo contudo necessária a continuação de novos estudos para validar os resultados obtidos na presente dissertação.

O **segundo objectivo geral** da presente dissertação foi o de contribuir para uma melhor compreensão da origem desenvolvimental dos *sistemas de regulação do afecto*, à luz do modelo evolucionário biopsicossocial das mentalidades sociais. De acordo com este modelo, que é parte integrante da teoria evolucionária do posto social (Gilbert, 2000c, 2005b, 2010a) e que foi desenvolvido a partir de estudos da área das neurociências (Gilbert, 2005a, 2009a) e das teorias de vinculação explicativas do desenvolvimento humano (Bowlby, 1969, 1973, 1982, 1988; Mikulincer & Shaver, 2004, 2005, 2007) é possível conceptualizar e tratar a vulnerabilidade para a psicopatologia a partir de três sistemas de regulação do afecto (Gilbert, 2005a, 2009a; Kelly et al., 2012), denominados, por *sistema focado na ameaça e de defesa/ auto-protecção*, *sistema de procura e aquisição de recursos e incentivos* e *sistema de contentamento, tranquilização e segurança* (Gilbert, 2005a, 2007a, 2009b, 2009c; Gilbert & Tirch, 2009). Adoptando como ponto de partida o modelo tripartido de regulação do afecto (e.g., Gilbert, 2005a, 2009a; Gilbert & Tirch, 2009; Kelly et al., 2012) foram, na presente dissertação, desenvolvidos dois estudos com o intuito de analisar a relação entre a ocorrência de experiências precoces adversas (de 'ameaça') ou protectoras (de 'segurança') e a psicopatologia na idade adulta. No seu conjunto, os resultados obtidos, ainda que preliminares forneceram alguns dados interessantes que podem abrir caminho a linhas futuras de investigação. O primeiro é a constatação do impacto crucial que as memórias emocionais precoces têm na formação dos sistemas de regulação do afecto. A este respeito, os resultados dos **estudos III e IV** permitem constatar que diferentes tipos de experiências precoces de 'ameaça' (vergonha, subordinação, invalidação emocional, sobre-protecção) e de 'segurança' (carinho e validação emocional) estão fortemente associadas à vergonha externa, às crenças negativas acerca das emoções, ao afecto positivo de segurança (*safeness*) e às crenças de validação emocional no momento presente. Este resultado alerta para a necessidade das intervenções terapêuticas terem que incorporar

nas suas conceptualizações clínicas estas vivências precoces para a compreensão das dificuldades apresentadas pelos doentes (posição esta que é aliás defendida, por exemplo, pela terapia focada na compaixão que ensina como a mente humana funciona, sendo o resultado da coreografia complexa entre genes-aprendizagem, e produto último da evolução). Adicionalmente é interessante verificar que possivelmente não se trata tanto da frequência com que ocorreram determinadas experiências adversas mas sobretudo a vivência emocional que a elas fica acopladas, ou seja, o modo como estas experiências ficam gravadas na memória auto-biográfica enquanto memórias emocionais texturadas e se tornam estímulos internos de ameaça condicionados e facilmente activados (tal como sugere o **estudo III**). Uma segunda derivação dos estudos conduzidos é que eles apontam para a possibilidade das experiências precoces terem um impacto patogénico diferencial na formação dos sistemas de regulação do afecto, e como tal, na explicação da psicopatologia (tal como sugere o facto do ambiente de invalidação na população clínica ter emergido como um preditor significativo mas não o estilo parental de sobreprotecção). Aliás outro aspecto importante que merece ser explorado em estudos futuros é a possibilidade do modelo teórico hipotetizado se revelar significativamente diferente entre amostras clínicas e amostras não-clínicas. E este aspecto é particularmente relevante se tivermos em consideração que uma parte substancial dos estudos que têm vindo a ser publicados neste âmbito foram conduzidos em amostras não-clínicas, existindo possivelmente notórias ameaças à sua validade externa (à generalização dos resultados obtidos noutras amostras, como é o caso dos grupos clínicos). De facto, seria interessante replicar os estudos conduzidos quer em amostras não-clínicas em quer em amostras clínicas, de modo a validar os resultados obtidos nos estudos aqui apresentados. Por último, outro resultado interessante foi a verificação de que não basta a ausência de experiências adversas para que o sistema de contentamento, afiliação e segurança se desenvolva, mas antes, os resultados parecem sugerir que o desenvolvimento deste sistema está dependente da recepção de *inputs* sociais positivos (cf. na amostra clínica os preditores significativos do afecto positivo de segurança e das crenças de validação emocional foram as memórias emocionais de validação emocional, enquanto as memórias emocionais de invalidação não se revelaram como um preditores significativo dessas variáveis). Neste sentido, este resultado fornece suporte empírico ao pressuposto-base que justifica a importância da intervenção baseada na terapia da compaixão, em que esta tem como propósito estimular/ activar este sistema e afecto positivo. De igual modo os resultados obtidos alertam para a necessidade de ser dado algum lugar de destaque nas intervenções delineadas à promoção de relações afiliativas seguras e tranquilizadoras, que possam funcionar como reguladores externos dos estados emocionais, ao mesmo tempo que se procura que o doente desenvolva competências de auto-compaixão e auto-acalmia. Aliás a importância que a dimensão relacional parece ter em doentes com elevada vergonha e que apresentam ajuízamentos severos dos seus estados emocionais, bem como níveis elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, sobretudo possivelmente, numa fase inicial dos processos terapêutico seria interessante explorar em estudos futuros.

O **terceiro objectivo geral** da presente dissertação foi o de testar possíveis similitudes e dissimilaridades entre uma multiplicidade de processos (que advêm de diferentes referenciais/ modelos teóricos) e que de modo directo, ou indirecto, influenciam a psicopatologia que está associada à dificuldade em regular os estados emocionais. Mais especificamente, os **estudos V, VI e VII** foram desenvolvidos com o intuito de proporcionar a condução de uma análise crítica em torno de um conjunto de processos que na literatura têm vindo a ser investigados sob alçada da regulação emocional, entre os quais, as crenças negativas acerca das emoções, o evitamento experiencial, a ruminação, a supressão emocional, a reavaliação cognitiva, os estilos de *coping* e o *mindfulness*. Em particular, com os três estudos explorou-se a hipótese de poder existir uma relação 'hierárquica' entre os diferentes processos _ com o evitamento experiencial a ocupar uma posição 'superior', mais abrangente, integradora, inclusiva e transversal, colocando-se a possibilidade de ele abarcar uma *função* comum, a de controlo, escape e evitamento dos eventos privados aversivos e indesejáveis_ em relação a outros *tipos* de processos de regulação emocional. A escolha dos constructos com os quais foi comparado o poder de predição do

evitamento experiencial foi fundamentada teoricamente na introdução separada de cada um dos estudos. De um modo geral foram seleccionados constructos que derivam de modelos teóricos diferentes, que são operacionalizados em instrumentos de medida diferentes, mas sobre os quais, devido à similitude ou antagonismo das suas definições em relação à conceptualização do constructo de evitamento experiencial, se colocava a possibilidade de existir alguma sobreposição com este. Foi neste seguimento que o presente estudo procurou compreender de que modo é que estes processos se relacionam com o constructo de evitamento experiencial (*i.e.*, qual a natureza desta relação) e, mais importante, se o evitamento experiencial acrescenta valor explicativo, ou seja, apresenta um contributo único e independente na explicação da psicopatologia em relação a estes. Estas questões afiguravam-se como prementes na medida em que o constructo de evitamento experiencial, por intermédio do contextualismo funcional (ou na sua forma mais visível, a terapia da aceitação e do compromisso), tem vindo a ganhar destaque nos modelos explicativos da psicopatologia emocional. Como tal, a condução dos estudos VII, VIII e IX pretendeu colocar o constructo de evitamento experiencial sob o escrutínio da análise científica para, a partir dos resultados obtidos, serem derivadas algumas conclusões que em seguida se apresentam agrupadas em dois domínios centrais, o *teórico* e o *clínico*.

Em seguida, apresentam-se sumariamente, as principais **conclusões teóricas** que podem ser derivadas dos três estudos conduzidos, um dos quais numa amostra não-clínica e os outros dois em duas amostras clínicas:

1. Os estudos conduzidos sugerem que o constructo de evitamento experiencial apresenta um poder preditivo (explicativo) único, independente e sobretudo relevante, nos modelos de psicopatologia, que vai para além do que já é explicado por outros processos auto-regulatórios amplamente difundidos na literatura, nomeadamente, a ruminação (e mais concretamente a sua dimensão mais patológica, cismar), a supressão emocional, a reavaliação cognitiva, o *mindfulness*, o *coping* evitante, racional e distanciado/emocional e a dissociação. Neste sentido, os resultados dos estudos conduzidos (quer numa amostra não-clínica, quer numa amostra clínica) permitem corroborar, e até mesmo complementar, estudos anteriores (*e.g.*, Hayes, Strosalch et al., 2004; Bond et al., 2011; Fledderus et al., 2012; Kashdan et al., 2006) ao contribuírem para uma melhor clarificação do constructo de evitamento experiencial.
2. Os resultados obtidos permitem com uma maior segurança garantir que o constructo em análise não consiste “apenas” num “novo rótulo” atribuído a processos psicológicos já empiricamente validados na literatura. Dito de outro modo, os resultados dos estudos conduzidos corroboram a ideia defendida por alguns investigadores (*e.g.*, Boulanger et al., 2010; Hayes et al., 1996; Hayes et al., 1999; Kashdan et al., 2006; Ruiz, 2010) de que o evitamento experiencial se evidencia como um processo crítico e central no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia.
3. Os **estudos V e VI** dão suporte empírico à ideia de que apesar de topograficamente diferentes, a ruminação, a supressão emocional e a dissociação parecem partilhar, pelo menos em parte, a mesma *função* reguladora da emoção (de controlo, escape ou evitamento) que é capturada pelo constructo de evitamento experiencial. Dito de outro modo, os resultados sugerem, tal como defendido por outros investigadores (*e.g.*, Bonnanno et al., 2004; Kashdan et al., 2006) que não serão tanto estes processos de regulação emocional em si mesmos (*i.e.*, o tipo/ forma, frequência, duração e intensidade) que predizem maiores índices de psicopatologia (eles não são inerentemente ‘adaptativos’ ou ‘desadaptativos’), sendo que o seu carácter tóxico/ patológico depende do contexto (da sensibilidade contextual) e da função com que são empregues (Hayes et al., 1996; Hayes et al., 2004, 2006; Bond et al., 2011). Em particular, os resultados obtidos sugerem que entre os doentes que tendem a ruminar passivamente sobre os seus estados emocionais negativos, a suprimir a expressão comportamental das suas emoções, ou a dissociar perante eventos traumáticos ou extremamente stressantes, são os que o fazem com o intuito de não experienciarem as suas emoções (ou pensamentos, memórias e sensações associadas) e que implementam estas estratégias de forma rígida e inflexível quando tal é ineficaz,

desnecessário ou prejudicial, que estão especialmente vulneráveis a desenvolver sintomatologia depressiva. No caso particular da dissociação verificou-se que o evitamento experiencial medeia, apenas parcialmente, o efeito que tem na predição da sintomatologia depressiva. Este resultado parece sugerir que pelo menos alguns dos fenómenos dissociativos (porventura as formas mais patológicas de dissociação), ao implicarem uma desagregação das funções normalmente integradas de consciência, memória, identidade ou percepção do ambiente, não serão somente uma forma de controlo, escape ou evitamento intencional e propositado para lidar com os eventos stressantes/ traumáticos, mas sim possivelmente uma resposta complexa, uma forma mais extrema de evitamento experiencial, que apesar de ter como propósito o escape/evitamento (na maioria dos vezes não é intencional) poderá implicar um “corte” (perda de consciência) do momento presente (por exemplo, quando perante a vivência/ recordação de um evento traumático ou marcadamente stressante ocorre uma remoção cognitiva e emocional dessa experiência). Já o **estudo VII**, permitiu-nos constatar que de entre os doentes que menos recorrem ao *coping* distanciado/ emocional e que menos traço *mindfulness* reportam, são os que mais demonstram relutância em experienciar os seus eventos privados aversivos e que concentram esforços para os reduzir, controlar ou evitar, que mais vulneráveis estão para deprimirem.

4. Um resultado interessante, foi o facto do **estudo VI** fornecer suporte empírico à ideia de que não é tanto o conteúdo das crenças acerca das emoções (*i.e.*, avaliação/ julgamento das emoções experienciadas como envergonhadoras, inaceitáveis, perigosas e patológicas e a antecipação de consequências negativas se nada fizer para impedir a sua experienciação) que conduz directamente à psicopatologia (neste caso de sintomatologia depressiva), mas sobretudo, o facto do doente se fundir a esse conteúdo e de, em resultado adoptar, de forma rígida e inflexível, um conjunto de comportamentos que visam o controlo, evitamento ou escape dessas emoções e do próprio conteúdo avaliativo (por via da transformação das funções de estímulo). Uma explicação possível, de acordo com o modelo ACT, é que quando o comportamento do indivíduo passa a ser dominado pelas tentativas de controlo/ escape das suas experiências privadas, em vez de o mesmo ser sensível ao contexto e determinado pelas condições/ oportunidades que no momento presente este oferece (por exemplo, utilizando a informação fornecida pelos estados emocionais em vez da avaliação/ julgamento que está a ser efectuado acerca dos mesmos) dá-se uma progressiva restrição na flexibilidade e variedade do reportório comportamental do doente (e.g., Hayes et al., 2011).

5. Por fim, os resultados obtidos nos **estudos V e VI** fornecem suporte empírico à ideia, defendida por alguns investigadores (e.g., Hayes et al., 1996; Boulanger et al., 2010) de que o evitamento experiencial poderá ser conceptualizado como uma *dimensão diagnóstica funcional* da psicopatologia (e.g., Hayes et al., 1996; Boulanger et al., 2010) que está subjacente a um conjunto de estratégias de regulação emocional topograficamente diferentes (e.g., supressão, ruminação). Já em relação ao **estudo VII** os resultados forneceram apenas suporte parcial em relação a esta questão, na medida em que se verificou que o evitamento experiencial apenas mediava parcialmente a relação entre o *mindfulness* e o *coping* distanciado/ emocional com a sintomatologia depressiva (e quando controlado o efeito do *mindfulness* e do *coping* distanciado/ emocional, a reavaliação e o *coping* racional não se evidenciaram como preditores significativos nem do evitamento experiencial nem da sintomatologia depressiva). No **estudo VII**, tendo em conta três pressupostos: 1) o de que o evitamento experiencial é um constructo ortogonal ao de aceitação experiencial; e.g., Hayes, 1994, Hayes, Pistorello, & Levin, 2012), 2) de que o AAQ-II é um instrumento de medida utilizado para medir tanto o evitamento experiencial como a aceitação psicológica dependendo somente do sentido em que os itens que o compõem são cotados, 3) tendo em consideração que tanto no *coping* distanciado como o *mindfulness* não tem como objectivo obter um maior controlo emocional (o que acontece na reavaliação cognitiva e do *coping* racional) remetendo-nos o seu componente de aceitação para uma maior abertura para experienciar estados emocionais indesejados e aversivos, seria expectável de que o evitamento experiencial se tivesse revelado um

mecanismo mediador mais robusto na relação destes preditores com a sintomatologia depressiva. Como tal, consideramos que perante os resultados obtidos é possível fazer desde logo duas interpretações. Podemos interpretar os resultados obtidos no **estudo VI e VII**, no mesmo sentido que Wolgast, Lundh e Viborg (2013) o fizeram ao afirmarem que “um modo de interpretar os resultados é de que o evitamento experiencial não difere das estratégias de regulação emocional no sentido da teoria que está por detrás do constructo (...) ao invés, o padrão de resultados parece fornecer suporte à perspectiva na qual o evitamento experiencial é conceptualizado como uma abordagem do processo gerador da emoção que é primariamente focado na resposta” (p. 230). Dito de outro modo, uma possibilidade é considerar que pelo facto do evitamento experiencial ter mediado o papel da supressão expressiva (estratégias focada na modelação da resposta emocional) na sintomatologia depressiva, mas não termos obtido este padrão nem para a reavaliação cognitiva (nem para o *coping* racional, que são estratégias mais focadas nos antecedentes, ou seja, antes da emoção e das respostas associadas terem sido completamente activadas), o evitamento experiencial não pode ser conceptualizado como um processo abrangente, uma *função* de regulação emocional subjacente a uma multiplicidade de estratégias de regulação emocional que se situam em pontos distintos do processo gerador de emoções de Gross (1998). Contudo, esta interpretação seria claramente redutora por dois motivos. Primeiro, de facto, se analisarmos as estratégias de regulação analisadas no presente estudo a partir do modelo de regulação emocional de Gross (1998) seria lógico considerar que de facto tanto a reavaliação cognitiva como o *coping* racional possivelmente visam modificar o impacto da experiência emocional e por isso são estratégias empregues antes da experiência emocional ter sido totalmente activada (tal como consta no modelo de Gross), mas também faria mais sentido considerar que o *coping* distanciado/emocional e o *mindfulness* fossem estratégias mais focadas na resposta emocional dado que não são empregues antes do estado emocional ser experienciado (de facto a aceitação tem sido habitualmente colocada na categoria das estratégias de modulação da resposta emocional, Hoffmann & Asmundson, 2008), e como tal perante o padrão de resultados obtidos também não faria sentido derivarmos que tal significaria que o evitamento experiencial deve conceptualizadas como mais uma estratégia de regulação emocional semelhante a outras focadas na supressão, escape ou evitamento da experiência emocional. Outra possibilidade, é de que o modelo de regulação emocional do Gross não é particularmente útil para compreender a ACT, e conseqüentemente os resultados dos estudos desenvolvidos neste referencial teórico, na medida em que a ACT tem como raízes teóricas um modelo compreensivo diferente, a Teoria dos Quadros Relacionais (Gaudiano, 2010). Acresce, se tivermos em consideração que na abordagem ACT a ênfase é colocada na função e não na topografia dos comportamentos, então é possível derivar que os resultados dos **estudos VI e VII** corroboram grandemente o modelo teórico da ACT e em particular a conceptualização do evitamento experiencial no âmbito desta abordagem terá sob a sua alçada diversas estratégias de regulação emocional topograficamente distintas (Chawla & Ostafin, 2007; Kashdan et al., 2006; Hayes et al., 2006). Talvez o que os resultados obtidos no presente estudo sejam mais concordantes com a ideia de que possivelmente a ausência de evitamento experiencial poderá não significar a presença de aceitação psicológica, ou seja, o conteúdo dos itens do AAQ-II que medem dimensões diferentes do evitamento experiencial não podem ser possivelmente interpretados no sentido negativo como se representassem o constructo de aceitação psicológica¹⁶⁷. Segundo a ACT, “a aceitação significa experienciar os eventos activamente, tal como eles são e não como o que eles dizem que são” (Hayes, 2004a, p. 656) sem defesas, ou seja, sem tentar manipular, reduzir, controlar ou evitar a experiência interna sentida, e como tal, implica o “abraçar activo e consciente das experiência privadas sem tentativas desnecessárias para modificar a sua forma e frequência” (Hayes et al., 2012, p. 982).

¹⁶⁷ Já em relação aos estudos laboratoriais experimentais, alguns investigadores (e.g., Zvolensky, Feldner, Leen-Feldner, & Yartz, 2005) alertam de que não está empiricamente comprovado que os processos de aceitação e de evitamento sejam melhor compreendidos numa perspectiva dimensional, como polos opostos que existem num contínuo.

No que concerne às implicações **clínicas**, os resultados obtidos ao sugerirem que o evitamento experiencial funciona como um importante mecanismo explicativo da psicopatologia, comprovam a importância de serem desenvolvidos protocolos terapêuticos que sejam direccionados a este processo funcional no tratamento dos sintomas depressivos. Mais concretamente, os resultados corroboram o postulado de Hayes e colegas (Hayes, Wilson, et al., 1996) de que as estratégias cognitivas ou comportamentais, quando visam modificar a forma, a frequência ou intensidade dos eventos privados e dos contextos que os ocasionam (*i.e.*, quando são implementadas com a função de evitamento experiencial) contribuem para o desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. Os resultados dos **estudos VI e VII**, em particular, realçam a importância dos clínicos actuarem sobretudo no que concerne à *função* e ao *contexto* com que são implementados um conjunto de comportamentos topograficamente distintos (*e.g.*, ruminação, supressão expressiva, dissociação). Dito de outro modo, uma das implicações clínicas dos resultados obtidos é o facto dos mesmos corroborarem a ideia defendida pelos teóricos e investigadores da ACT sobre a importância da intervenção clínica se focar na dimensão funcional (*i.e.*, na função) e na relação que o indivíduo estabelece com os eventos privados, ao invés de nas características topográficas de comportamentos específicos (*i.e.*, na sua forma, frequência, intensidade e duração; *e.g.*, Hayes et al., 1996; Hayes et al., 1999; Hayes, Pistorello, & Levin, 2012; Gaudiano, 2010; Vilardaga, Hayes, & Schelin, 2007). No mesmo sentido, os resultados obtidos nos **estudos V e VI** sugerem que o que determina (pelo menos em parte) o desenvolvimento de sintomatologia depressiva não é tanto o conteúdo das crenças negativas acerca das emoções (que traduzem as avaliações e julgamentos negativos acerca dos estados emocionais experienciados e as consequências negativas antecipadas que podem ocorrer se os mesmos não forem controlados/evitados) é sobretudo o modo como o doente se relaciona com esse conteúdo, ou seja, o fusionar-se com o mesmo e o consentir que o seu comportamento passe a ser determinado pelos esforços para o suprimir, escapar e/ou evitar. No seu conjunto, os resultados encontrados corroboram a ideia central da ACT de que a psicopatologia surge, maioritariamente, devido à fusão dos doentes com eventos privados indesejados e aversivos e às tentativas resultantes de procura de escape, controlo e evitamento dos mesmos (*e.g.*, Bond et al., 2011; Hayes et al., 2004; Levin & Hayes, 2011; Strosahl, Hayes, Wilson, & Gifford, 2004; Vilardaga, Hayes, Schelin, 2007). Juntos, a fusão cognitiva e o evitamento experiencial, por conduzirem a um reportório comportamental mais restrito e pouco eficaz, impossibilitam o indivíduo de viver uma vida com significado, propósito e concordante com os seus valores, bem como conduzem ao agravamento dos seus sintomas psicopatológicos (*e.g.*, Gaudiano, 2010; Hayes et al., 2012; Kashdan et al., 2006). Dito de outro modo, estes resultados sugerem que não é viável trabalhar o evitamento experiencial sem antes ensinar ao doente de que este é resultante da fusão cognitiva (Hayes et al., 2001; Hayes et al., 2012), ou seja, que é importante que o doente compreenda que os seus pensamentos (*i.e.*, avaliações, julgamentos) são produtos arbitrários do processo de pensar (resultantes do modo como a mente funciona), e da sua história pessoal, não podendo por isso ser assumidos como literalmente verdadeiros (*e.g.*, Vilardaga, Hayes, & Schelin, 2007). Adicionalmente, se o doente compreender que estes têm uma natureza transitória e impermanente e que não se podem controlar ou extinguir devido à sua natureza verbal, mais facilmente reconhecem que os mesmos não têm que determinar o seu comportamento. Por fim, os estudos conduzidos corroboram o pressuposto de que a intervenção clínica deve assentar sobretudo na modificação da relação que o doente estabelece com os seus eventos privados, ou seja, os contextos em que estes têm lugar, através do enfraquecimento das redes verbais literais e avaliativas e do estabelecimento de um contexto de aceitação, no qual o doente simplesmente permite e noticia momento-a-momento as suas experiências internas, quer sejam agradáveis ou desagradáveis, sem as julgar ou tentar alterar através do seu padrão comportamental habitual (rígido, restrito e evitante), mas antes fomentando o desenvolvimento de um reportório comportamental variado, flexível e eficaz, e a clarificação de valores de modo a que as suas acções sejam interligadas em função dos seus objectivos e valores de vida (Blackledge & Hayes, 2001; Gaudiano, Herbert, & Hayes, 2010; Hayes, 2004a, 2007; Hayes, Strosahl, Bunting, Twohig, & Wilson,

2004; Hayes et al., 1999; Hayes, Levin, et al., 2011, Hayes et al., 2012; Levin & Hayes, 2011; Vilardaga, Hayes, & Schelin, 2007).

Tendo em consideração que o conjunto de estudos anterior forneceu suporte empírico para a importância do evitamento experiencial enquanto constructo abrangente, integrador, de ordem superior na explicação da sintomatologia depressiva numa amostra clínica mista, o **quarto objetivo geral** da presente dissertação foi o de avaliar o papel do evitamento experiencial na perturbação *borderline* de personalidade dado este ser um dos quadros psicopatológicos por excelência em que a desregulação emocional se destaca como sendo uma das suas características definidoras e centrais. De facto, apesar do recente Modelo do Evitamento Experiencial aplicado ao comportamento de auto-dano (Chapman, Gratz, & Brown, 2006) e do Modelo Biossocial de Linehan (1993a), darem um sentido aos comportamentos/ processos de evitamento que estes doentes usam para lidar com os seus estados emocionais indesejados e aversivos, são praticamente inexistentes os estudos que exploraram o papel do evitamento experiencial na explicação da psicopatologia específica deste quadro clínico. A este nível os resultados obtidos no **estudo VIII** demonstrarem que o efeito da vulnerabilidade emocional (neste caso, a tendência para experienciar estados emocionais negativos intensos), a ausência de crenças de validação emocional e a vergonha interna aumentam o risco para uma maior severidade geral dos traços *borderline*, indirectamente, através da sua associação a uma maior utilização de estratégias de regulação emocional evitantes (que neste estudo foram avaliadas através do evitamento experiencial). Contudo, o resultado mais interessante que emergiu das análises conduzidas no estudo VIII foi o papel central que a vergonha interna exerce neste quadro clínico. É que de facto, esse parece ser de facto (e ainda que associado a um maior evitamento experiencial na explicação da severidade geral da sintomatologia *borderline*) a experiência nuclear destes doentes. Neste sentido os resultados corroboram a ideia de que este quadro clínico pode ser conceptualizado como uma resposta crónica e intensa de vergonha a um Eu que nunca será bom o suficiente (Crowe, 2004) (claramente distante do eu desejado) e que a vivência interna de um Eu envergonhado se constitui como um componente central nesta patologia, quer para uma maior severidade dos traços *borderlines* presentes quer em determinados traços em particular, nomeadamente no medo intenso e abandono e na perturbação da auto-imagem. A vivência de um Eu envergonhado parece assim emergir como o núcleo central da identidade *borderline*, o que está de acordo com o que se avalia na prática clínica, e com forma como se relacionam interpessoalmente com o terapeuta, e não só. Seria interessante averiguar em estudos futuros se não existirá uma relação cíclica entre estes dois processos _ com a eficácia do evitamento experiencial em modificar a profunda vivência interna de um eu sentido e pensado como inerentemente defeituoso e mau, que de igual modo os condena a fusionarem-se ainda mais com o conteúdo literal dos seus pensamentos auto-avaliativos e com as suas emoções auto-dirigidas aversivas e que, em consequência, também os conduz a uma maior severidade do quadro clínico. Já o **estudo IX** permitiu averiguar em que medida é que os doentes que receberam o diagnóstico de perturbação *borderline* de personalidade com comportamentos de auto-dano sem intenção suicida se distinguem dos doentes que receberam o mesmo diagnóstico mas sem história de auto-dano. Este estudo é de extrema importância se tivermos em conta a quase total inexistência de estudos que compararam doentes com este quadro clínico com e sem auto-dano num conjunto tão alargado de variáveis e em simultâneo (impulsividade, afecto negativo, emoções negativas de raiva e de vergonha, dissociação, ruminação, crenças negativas acerca das emoções, *mindfulness*, auto-compaixão, afecto positivo, crenças de validação emocional), e em que tenham sido analisados constructos que pertencem aos modelos terapêuticos mais recentes (das chamadas terapias de terceira geração). Já a análise aos possíveis factores de risco dos comportamentos de auto-dano mostrou que somente a vergonha interna (de entre um conjunto de variáveis, tais como, o evitamento experiencial, o afecto negativo, a dissociação e a incapacidade de gerar auto-compaixão) se revela como sendo um preditor significativo do auto-dano, capaz de aumentar cinco vezes a probabilidade de um doente com PBP relatar a ocorrência de comportamentos de auto-dano. Já em relação aos factores responsáveis pela manutenção dos comportamentos de auto-dano os

resultados sugerem que o principal factor explicativo da frequência destes comportamentos, de entre as variáveis em análise, é a incapacidade em adoptar uma atitude auto-compassiva e as crenças de que não se obterá validação para os estados emocionais negativos por parte dos outros. Estes resultados são de extrema importância por vários motivos. A nível teórico alertam para a necessidade de compreender a patologia borderline a partir de um modelo integrador na medida em que existem processos centrais na sua conceptualização, que teoricamente advêm de modelos diferentes (vergonha/ auto-compassão central na teoria da compaixão, o evitamento experiencial central na terapia da aceitação e do compromisso e as crenças de validação emocional/ negativas acerca das emoções da teoria dos esquemas emocionais) todos eles com um papel crucial quer pelas inter-relações que estabelecem entre si na explicação de diversos sintomas borderlines quer pelo facto de eles terem contributos diferenciais na explicação desses mesmos sintomas (e.g., a vergonha interna parece ser crucial na predição dos comportamentos de auto-dano e a ausência de crenças de validação emocional_ que traduzem no fundo a incapacidade de sentir segurança e tranquilização sentida nas relações sociais_ na manutenção deste comportamento). Uma segunda conclusão que se pode derivar dos dados obtidos é a importância dos sistemas de regulação do afecto na explicação destes resultados na medida em que a vergonha interna está associada à activação do sistema de defesa-ameaça e, por outro lado, a dificuldade em se ser auto-compassivo a estar associada à incapacidade para activar o sistema de calor-afecto. Curiosamente e mais uma vez também à semelhança do estudo III se verificou como o evitamento experiencial poderá funcionar como um importante mecanismo mediador quando se realizam estudos no âmbito do funcionamento dos sistemas de regulação do afecto e na explicação da psicopatologia emocional. Contudo, as conclusões apresentadas são apenas suposições, hipóteses explicativas que estão a ser avançadas para os dados obtidos carecendo como tal de validação em estudo futuros. Por último o **estudo X** é um estudo final que se pretendeu integrador da presente investigação. Mais especificamente tendo por base o conjunto de resultados obtidos em todos os estudos que compõem a presente dissertação fazia todo o sentido considerar a hipótese de alguns dos processos que estão envolvidos directa ou indirectamente na regulação emocional poderem ser conceptualizados como factores transdiagnósticos da psicopatologia. Neste sentido, os resultados obtidos nos estudos anteriores apontavam para a necessidade de diferentes processos de regulação emocional serem estudados conjuntamente porque de facto eles estão presentes simultaneamente. Ou seja, apontam de que é premente serem investigadas as relações que estabelecem entre si (e.g., de modo a poder investigar-se se alguns destes processos são hierarquicamente superiores, se alguns são protectores enquanto outros aumentam o risco de se desenvolver psicopatologia, se eventualmente sobreponíveis ou complementares os efeitos que exercem) e sobretudo tentar-se perceber se têm ou não um efeito isolado na compreensão da psicopatologia. Contudo, a outro nível coloca-se a questão de se saber em que medida é que estes processos serão específicos para um quadro clínico em particular (neste caso para a perturbação borderline de personalidade) ou se serão igualmente factores relevantes para outros quadros clínicos (neste caso na fobia social generalizada) mas num grau distinto. Para esse efeito, no estudo X foram comparados três grupos estruturalmente diferentes mas mutuamente exclusivos (normais, doentes com diagnóstico de fobia social generalizada e doentes com diagnóstico de perturbação borderline de personalidade) em relação a um extenso conjunto de variáveis: vergonha externa, vergonha interna, evitamento experiencial, dissociação, crenças negativas acerca das emoções, auto-compassão, *mindfulness* e de crenças de validação emocional. E apesar de com raras excepções (auto-compassão, vergonha externa e dissociação) todas as variáveis se mostrarem capazes de distinguir significativamente os três grupos em análise (sendo as diferenças entre os três grupos sobretudo de grau). Acresce ainda que quando se analisa o efeito isolado destes processos (controlando o efeito dos restantes processos), somente a vergonha interna, o evitamento experiencial e as crenças negativas acerca das emoções se destacam como centrais e nucleares na distinção dos três grupos em análise. O facto de estes processos serem especialmente evidentes na perturbação borderline de personalidade, mais uma vez evidencia a importância de inclusão destas variáveis nos modelos terapêuticos vigentes e

da importância de estudos futuros prestarem maior atenção às inter-relações que estes processos podem estabelecer entre si na explicação da psicopatologia inerente à experiência borderline.

Em suma, os resultados da presente dissertação ressaltam que a importância do modelo tripartido de regulação do afecto, enquanto perspectiva integradora, na compreensão da psicopatologia, quer a importância de se desenvolverem modelos transdiagnósticos de regulação emocional, que possam incluir processos transdiagnósticos mais integradores e abrangentes que se sabe serem transversais a uma variedade de condições clínicas.

Referências Bibliográficas

A

- Abela, J. R. Z., Payne, A. V. L., & Moussaly, N. (2003). Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*, 319–329. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.17.4.319.23968>
- Adams, C. E. & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*, 1120-1144. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2007.26.10.1120>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2012a). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology, 121* (1), 276-281. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023598>
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2012b). The influence of context on the implementation of adaptive emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 493-501. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.004>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: a transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 974-983. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.002>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alessandri S.M. & Lewis, M. (1993). Parental evaluation and its relation to shame and pride in young children. *Sex Roles, 29*, 335-343. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/bf00289427>
- Allan, S. & Gilbert, P. (1995). A social comparison scale: Psychometric properties and relationship to psychopathology. *Personality and Individual Differences, 19* (3), 293-299. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00086-l](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(95)00086-l)
- Allan, S. & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 467-488. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01255.x>
- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures: II: Psychopathology. *Personality and Individual Differences, 17*, 719-722. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90150-3](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90150-3)
- Allen, N. B., Blashki, G., Chambers, Ciechomski, L., Gullone, e., Hased, C., Knight, W., McNab, C., & Meadows, G. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: A review of conceptual foundations, empirical evidence and practical considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 285-294. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1614.2006.01794.x>
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.ªEd.). Climepsi Editores.
- Andersen, S.L., Tomada, A., Vincow, E.S., Valente, E., Polcari, A., Teicher, M.H. (2008) Preliminary evidence for sensitive periods in the effect of childhood sexual abuse on regional brain development. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 20* (3), 292-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.neuropsych.20.3.292>
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 449-463. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.544>
- Andrews, B. & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse, and course of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cognition and Emotion, 11*, 373-381. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/026999397379845>
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 277-285. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.104.2.277>
- Andrews, B. (1998). Shame and childhood sexual abuse. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame, interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 176-190). New York: Oxford University Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1077559505279306>
- Andrews, B. (1998). Shame and childhood sexual abuse. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp.176-190). New York: Oxford University Press
- Andrews, B. (2002). Body shame and abuse in childhood. In P. Gilbert and J. Miles (Eds.). *Body shame: Conceptualization, research and treatment* (pp. 256-266). London: Brunner.
- Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse, and course of depression in a clinical sample: A preliminary study. *Cognition and Emotion, 11* (4), 373-381. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/026999397379845>

- Andrews, B., Brewin, C. R., Rose, S., Kirk, M. (2000). Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime: The role of shame, anger and childhood abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 69-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.109.1.69>
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology, 41*, 29-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466502163778>
- Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research, 45* (5), 603-611. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>
- Arbuckle, J.L. (2008). *Amos 17 users' guide*. Chicago, IL: SPSS
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1849-1858. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.007>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science & Practice, 5*, 263-279. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>
- Armey, M. F. & Crowther, J. H. (2008). A comparison of linear versus non-linear models of aversive self-awareness, dissociation, and non-suicidal self-injury among young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (1), 9-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.9>
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. & de Bie, A. (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders, 17* (1), 45-59. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pepi.17.1.45.24053>
- Arrindell, W.A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M. Recinos, L.A., Gaszner, P., Peter, M., Battagliese, G., Kállai, J. & van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences, 27*, 613-628. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869\(98\)00192-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869(98)00192-5)
- Associação Americana de Psiquiatria (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Edição)*. Lisboa: Climepsi.

B

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10* (2), 125-143. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg015>
- Baer, R. (2007). Mindfulness, Assessment, and Transdiagnostic Processes. *Psychological Inquiry, 18* (4), 238-271. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598306>
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2006). Mindfulness and Acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23* (4), 281-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-005-0015-9>
- Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment, 11*, 191-206. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure." *Journal of Psychosomatic Research, 38* (1), 23-32. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994b). "The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity." *Journal of Psychosomatic Research, 38* (1), 33-40. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-X](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-X)
- Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L., & Temelkoski, S. (2009). Beyond fragmented self: Integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality. In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to Acceptance and Commitment Therapy* (pp. 264-281). New York: Springer Science.

- Balbernie, R. (2001) Circuits and circumstances: the neurobiological consequences of early relationship experiences and how they shape later behaviour. *Journal of Child Psychotherapy*, 27, 3, 237-255, DOI: 10.1080/00754170110087531
- Baldwin, M. W. & Dandeneau, S. D. (2005). Understanding and modifying the relational schemas underlying insecurity. In M. W. Baldwin (Ed), *Interpersonal Cognition* (pp. 33-61). New York: Guildford press
- Baldwin, M. W. & Holmes, J. G. (1987). Salient private audiences and awareness of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (6), 1087-1098. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.52.6.1087>
- Baldwin, M. W. & Sinclair, L. (1996). Self-esteem and "if...then" contingencies of interpersonal acceptance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 1130-1141. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.71.6.1130>
- Baldwin, M. W. (1994). Primed relational schemas as a source of self-evaluative reactions. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13 (4), 380-403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.1994.13.4.380>
- Baldwin, M. W. (2005). *Interpersonal Cognition*. New York: Guildford Press
- Baldwin, M. W., Keelan, J. P. R., Fehr, B., Enns, V., & Koh-Rangarajoo, E. (1996). Social-cognitive conceptualization of attachment working models: Availability and accessibility effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (1), 94-109. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.71.1.94>
- Baldwin, M. W. (1992). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112 (3), 461-484. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.112.3.461>
- Baptista, A., & Lory, F. (1997). Questionário de ligação parental. Validação para a população portuguesa do Parental Bonding Instrument – PBI. In M. Gonçalves, I. Ribeiro, S. Araújo, C. Machado, L. Almeida, & M. Simões (Eds.), *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (Vol. V, pp. 859-868).
- Barlow, D.H., Allen, L.B., & Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80036-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80036-4)
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289–303. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0025754>
- Barnhofer, T., Duggan, D., & Griffith, J. (2011). Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 958-962. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.032>
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 505-515.
- Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt development. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 25–63). New York: Guilford
- Barrett, K. C. (1998). A functionalist perspective to the development of emotions. In M. F. Mascolo & S. Griffin (Eds.), *What develops in emotional development?* (pp. 109–133). New York: Plenum. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-1939-7_5
- Barrett, L. F., Ochsner, K. N. & Gross, J.J. (2007). On the automaticity of emotion. In J. Bargh (Ed.), *Social psychology and the unconscious: The automaticity of higher mental processes* (pp.173-218). New York: Psychology Press.
- Bartz, J. A., Zaki, J., Bolger, N., Hollander, E., Ludwig, N.N., Kolevzon, A., & Ochsner, K.N. (2010). Oxytocin selectively improves empathic accuracy. *Psychological Science*, 21 (10), 1426-1428. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0956797610383439>
- Batey, H., May, J., & Andrade, J. (2010). Negative intrusive thoughts and dissociation as risk factors of self-harm. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(1), 35-49. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2010.40.1.35>
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323-370. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.5.4.323>
- Baumeister, R.F. & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 497-529. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.117.3.497>
- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90>

- Baumeister, R.F., Dwall, C.N., Ciarocco, N.J., & Twenge, J.M. (2005). Social exclusion impairs self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88 (4), 589-604. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.4.589>
- Beck, A. T. (1993). Cognitive Therapy: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 194-198. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.61.2.194>
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0084-3970\(08\)70361-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0084-3970(08)70361-x)
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291700055161>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, B. K. (1996). Beck depression inventory manual (2nd ed.). San Antonio: Psychological Corporation. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/t00742-000>
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/000344>
- Beevers, C. G., Wenzlaff, R. M., Hayes, A. M., & Scott, W. D. (1999). Depression and the ironic effects of thought suppression: therapeutic strategies for improving mental control. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 133-148. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.6.2.133>
- Bell D. C. (2001). Evolution of Parental Caregiving. *Personality and Social Psychology Review*, 5 (3), 216-229. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327957pspr0503_3
- Bell, K. L. (1998). Family expressiveness and attachment. *Social Development*, 7, 37-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9507.00049>
- Belsky, J. & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*. Vol. 135, 885-908. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0017376>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.114.3>.
- Benn, L., Harvey, J. E., Gilbert, P., Irons, C. (2005). Social rank, interpersonal trust and recall of parental rearing in relation to homesickness. *Personality and Individual Differences*, 38, 1813-1822. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.11.010>
- Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. *Child Maltreatment*, 10, 311-323. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1077559505278619>
- Bennum, I., & Phil, M. (1983). Depression and hostility in self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 13, 71-83.
- Ben-Zur, H. (2005). Coping, distress, and life events in a community sample. *International Journal of Stress Management*, 12, 188-196. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1072-5245.12.2.188>
- Bernat, J.A., Ronfeldt, H.M., Calhoun, K.S., & Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (4), 645-664. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1024485130934>
- Bernstein, I., Ellason, J.W., Ross, C., Vanderlinden, J. (2001). On the dimensionalities of the Dissociative Experiences Scale and the Dissociation Questionnaire. *Trauma and Dissociation*, 2, 101-120. DOI: http://dx.doi.org/10.1300/j229v02n03_07
- Bifulco, A. & Moran, P. (1998). *Wednesday's child: Research into women's experiences of neglect and abuse in childhood and adult depression*. London: Routledge
- Bifulco, A., Bernazzani, O., Moran, P. M., Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *British Journal of Clinical Psychology*, 44 (4), 563-581. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466505x35344>
- Bifulco, A., Brown, G.W., & Adler, Z. (1991). Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 159, 115-122. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.159.1.115>
- Biglan, A., Hayes, S.C., & Pistorello, J. (2008). Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevention Science*, 9(3), 139-152. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11121-008-0099-4>
- Bijttebier, P. & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 26, 847-856. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00187-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00187-1)
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00844267>

- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2006). Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1025-1037. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.011>
- Bishop, S. (2002). What do We Really Know About Mindfulness-based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006842-200201000-00010>
- Bishop, S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: a Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blackledge, J. T. & Hayes, S. C. (2001). Emotion regulation in acceptance and commitment therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 243-255. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2%3C243::aid-jclp9%3E3.3.co;2-o](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2%3C243::aid-jclp9%3E3.3.co;2-o)
- Blanchard-Fields, F. Mienaltowski, A. & Baldi R. (2007). Age differences in everyday problem-solving effectiveness: Older adults select more effective strategies for interpersonal problems. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, P61–P64. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/62.1.p61>
- Blatt, S. J., d’Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (4), 383–389. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.85.4.383>
- Bloy, S., Oliver, J. E., & Morris, E. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy with People with Psychosis: A Case Study. *Clinical Case Studies*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1534650111420863>
- Bodhi, B. (2000). *A comprehensive manual of Abhidhamma*. Seattle: BPS Pariyatti.
- Boelen, P.A. & Reijntjes, A. (2008). Measuring experiential avoidance: Reliability and validity of the Dutch 9-item acceptance and action questionnaire (AAQ). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30 (4), 241-251. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9082-4>
- Bonanno, G. A., Papa, A., LaLande, K., Westphal, M., & Coifman, K. (2004). The importance of being flexible: The ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, 15, 482-487. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.0956-7976.2004.00705.x>
- Bond, F. W. & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88 (6), 1057-1067. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.88.6.1057>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. C., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42 (4), 676-688. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bond, F.W. & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 156-163. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//1076-8998.5.1.156>
- Borkovec, T. D. (2002). Life in the future versus life in the present. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 76–80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.9.1.76>
- Borkovec, T. D., Alcaine, O., & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D., Ray, W., J. & Stober, J. (1998). Worry: A cognitive phenomenon linked to affective, physiological, and interpersonal behavioral processes. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 561-576. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1018790003416>
- Borkovec, T.D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C.L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp.5-34). New York: Wiley.
- Bosch, O.J., Meddle, S.L., Beiderbeck, D.I., Douglas, A.J., & Neumann, I.D., (2005). Brain oxytocin correlates with maternal aggression: link to anxiety. *Journal of Neuroscience* 25 (29), 6807–6815. DOI: <http://dx.doi.org/10.1523/jneurosci.1342-05.2005>
- Boulanger J.L., Hayes, S.C., & Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. In A. Kring, & D. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 107-134). New York: Guilford.
- Boulanger, J. L., Hayes, S. C., & Pistorello, J. (2010). Experiential Avoidance as a Functional Contextual Concept In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.). *Emotion Regulation and Psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology*

- and treatment* (pp.107-136). New York, NY: The Guilford Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/16506073.2010.524747>
- Bowins, B. (2004). Psychological Defense Mechanisms: A new perspective. *The American Journal of Psychoanalysis*, 64 (1), 1-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/b:tajp.0000017989.72521.26>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Attachment*, Vol. 2: Separation, Anxiety and Anger. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression*. Attachment and Loss, Vol. 3 London: Hoagarth Press.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1, Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge
- Bowlby, J. (1988b). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books. Choice, vol. 26 no. 08 DOI: <http://dx.doi.org/10.5860/choice.26-4750>
- Bowlby, J. (1988c). Developmental psychopathology comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10.
- Bradley, S. J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.
- Braehler, C., Gumley, A. I., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 1-16 DOI:10.1111/bjc.12009
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (6), 765-784. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.005>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Furnham, A. (1996). Self-critical attitudes and parental criticism in young women. *British Journal of Medical Psychology*, 69 (1), 69-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1996.tb01851.x>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Gotlib, I. H. (1993). Psychopathology and early experiences: A reappraisal of retrospective reports *Psychological Bulletin*, 113 (1), 82-98. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.113.1.82>
- Brewin, C. R., Firth-Cozens, J., Furnham, A. & McManus, C. (1992). Self-criticism in adulthood and recalled childhood experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 561-566. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.101.3.561>
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/h0080369>
- Brittlebank, A., Cole, A., Hassanyeh, F., Kenny, M., Simpson, D., & Scott, J. (1990). Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: A prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 81, 280-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1990.tb06497.x>
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 501-510. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-005-3888-0>
- Bronstein, P., Fitzgerald, M., Briones, M., Pieniadz, J., & D'Ari, A. (1993). Family emotional expressiveness as a predictor of early adolescent social and psychological adjustment. *Journal of Early Adolescence*, 13 (4), 448-471. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0272431693013004006>
- Brown K., & Ryan R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. DOI: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Brown, B. (1999). *Soul without shame: A guide to liberating yourself from the judge within*. Boston: Shambala.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 371-377. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371>
- Brown, G. R. & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 55-61
- Brown, K. & Ryan, R. (2004). Perils and Promise in Defining and Measuring Mindfulness: Observations from Experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 242-248. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bph078>
- Brown, K. W., & Gordon, S. (2009). Toward a phenomenology of mindfulness: Subjective experience and emotional correlates. In F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of Mindfulness* (pp. 59-81). New York, NY: Springer. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_5

- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2001). *Testing a two-factor model of mindfulness*. Unpublished data, University of Rochester.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822-848. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, *18*, 211-237. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Brown, M. (1998). Self-mutilation, treatment research symposium: The behavioral treatment of self-mutilation. Proceedings of the XVI Congress of the World Association for Social Psychiatry, Vancouver B.C., Canada.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 198-202. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198>
- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(10), 815-822. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.06.008>
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Strong, D. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, *111* (1), 180-185. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.111.1.180>
- Brown, S. A. (2009). Personality and non-suicidal deliberate self-harm: Trait differences among non-clinical population. *Psychiatry Research*, *169*, 28-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2008.06.005>
- Brown, T.A., DiNardo, P., A. Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-IV) for DSM-IV*. New York: Oxford.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park: Sage
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, *144*, 1426-1430
- Bushman, B. J., Bonacci, A. M., Pederson, W. C., Vasquez, E. A., Miller, N. (2005). Chewing on it can chew you up: Effects of rumination on triggered displaced aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(6), 969-983. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.88.6.969>
- Buss, D. M. (1999). *Evolutionary Psychology: The new science of mind*. Allyn & Bacon: Boston
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Butler, E. A. & Gross, J. J. (2004). Hiding feelings in social contexts: out of sight is not out of mind. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of Emotion* (pp.101-126). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Butler, E. A. (2011). Three Views of Emotion Regulation and Health. *Social and Personality Psychology Compass*, *5*/8, 563-577. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00372.x>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, *3* (1), 48-67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>
- Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, *16*, 607-615. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11136-006-9149-1>

C

- Cacioppo, J. T., & Berntson, G. G. (2002). Social neuroscience. In J. T. Cacioppo, G. G. Berntson, R. Adolphs, C. S. Carter, R. J. Davidson, M. McClintock, et al. (Eds.), *Foundations in social neuroscience* (pp. 1-10). Cambridge, MA: MIT Press
- Cacioppo, J. T., Berntson, G.G., Sheridan, J. F., & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analysis of human behavior: social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, *126*, 829-843. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.126.6.829>

- Cacioppo, J.T. & Hawkley L.C. (2009). Loneliness. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 227-239). New York: Guilford Press.
- Cacioppo, J.T., Hawkley, L.C., & Berntson, G. G. (2003). The anatomy of loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, 12 (3), 71-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.01232>
- Caldji, C., Diorio, J., & Meaney, M. (2000). Variations in maternal care in infancy regulate the development of stress reactivity. *Biological Psychiatry*, 48 (12), 1164-1174. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)01084-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223(00)01084-2)
- Calkins, S. D. (1994). Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 53-73. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01277.x>
- Calkins, S. D., Smith, C. L., Gill, K. L., & Johnson, M. C. (1998). Maternal interactive style across contexts: relations to emotional, behavioral and physiological regulation during toddlerhood. *Social Development*, 7, 350-369. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9507.00072>
- Campbell-Sills, L. & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.) *Handbook of emotion regulation* (pp.542-559). New York: Guilford Press.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses on individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1251-1263. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587-595. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- Campbell-Sills, L., Ellard, K.K., & Barlow, D.H. (2013). Emotion regulation in anxiety disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp.230-249). New York: Guilford Press.
- Campos, J. J., Walle, E. A., Dahl, A., & Main, A. (2011). Reconceptualizing Emotion Regulation. *Emotion Review*, 3 (1), 26-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1754073910380975>
- Campos, J.J., Frankel, C.B., Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child Development*, 75, 377-394 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00681.x>
- Caporael, L. R. (2001). Evolutionary psychology: Toward a unifying theory and a hybrid science. *Annual Review of Psychology*, 52 (1), 607-628. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.607>
- Cardaciotto, L., Herbert, J., Forman, E., Moitra, E., & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, 15, 204-223. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1073191107311467>
- Carl, J. R. Soskin, D.P., Kerns, C. & Barlow, D. H. (2013). Positive emotion regulation in emotional disorders: A theoretical review. *Clinical Psychology Review*, 33, 343-360. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.003>
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6, 16–27.
- Carmody, J. & Baer, R. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7>
- Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behaviour: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 800-816. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.84.4.800>
- Carrascoso López, F.J. & Valdivia-Salas, S. (2009). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of panic disorder: Some considerations from the research on basic processes. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 299-315.
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 23 (8), 779-818. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4530\(98\)00055-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4530(98)00055-9)
- Carter, C.S., Lederhendler, I.I., & Kirkpatrick, B. (Eds.). (1999). *The integrative neurobiology of affiliation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Castilho, P., Maia, D. & Pereira, J. M. (2011). Propriedades Psicométricas da Escala de Cuidado do Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (Childhood Experiences of Care and Abuse – CECA.Q). *Psicologica*, 54, 359-384.

- Cash, M., & Whittingham, K. (2010). What facets of mindfulness contribute to psychological well-being and depressive, anxious, and stress-related symptomatology? *Mindfulness, 1*, 177–182. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-010-0023-4>
- Caspi, A. & Moffitt, T.E. (2006). Gene-environment interactions in psychiatry. Joining forces with neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience, 7* (7), 583-590. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn1925>
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: estudo da validação da versão portuguesa da Escala de Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica, 54*, 203-230.
- 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. (*Tese de Doutoramento não publicada*). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Shmidheiser, M., Yoder, S., & Howlett, B. (2007). The early maladaptive schemas of self-mutilators: Implications for therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*, 58- 71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/088983907780493340>
- Castro, J. (2000). Perceived Rearing Practices and Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 7*, 320-325. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879\(200010\)7:4<320::AID-CPP265>3.0.CO;2-L](http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879(200010)7:4<320::AID-CPP265>3.0.CO;2-L)
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N.B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review, 29*, 560-572. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
- Chambers, R., Lo, B. C. Y., & Allen, N. B. (2007). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 303-322. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-007-9119-0>
- Chan, M. A., Hess, G. C., Whelton, W. J., & Yonge, O. J. (2005). A comparison between female psychiatric outpatients with BPD and female university students in terms of trauma, internalized shame and psychiatric symptomatology. *Traumatology, 11*, 23-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/153476560501100103>
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(5), 543-552. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.543>
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., Walters, K. N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy, 29*(1), 35-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-011-0124-6>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy, 44* (3), 371-394. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005>
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Celluci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide & Life – Threatening Behavior, 35*(4), 388-399. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.388>
- Chapman, A.L., Dixon-Gordon, K.L., & Walters, K.N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavioral Therapy, 29*, 35– 52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-011-0124-6>
- Chapman, A.L., Leung, D.W., & Lynch, T.R. (2008). Impulsivity and emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 22*, 148-164. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.2.148>
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology, 63* (9), 871-890. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., Daughters, S. B., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T. R., & Lejuez, C. W. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: the role of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 257-268. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.006>
- Cheng, H. & Furnham, A. (2004). Perceived parental rearing style, self-esteem and self-criticism as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies, 5* (1), 1-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/b:johs.0000021704.35267.05>
- Cheung, M. S. P., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and rumination in relation to depression. *Personality and Individual Differences, 36*, 1143-1153. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869\(03\)00206-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869(03)00206-x)

- Chiesa, A. & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-Based Approaches: Are They All the Same? *Journal of Clinical Psychology, 67* (4), 404-424. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20776>.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological Medicine, 40*, 1239–1252. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338\(10\)71034-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0924-9338(10)71034-8)
- Chiesa, A., & Serretti, A., (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*, 593-600. DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2008.0495>
- Chiesa, A., Serretti, A., & Jakobsen, J. (2013). Mindfulness: Top–down or bottom–up emotion regulation strategy? *Clinical Psychology Review, 33*, 82-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.10.006>
- Ciarrochi, J. Bilich, L., & Godsel, C. (2010). Psychological flexibility as a mechanism of change in Acceptance and Commitment Therapy. In Ruth Baer's (Ed), *Assessing Mindfulness and Acceptance: Illuminating the Processes of Change*.(pp. 51-76). New Harbinger Publications, Inc.: Oakland, CA.
- Ciarrochi, J., Bilich, L., & Godsell, C. (2010). Psychological Flexibility as a Mechanism of Change in Acceptance and Commitment Therapy in R. A. Baer (Ed.) *Assessing Mindfulness & Acceptance Processes in Clients: Illuminating the Theory & Practice of Change* (pp. 51-76). USA: Context Press. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00284_2.x
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 7*, 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579400006301>
- Cicchetti, D., Nurcombe, B. (1997). Development and psychopathology. Conceptual and Scientific Underpinnings of Research in Development Psychopathology (Special Issue), 9 (2), 189-471
- Ciesla, J. A. & Roberts, J. E. (2002). Self-directed thought and response to treatment for depression: A preliminary investigation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 16*, 435-453. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/088983902780935650>
- Ciesla, J., & Roberts, J. (2007). Rumination, negative cognition, and their interactive effects on depressed mood. *Emotion, 7*, 555-565 Cisler, Olatunji, Feldner, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.7.3.555>
- Cioffi, D., & Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*(2), 274-282. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.64.2.274>
- Claesson, K. & Sohlberg, S. (2002). Internalized shame and early interactions characterized by indifference, abandonment and rejection: replicated findings. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9* (4), 277-284. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.331>
- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 253-257. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(91\)90115-j](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(91)90115-j)
- Clark, M. S., & Taraban, C. B. (1991). Reactions to and willingness to express emotion in communal and exchange relationships. *Journal of Experimental Social Psychology, Volume 27, Issue 4, 1991*, 324–336. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031\(91\)90029-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-1031(91)90029-6)
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child Development, 75* (2), 317-333. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Cole, P.M., Michel, M., & Teti, L. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. In Nathan Fox (Ed.). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development, 59* (Serial no. 240, Nos. 2-3). DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01278.x>
- Collins, N. L. & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58* (4), 644-663. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.58.4.644>
- Collins, W. A., Maccoby, E. E., Steinberg, L., Heatherington, E. M., & Bornstein, M. H. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist, 55* (2), 218-232. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0003-066x.55.2.218>
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D., (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(2), 69-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f>
- Cook, D. R. (1987). Measuring shame: the internalized shame scale. *Alcoholism Treatment Quarterly, 4*, 197-215. DOI: http://dx.doi.org/10.1300/j020v04n02_12

- Cook, D. R. (1994). *Internalised shame scale professional manual*. Menomonie, WI: Channel Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/t04998-000>
- Cook, D. R. (1996). Empirical studies of shame and guilt: The internalized shame scale. In D.L. Nathanson (Ed.), *Knowing Feeling: Affect, Script and Psychotherapy*, Norton: New York; (pp. 132-165).
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (5), 1380-1397. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.74.5.1380>
- Corrigan, P. (2001). Getting ahead of the data: A threat to some behavior therapies. *The Behavior Therapist*, 24(9), 189-193.
- Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). The mediation effect of experiential avoidance between coping and psychopathology in chronic pain. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(1), 34-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.699>
- Cowdry, R. W., Gardner, D. L., O'Leary, K. M., Leibenluft, E., & Rubinow, D. R. (1991). Mood variability. A study of four groups. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1505-1511.
- Cozolino, L. (2006). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Brain*. Norton, New York.
- Crabbe, J. C. & Phillips, T. J. (2003). Mother nature meets mother nurture. *Nature Neuroscience*, 6 (5), 440-442. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nn0503-440>
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I., & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, 69, 560-565. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/psy.0b013e3180f6171f>
- Cribb, G., Moulds, M., L., & Carter, S. (2006). Rumination and Experiential Avoidance in Depression. *Behaviour Change*, 23 (3), 165-176. DOI: <http://dx.doi.org/10.1375/bech.23.3.165>
- Crowe, M. (2004). Never good enough – part 1: shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 327-334. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2004.00732.x>
- Crowell S, Beauchaine, T.P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0015616>
- Cumming, E. M. & Davies, P. (1996). Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8, 123-139. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400007008>
- Cutrona, C. E., & Russell, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1, pp. 37-67). Greenwich: JAI Press, Conn.

D

- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J., & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1091-1107. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679)
- Dalrymple, K. L., & Herbert, J. D. (2007). Acceptance and Commitment Therapy for Generalized Social Anxiety Disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-568. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445507302037>
- Damáσιο, A. (2003). Ao Encontro de Espinosa – As Emoções Sociais e a Neurobiologia da Sentir. Col. Fórum da Ciência, nº58, ed. Pub. Europa – América, Lisboa.
- Davidson, R. J. (2000). The functional neuroanatomy of affective style. In R. D. Lane & L. Nadel. (Eds.), *Cognitive neuroscience of emotion* (pp. 371-388). New York: Oxford University Press. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1364-6613\(98\)01265-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1364-6613(98)01265-0)
- Davidson, R. J. (2002). Toward a biology of positive affect and compassion. In R. Davidson & A. Harrington (Eds.), *Visions of Compassion: Western Scientists and Tibetan Buddhists Examine Human Nature* (pp. 107-130). New York: Oxford University Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195130430.003.0006>

- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Ubanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine* 65, 564-570. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3>
- Davies, M. I. & Clark, D. M. (1998). Thought suppression produces rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behavioral Research and Therapy*, 36 (6), 571-582. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00051-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00051-5)
- Davis, D. & Hayes, J. (2011). What Are the Benefits of Mindfulness? *A Practice Review of Psychotherapy-Related Research. Psychotherapy*, 48 (2), 198-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022062>
- De Dreu, C.K., Greer, L.L., Handgraaf, M. J., Shalvi, S., Van Kleef, G. A., Baas, M., et al. (2010). The neuropeptide oxytocin regulates parochial altruism in intergroup conflict among humans. *Science*, 328 (5984), 1408-1411. DOI: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1189047>
- De Dreu, C.K., Greer, L.L., Handgraaf, M.J., Shalvi, S., Van Kleef, G.A., Baas, M., Ten Velden, F.S., Van Dijk, E., & Feith, S.W. (2010). The neuropeptide oxytocin regulates parochial altruism in intergroup conflict among humans. *Science*, 328 (5984), 1408–1411. DOI: <http://dx.doi.org/10.1126/science.1189047>
- DeHart, T., Pelham, B. W., & Tennen, H. (2006). What lies beneath: Parenting style and implicit self-esteem. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42 (1), 1-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2004.12.005>
- Denham, S. A., Zoller, D., & Couchoud, E. A. (1994). Socialization of preschoolers' emotion understanding. *Developmental Psychology*, 30, 928-936. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.30.6.928>
- Depue, R. A. & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A Neurobehavioral Model of Affiliative Bonding: Implications for Conceptualizing a Human Trait of Affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28 (3), 313-350. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0140525x05000063>
- Depue, R., & Collins, P. (1999). Neurobiology of the structure of personality: Dopamine, facilitation of incentive motivation, and extraversion. *Behavioral and Brain Sciences*, 22 (3), 491–569. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0140525x99002046>
- DeRubeis, R. J., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (pp. 349–392). New York: Guilford Press.
- DeVries, A. C., Gasper, E. R., & Detillion, C. E. (2003). Social modulation of stress responses *Physiology & Behavior*, 79 (3), 399-407. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0031-9384\(03\)00152-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00152-5)
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and rumination: does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *Explore*, 5, 265-271. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2009.06.005>
- Diamond, L. M. & Aspinwall, L. G. (2003a). Integrating diverse developmental perspectives on emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 27 (1), 1- 6. DOI: <http://dx.doi.org/0146-7239/03/0300-0001/0>
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003b). Emotion regulation across the life-span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27, 125–156.
- Dickerson, S. S., & Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol response: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130, 335–391. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.130.3.355>
- Dickerson, S. S., Gruenewald, T. L., & Kemeny, M. E. (2009). Psychobiological responses to social self threat: Functional or detrimental? *Self and Identity*, 8 (2-3), 270-285. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15298860802505186>
- Dimidjian, S. & Linehan, M. (2003a). Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 166-171. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg019>
- Dimidjian, S., & Linehan, M. M. (2003b). Mindfulness practice. In W. O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Empirically supported techniques of cognitive behavior therapy: A step-by-step guide for clinicians*, (229-237). New York: John Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bpg019>
- Dimidjian, S., & Linehan, M.M. (2003) Mindfulness Practice. In W. O'Donohue, J. Fisher & S. Hayes (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy*, pp. 229-237. NJ: John Wiley & Sons.
- Dinardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). The anxiety disorders interview schedule - revised (ADIS-R). Albany, NY: Graywind.

- DiNardo, P., A. Brown, T.A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. New York: Oxford.
- Dinis, A & Pinto-Gouveia, J. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa do Questionário de Metacognições-versão reduzida e do Questionário de Meta-Preocupação. *Psychologica*, 54, 281-308.
- Dinis, A. & Pinto-Gouveia, J. (2006). Tradução do “Trait - Meta Mood Scale” para a língua portuguesa. *Manuscrito não publicado*.
- Dinis, A. & Pinto-Gouveia, J. (2007). Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy – versão modificada. *Manuscrito não publicado*.
- Dinis, A. & Pinto-Gouveia, J. (2007). Tradução do “Emotion Regulation Questionnaire” para a língua portuguesa. *Manuscrito não publicado*.
- Dinis, A. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Desenvolvimento de um questionário de experiências de (in) validação emocional na família. *Psychologica*, 54, 139-174.
- Dinis, A. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa do Questionário de Metacognições – versão reduzida e do Questionário de Meta-preocupação. *Psychologica*, 54, 281-308.
- Dinis, A., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Tradução para a língua portuguesa do ‘Barratt Impulsiveness Scale’. *Manuscrito não publicado*.
- Dinis, A., Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Tradução para a língua portuguesa do “Dissociative Experiences Scale: DES-II. *Manuscrito não publicado*.
- Dinis, A., Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Magalhães, C. (2009). Questionário de Experiências de Vergonha na Infância. *Manuscrito não publicado*.
- Dinis, A., Pinto Gouveia, J., Duarte, C., & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas - versão reduzida. *Psychologica*, 54, 175-202.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do Questionário de Estilos de Coping. *Psychologica*, 54, 35-62.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., & Xavier, A. (2011b). Estudo das características psicométricas da versão portuguesa da escala de expressividade emocional. *Psychologica*, 54, 111-138.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., & Xavier, A. (no prelo). Questionário de Expressividade Familiar. *Psychologica*.
- Dinis, A., Pinto-Gouveia, J., Duarte, C., & Castro, T. (2011). Estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Respostas Ruminativas – Versão Reduzida. *Psychologica*, 54, 175-202.
- Dobson, K. S., & Dozois, D. J. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (2nd ed.). New York: Guilford Press. DOI:
- Dobson, K. S., & Khatri, N. (2000). Cognitive therapy: Looking backward, looking forward. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 907-923. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(200007\)56:7%3C907::aid-jclp9%3E3.0.co;2-i](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(200007)56:7%3C907::aid-jclp9%3E3.0.co;2-i)
- Dockray, S., & Steptoe, A. (2010). Positive affect and psychobiological processes. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(1), 69–75. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2010.01.006>
- Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., & Williams, A. A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 63-69.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21 (6), 593-606. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1021890322153>
- Dunsmore, J. C., & Halberstadt, A. G. (1997). How does family emotional expressiveness affect children’s schemas? In K. C. Barrett (Ed.), *The communication of emotion: Current research from diverse perspectives* (pp. 45-68). San Francisco: Jossey-Bass. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cd.23219977704>
- Dykstra, T. A. & Follette, W. C. (1998). An agoraphobia scale for assessing the clinical significance of treatment outcome. Unpublished manuscript.

- Ebner, U., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in patients with borderline personality disorder. Paper presented at the Annual Meeting of the German Society of Psychophysiology and Its Applications (DGPA), Freiburg im Breisgau, Germany.
- Ebner-Primier, U. W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I. et al., (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: A startle response study. *Journal of Psychiatric Research*, 39 (1), 85-92. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.05.001>
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 1517-1534. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.1114>
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnulle, J., Fischer, S., & Gross, J.J., (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion* 10, 563–572. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019010>
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34 (3-4), 293-312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2003.11.001>
- Eisenberg, N. & Morris, A. S. (2003). Children's emotion-related regulation. In H. Reese & R. Kail (Eds.), *Advances in child development and behaviour* (Vol. 30, pp.189-229). San Diego, CA: Academic. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0065-2407\(02\)80042-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0065-2407(02)80042-8)
- Eisenberg, N. (2002b). Empathy-related emotional responses, altruism, and their socialization. In Davidson, R., & Harrington, A. (Eds.), *Visions of compassion: western scientists and Tibetan Buddhists examine human nature* (pp. 131–164). New York: Oxford University Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195130430.003.0007>
- Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1994). Mothers' reactions to children's negative emotions: Relations to children's temperament and anger behavior. *Merrill - Palmer Quarterly*, 40, 138-156.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental socialization of emotion. *Psychological Inquiry*, 9, 241-273. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T.L., Fabes, R.A., Shepard, S.A., Reiser, M., et al. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72, 1112-1134. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00337>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: Relations to children's social competence and comforting behavior. *Child Development*, 67, 2227-2247. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01854.x>
- Eisenberg, N., Guthrie, I.K., Fabes, R.A., Reiser, M., Murphy, B.C., Holmgren, R. et al. (1997). The relations of regulation and emotionality to resiliency and competent social functioning in elementary school children. *Child Development*, 68, 295-311. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/1131851>
- Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful Control and Its Socioemotional Consequences. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 287–306). New York: Guilford Press.
- Eisenberg, N., Losoya, S., Fabes, R. A., Guthrie, I. K., Reiser, M., Murphy, B., Padgett, S. J. (2001). Parental socialization of children's dysregulated expression of emotion and externalizing problems. *Journal of Family Psychology*, 15, 183-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.15.2.183>
- Eisenberger, N.I. (2011). Why rejection hurts: What social neuroscience has revealed about the brain's response to social rejection. In J. Decety & J. Cacioppo (Eds.), *The handbook of social neuroscience* (pp. 586-598). New York, NY: Oxford University Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195342161.013.0039>
- Elklit, A. (1996). Coping styles questionnaire: a contribution to the validation of a scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 21, 809-812. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(96\)00123-7](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(96)00123-7)
- Ellsworth, P. C. & Smith, C. A. (1988). From appraisal to emotion: Differences among unpleasant feelings. *Motivation and Emotion*, 12, 271-302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/bf00993115>
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.58.5.844>
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion*, 1 (4), 365-380. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//1528-3542.1.4.365>

Evans, D., Howard, M., Dudas, R., Denman, C., Dunn, B. D. (2013). Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder: Examining the Consequences of Spontaneous and Instructed Use of Emotion Suppression and Emotion Acceptance when Viewing Negative Films. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 546-565. DOI: <http://dx.doi.org/10.5127/jep.029512>

F

- Fabes, R.A., Eisenberg, N., & Bernzweig, J. (1990). The coping with children's negative emotions scale: Procedures and scoring. Available from authors. Arizona State University
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. R., Doll, H. A., & Peveier, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1995.03950160054010>
- Faravelli, C., Panichi, C., Pallanti, S., Paterniti, S., Grecu, L. M., & Rivelli, S. (1991). Perception of early parenting in panic and agoraphobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 6-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb01411.x>
- Farmer, R. F. & Nelson-Gray, R. O. (2005). Personality guided behaviour therapy. Washington, D.C.: American Psychological Association, 79-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/11197-004>
- Farmer, R. F., & Nelson-Gray, R. O. (1995). Anxiety, impulsivity, and the anxious fearful and erratic dramatic personality disorders. *Journal of Research in Personality*, 29, 189-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1006/jrpe.1995.1011>
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 137-145.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 259-268. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199805000-00001>
- Feigenbaum, J. (2010). Self-harm-The solution not the problem: The dialectical behavior therapy model, *Psychoanalytic psychotherapy*, 24(2), 115-134. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02668731003707873>
- Feiring, C. (2005). Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child Maltreat*, 10, 307-310. Doi: 10.1177/1077559505281307
- Feiring, C., & Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10 (4), 337-349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1077559505276686>
- Feldman Barrett, L. & Russell, J. A. (1999). The structure of current affect: Controversies and emerging consensus. *Current Directions in Psychological Science*, 8, 10-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00003>
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., Greeson, J. G., & Laurenceau, J. P. (2007). Mindfulness and emotion regulation: the development and initial validation of the cognitive and affective mindfulness scale-revised (CAMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 177-190. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-006-9035-8>
- Feldner, M., Zvolensky, M., Eifert, G., & Spira, A. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research & Therapy*, 41 (4), 403-411. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(02\)00020-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(02)00020-7)
- Field, T. (1998). Touch therapy effects on development. *International Journal of Behavioral Development*, 22 (4), 779-797. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/016502598384162>
- Field, T. (2000). *Touch Therapy*. New York: Churchill Livingstone.
- Finch, W.H. (2007). Performance of the Roy-Bargmann Stepdown Procedure as a Follow Up to a significant MANOVA. *Multiple Linear Regression Viewpoints*, 33 (1), 12-22.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *SCID-II personality questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders — SCID I*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders — SCID II*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

- Fischer, K. W. & Tangney, J. P. (1985). Self-conscious emotions and the affect revolution: framework and overview. In J.P. Tangney & K. W. Fischer (Eds), *Self-conscious emotion: the psychology of shame, guilt, embarrassment and pride* (pp. 3-22). New York: Guilford Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199706000-00012>
- Flaxman, P. E., & Bond, F. W. (2010). A randomized worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behavior Research and Therapy*, 48, 816-820. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.004>
- Fledderus, M., Bohlmeijer, E.T., Pieterse, M.E. (2010). Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification*, 34 (6), 503-519. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445510378379>
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavioral Therapy*, 23(4), 315-336. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-005-0017-7>
- Flett, G. L., Blankstein, K. R., & Obertynski, M. (1996). Affect intensity, coping styles, mood regulation expectancies, and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 20 (2), 221- 228. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(95\)00163-8](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(95)00163-8)
- Foa, E. B. & Hearst-Ikeda, D. (1996). Emotional dissociation in response to trauma In L.K. Michaelson, & W.J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*, Plenum Press, New York, pp. 207-224. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-0310-5_10
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1995). Post-traumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (2), 61-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.ep10771786>
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1991). Coping and Emotion, in A. Monat, R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping, an Antology*. (3.rd Ed., pp. 208-227). New York: Colombia University Press.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2136617>
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988). *Ways of Coping Questionnaire*. Manual Consulting Psychologists Press, Redwood City, CA. DOI: doi: <http://dx.doi.org/10.1037/t06501-000>
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1985). If it changes, it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.48.1.150>
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>
- Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive Therapy for anxiety and depression. *Behavior Modification*, 31(6), 772-799. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445507302202>
- Forsyth, J. P., Eifert, G. H., & Barrios, V. (2006). Fear conditioning in an emotion regulation context: A fresh perspective on the origins of anxiety disorders. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds.), *Fear and learning: From basic processes to clinical applications* (pp. 133-153). Washington, DC: American Psychological Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/11474-007>
- Forsyth, J. P., Parker, J. D., & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28 (5), 851-870. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603\(02\)00216-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0306-4603(02)00216-2)
- Fox, N. A. (1994). Dynamic cerebral processes underlying emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 152-167. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/1166143>
- Frances, A. J., Feyer, M. R., & Clarkin, J. F. (1986). Personality and suicide. *Annals of the New York Academy of Science*, 487, 281-293. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.1986.tb27907.x>
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.218>
- Fredrickson, B.L, Tugade, M.M., Waugh, C.E., & Larkin G. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84,365-376. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.84.2.365>

- Fredrickson, B.L. & Joiner, T. (2002). Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13, 172-175. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9280.00431>
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E. Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D, ... Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 427-435. DOI: 10.1192/bjp.186.5.427
- Fresco, D. M., Frankel, A. N., Mennin, D. S., Turk, C. L., & Heimberg, R. G. (2002). Distinct and overlapping features of rumination and worry: The relationship of cognitive production to negative affective states. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 179-188.
- Fresco, D. M., Mennin, D. S., Heimberg, R. G., & Ritter, M. (2013). Emotion Regulation Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20 (3), 282-300. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.02.001>
- Fultona, J. J., Lavender, J. M., Tull, M. T., Klein, A. S., Muehlenkamp, J.J., & Gratz, K. L. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and disordered eating: The mediating role of experiential avoidance. *Eating Behaviors*, 13 (2), 166–169. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2011.12.003>

G

- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2012). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23 (2), 219-227. DOI: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.84>
- Garnefski, N., Kraaij, V., van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and Internalizing and Externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28 (5), 619-631. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.009>
- Garner, P. W. (1995). Toddlers' emotion regulation behaviors: The roles of social context and family expressiveness. *Journal of Genetic Psychology*, 156 (4), 417-430. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00221325.1995.9914834>
- Gaudiano, B. A. & Herbert, J. D. (2006a). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (3), 415-437. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.02.007>
- Gaudiano, B. A. (2009a). Öst's (2008) Methodological Comparison of Clinical Trials of Acceptance and Commitment Therapy versus Cognitive Behavior Therapy: Matching Apples with Oranges? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1066-1070. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.020>
- Gaudiano, B. A. (2009b). Reinventing the Wheel Versus Avoiding Past Mistakes when Evaluating Psychotherapy Outcome Research: Rejoinder to Öst (2009). *Unpublished Manuscript*.
- Gaudiano, B. A. (2010). Evaluating acceptance and commitment therapy: An analysis of a recent critique. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 5, 311-329.
- Gaudiano, B., Herbert, J., & Hayes, S. (2010). Is It the Symptom or the Relation to It? Investigating Potential Mediators of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behavior Therapy*, 41 (4), 543-554. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2010.03.001>
- Geary, D. C. (2000). Evolution and proximate expression of human paternal investment. *Psychological Bulletin*, 126 (1), 55-77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0033-2909.126.1.55>
- Geary, D.C. & Bjorklund, D. F. (2000). Evolutionary Developmental Psychology. *Child Development*, 71 (1), 57-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00118>
- Gerhardt, S. (2004). *Why love matters. How affection shapes a baby's brain*. London: Bruner-Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203499658>
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G., & Arrindell, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10 (3), 251-277. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90062-f](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(90)90062-f)
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P.M.G. & Arrindell, W.A. (1990). Anxiety, depression, and the perception of early parenting: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10 (3), 251-277. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90062-f](http://dx.doi.org/10.1016/0272-7358(90)90062-f)
- Germer, C. K. (2005). Mindfulness: What is it? What does it matter? In C. K. Germer, R. D. Siegel, & P.R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). New York: Guilford Press.

- Germer, C. K., Segal, R. D., & Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York, NY US: Guilford Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-0922.2009.01357.x>
- Gianinia, L. M., Whitea, M.A., & Masheba, R. M. (2013). Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. *Eating Behaviors*, 14 (3), 309-313. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2013.05.008>
- Gibb, B.E., Butler, A.C., & Beck, J.S. (2003). Childhood abuse, depression, and anxiety in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 17 (4), 226-228. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.10111>
- Gibb, B.E., Chelminski, I. & Zimmerman, M. (2007). Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and Anxiety*, 24 (4), 256-263. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20238>
- Giesen-Bloo, J. H., Wachters, L. M. Schouten, E., & Arntz, A. (2010). The Borderline Personality Disorder Severity Index-IV: Psychometric evaluation and dimensional structure. *Personality and Individual Differences*, 49(2), 136–141. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.03.023>
- Gilbert P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-38). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, K. E. (2012). The neglected role of positive emotion in adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 467-481. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.005>
- Gilbert, P. & Gerlsma, C. (1999). Recall of shame and favouritism in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-373. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466599162962>
- Gilbert, P. & Gerlsma, C. (1999). Recall of shame and favouritism in relation to psychopathology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38 (4), 357-374. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466599162962>
- Gilbert, P. & Irons, C. (2004). A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory*, 12, 507-516. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09658210444000115>
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy*, (pp.263-325). London: Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/05333164090420010702>
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005a). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression. The role of attachment and social rank systems. *Journal of Adolescents*, 28 (3), 325-341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.07.004>
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005a). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P. & McGuire, M. (1998). Shame, status, and social roles: Psychobiology and Evolution. In P. Gilbert & P. & B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 99-125). New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to social put-down: Its relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869\(99\)00230-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869(99)00230-5)
- Gilbert, P. & Miles, J.N.V., (2000a). Evolution, genes, development and psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7 (4), 246-255. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879\(200010\)7:4<246::aid-cpp255>3.3.co;2-x](http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879(200010)7:4<246::aid-cpp255>3.3.co;2-x)
- Gilbert, P. & Tirch, D. (2009). Emotional Memory, Mindfulness and Compassion In. F. Didonna (Ed.). *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99-110). Springer: NewYork. DOI: 10.1007/978-0-387-09593-6
- Gilbert, P. (1984). *Depression: From psychology to brain state*. London: Erlbaum. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0021932000016047>
- Gilbert, P. (1986a). Cognitive psychotherapy and social behaviour. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 14-20.
- Gilbert, P. (1986b). Depression in relation to cognitive psychobiology and behavioural strategies. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 2-13.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. Lawrence Erlbaum Associates: Hove. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9781315804736>

- Gilbert, P. (1992a). Depression. The evolution of powerlessness. Hove: Guilford/ Lawrence Erlbaum Associates. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9781315831336>
- Gilbert, P. (1992b). Defense, safety and biosocial goals in relation to the agonistic and hedonic social modes. *Journal of General Evolution (Special Edition)*, 35, 31-70.
- Gilbert, P. (1993). Defence and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 32 (2), 131-153 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.1993.tb01039.x>
- Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135-156. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.5640020302>
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70 (2), 113-147. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x>
- Gilbert, P. (1998a). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology, and culture* (pp. 39-54). New York: Oxford University Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511606632>
- Gilbert, P. (1998b). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *British Journal of Medical Psychology*, 71 (4), 447-463. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1998.tb01002.x>
- Gilbert, P. (2000a). *Overcoming depression: A self-guide using cognitive behavioral techniques* (Rev. Ed.). London: Robinsons; New York: Oxford University Press.
- 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. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879\(200007\)7:3%3C174::aid-cpp236%3E3.0.co;2-u](http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3%3C174::aid-cpp236%3E3.0.co;2-u)
- Gilbert, P. (2000c). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert, & K.G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2000d). Varieties of submissive behavior as forms of social defense: their evolution and role in depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 3-45). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9781410605207>
- Gilbert, P. (2000e). Varieties of submissive behaviour: Evolution and role in depression. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat. An evolutionary approach to mood disorders* (pp.3-46), Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Gilbert, P. (2000f). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Hove: Psychology Press.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defences. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 (1), 17-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00856.x>
- Gilbert, P. (2002). Evolution theory and cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16 (3), 259-261. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.16.3.259.52518>
- Gilbert, P. (2002a). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview with treatment implications. In P. Gilbert, & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 3-54). New York: Brunner-Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9781315820255>
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and differences in shame and guilt. *Social Research: An International Quarterly of the Social Sciences*, 70, 1205-1230
- Gilbert, P. (2003a). Evolution, social roles, and differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 1205-1230.
- Gilbert, P. (2003b). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70, 401- 426.
- Gilbert, P. (2004a). Depression: A biopsychosocial, integrative and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 99-142). Chichester: J. Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/9780470696385.ch6>
- Gilbert, P. (2004b). *Evolutionary therapy and cognitive theory*. New York: Springer Verlag.
- Gilbert, P. (2005a). *Compassion: Conceptualisations. Research and Use in Psychotherapy*. London: Brunner-Routledge

- Gilbert, P. (2005b). Bullying in prisons: An evolutionary and biopsychosocial approach. In J. L. Ireland (Ed.), *Bullying in prisons: Innovations in theory and research* (pp. 176-190). Uffculme, Devon: Willan
- Gilbert, P. (2005c). Compassion and cruelty: a biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). London: Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465806233095>
- Gilbert, P. (2005d). Social mentalities: A biopsychosocial and evolutionary reflection on social relationships. In M. W. Baldwin (Ed.), *Interpersonal cognition* (pp. 299-335). New York: Guilford.
- Gilbert, P. (2006a). A biopsychosocial and evolutionary approach to formulation with a special focus on shame. In N. Tarrier (Ed.), *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy: the treatment of challenging and complex cases* (pp.81-112). NewYork: Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203965177>
- Gilbert, P. (2006b). Old and new ideas on the evolution of mind and psychotherapy. *Clinical Neuropsychiatry*, 3(2), 139-153.
- Gilbert, P. (2006c). Evolution and depression: issues and implications. *Psychological Medicine* 36, 287-297. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006112>
- Gilbert, P. (2007a). *Psychotherapy and counselling for depression* (3rd ed.). London: Sage. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446279830>
- Gilbert, P. (2007b). The evolution of shame as a marker for relationship security: A biopsicosocial approach. In J. Tracey, R. Robins, & J. Tangney (Eds.). *The self conscious emotions: Theory and research*. New York: Guilford Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.5860/choice.45-5271>
- Gilbert, P. (2007c). Evolved minds and compassion in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge: London.
- Gilbert, P. (2007d). *Psychotherapy and Counselling for Depression* (3rd ed.). Sage. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446279830>
- Gilbert, P. (2007f). Thinking, self-awareness, social goals and the role of shame in depression In P. Gilbert (Ed.), *Psychotherapy and counselling for depression* (3rd Ed.) (pp. 112-144). London: Sage. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781446279830.n6>
- Gilbert, P. (2009a). *The compassionate mind: A new approach to facing the challenges of life*. London: Constable Robinson.
- Gilbert, P. (2009b). Developing a compassion focused approach in cognitive behavioural therapy. In G. Simos (Ed.), *Cognitive behaviour therapy, a guide to the practicing clinician*. (pp. 205-220) Volume II. London: Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ptr/kph011>
- Gilbert, P. (2009c). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199-208. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
- Gilbert, P. (2009d). Evolved minds and compassion focused imagery in depression. In L. Stopa (Eds.), *Imagery and the threatened self: Perspectives on mental imagery in cognitive therapy* (pp. 206-231). London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009e). The nature and basis for compassion focused therapy. *Hellenic Journal of Psychology*, 6, 273-291.
- Gilbert, P. (2010a). *Compassion focused therapy: distinctive features*. London: Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203851197>
- Gilbert, P. (2010b). An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
- Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds) (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. New York: Oxford University Press.
- 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. 263-325). London: Routledge.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.507>
- 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 (6), 353-379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.507>

- Gilbert, P., Allan, S. & Goss, K. (1996). Parental representations, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 23-34. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199603\)3:1%3C23::aid-cpp66%3E3.3.co;2-f](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199603)3:1%3C23::aid-cpp66%3E3.3.co;2-f)
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarter*, 20(2), 183-200. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/088983906780639817>
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K., & Miles, J. N. V. (2001). An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31 (6), 1117-1127. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291701004093>
- Gilbert, P., Broomhead, C., Irons, C., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Knibb R. (2007). Development of a striving to avoid inferiority scale. *British Journal of Social Psychology*, 46, 633-648. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466606X157789>.
- Gilbert, P., Broomhead, C., Irons, C., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., et al. (2007). Striving to avoid inferiority: Scale development and its relationship to depression, anxiety and stress. *British Journal of Social Psychology*, 46, 633-648.
- Gilbert, P., Cheung, M. S. P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10 (2), 108-115. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.359>
- Gilbert, P., Cheung, M., Grandfield, T., Campey, F. & Irons, C. (2003) Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108-115. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.359>
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466504772812959>
- Gilbert, P., Durrant, R., & McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences*, 41 (7), 1299-1308. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.05.004>
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009a). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress, and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82 (2), 123-136. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/147608308x379806>
- Gilbert, P., McEwan, K., Hay, J., Irons, C., Cheung, M. (2007). Social rank and attachment in people with a bipolar disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 48-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.508>
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: the roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 49 (4), 563-576. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466509X479771>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Franks, L., Richter, A., & Rockliff, H. (2008). Feeling safe and content: A specific affect regulation system? Relationship to depression, anxiety, stress, and self-criticism. *The Journal of Positive Psychology*, 3 (3), 182-191. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17439760801999461>
- Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, Richter, A., R., Franks, L., Mills, A., Bellew, R. & Gale, C. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and patients with a bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6 (4), 135-143.
- Gilbert, P., Pehl, J., & Allan, S. (1994). The phenomenology of shame and guilt: An empirical investigation. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 23-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1994.tb01768.x>
- Gilbert, P., Price, J. S., & Allan, S. (1995). Social comparison, social attractiveness and evolution: How might they be related? *New Ideas in Psychology*, 13, 149-165. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0732-118x\(95\)00002-x](http://dx.doi.org/10.1016/0732-118x(95)00002-x)
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.507>
- Gillath, O., Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2005). An attachment-theoretical approach to compassion and altruism In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 121-147). London: Brunner-Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/05333164090420010702>

- Giorgio, J. M., Sanfilippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model, *Behaviour Research and Therapy*, 48 (10), 1021-1031. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.07.004>
- Gird, S., & Zettle, R. (2009). Differential response to a dysphoric mood induction procedure as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 59, 537 – 550.
- Glaser, D. (2000) 'Child abuse and neglect and the brain – a review'. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97–116. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00551>
- Gloster, A. T., Klotsche, J., Chaker, S., Hummel, K. V. & Hoyer, J. (2011). Assessing psychological flexibility: What does it add above and beyond existing constructs? *Psychological Assessment*, 23 (4), 970-982. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0024135>
- Gold, D. B., & Wegner, D. M. (1995). Origins of ruminative thought: Trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, 25 (14), 1245-1261. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.1995.tb02617.x>
- Gold, S. D., Dickstein, B.D., Marx, B.P., & Lexington, J.M. (2009). Psychological outcomes among lesbian sexual assault survivors: An examination of the roles of internalized homophobia and experiential avoidance. *Psychology of Women Quarterly*, 33 (1), 54–66. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.01474.x>
- Gold, S.D., Marx, B.P., & Lexington, J.M. (2007). Gay male sexual assault survivors: The relations among internalized homophobia, experiential avoidance, and psychological symptom severity. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (3), 549-562. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.05.006>
- Goldin, P.R., McRae, K., Ramel, W., Gross, J.J. (2008). The neural bases of emotion regulation: Reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63, 577-586. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.05.031>
- Goldstein, J. & Kornfield, J. (1987). *Seeking the heart of wisdom: the path of insight meditation*. Boston: Shambhala.
- Goss, K. & Allan, S. (2009). Shame, pride, and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303-316. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.627>
- Goss, K. & Allan, S. (2010). Compassion Focused Therapy for Eating Disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 141–158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.141>
- Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures - I: The other as shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17 (5), 713-717. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90149-x](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-x)
- Gottman, J. M. (with DeClaire, J.) (1997). *The heart of parenting: Raising an emotionally intelligent child*. New York: Simon & Schuster.
- Gottman, J. M., Katz, L. F. & Hooven, C. (1997). Meta-emotion: How families communicate emotionally. Mahwah, NJ: Erlbaum. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203763568>
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: Theoretical models and preliminary data. *Journal of Family Psychology*, 10, 243-268. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0893-3200.10.3.243>
- Grant, B. F., Chou, F. P., Goldstein, R. B., et al. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545. DOI: <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
- Gratz K.L., Bornovalova M.A., Delany-Brumsey A., Nick B., & Lejuez C.W. (2007). A laboratory-based study of the relationship between childhood abuse and experiential avoidance among inner-city substance users: The role of emotional nonacceptance. *Behavior Therapy*, 38(3), 256-268. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.006>
- Gratz, K. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 243-263.
- Gratz, K. L. & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1524-9220.8.1.1>
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(1), 14-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/16506070701819524>

- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology Science and Practice, 10*, 192-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg022>
- Gratz, K. L. (2004). Differences in emotional responding between female college students with and without current deliberate self-harm. In M.L. Rasmussen Hall (Chair), Emotional responding and emotion regulation in self-harm. Symposium presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/ reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry, 76*(2) 238-250. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.238>
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with State-Limit Personality Disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 25-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2005.03.002>
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance: Illuminating the processes of change* (pp.107-134). Oakland, CA: New Harbinger Publications. DOI: http://dx.doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00284_2.x
- Gratz, K. L., Breetz, A., & Tull, M. T. (2010). The moderating role of borderline personality in the relationship between deliberate self-harm and emotion-related factors. *Personality and Mental Health, 4*, 96-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/pmh.102>
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *American Journal of Orthopsychiatry, 72*, 579-582. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.72.1.128>
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research, 42* (7), 550-559. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.05.011>
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Wagner, A. W. (2005). Applying DBT mindfulness skills to the treatment of clients with anxiety disorders. In S.M. Orsillo, & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety, Series in Anxiety and Related Disorders* (2005), pp 147-161. New York: Springer. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/0-387-25989-9_6
- Gratz, K.L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26* (1), 41-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/b:joba.0000007455.08539.94>
- Gratz, K.L. (2004). The role of emotional avoidance and dysregulation in dissociative symptoms. Manuscript in preparation.
- Gratz, K.L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuiz, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotional dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 850-855. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.850>
- Gratz, K.L., Tull, M.T., Reynolds, E.K., Bagge, C.L., Latzman, R.D., Daughters, S.B., & Lejuez, C.W., (2009). Extending extant models of the pathogenesis of borderline personality disorder to childhood borderline personality symptoms: the roles of affective dysfunction, disinhibition, and self- and emotion-regulation deficits. *Development and Psychopathology 21*, 1263–1291. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579409990150>
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. (1997). *Working with emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0879\(199907\)6:3%3C236::aid-cpp197%3E3.0.co;2-y](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-0879(199907)6:3%3C236::aid-cpp197%3E3.0.co;2-y)
- Greenberg, L. S. & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York: Guildford Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focudes therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/10447-000>
- Greenberg, L. S. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies* (pp. 43-62). New York: Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0037336>
- Greenberg, L. S., Elliott, R. K., & Foerster, F. S. (1990). Experiential processes in the psychotherapeutic treatment of depression. In C. D. McCann & N. S. Endler (Eds.), *Depression: New directions in theory, research and practice* (pp. 157-185). Toronto: Wall & Emerson.

- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. K. (1993). *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process.* New York: Guilford Press.
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrument de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (3), 430–445. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.67.3.430>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85 (2), 348-362. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gross, A. B., & Keller, H. R. (1992). Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggressive Behavior*, 18 (3), 171-185. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1098-2337\(1992\)18:3<171::aid-ab2480180302>3.0.co;2-i](http://dx.doi.org/10.1002/1098-2337(1992)18:3<171::aid-ab2480180302>3.0.co;2-i)
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224–237. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>
- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271-299. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O.P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 525-552). New York: Guilford.
- Gross, J. J. (1999). Emotion Regulation: Past, Present, Future. *Cognition and Emotion*, 13, 551-573. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10 (6), 214-219. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: Physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (6), 970-986. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.64.6.970>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting positive and negative emotions. *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (1), 95-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.106.1.95>
- Gross, J. J., (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York, NY: Guilford Press.
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. A. Simpson & N. J. Hughes (Eds.), *Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to Dysfunction and Health* (pp. 13–35). Washington, DC: American Psychological Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/11468-001>
- Gross, J.J., & John, O.P. (2002). Wise emotion regulation. In L. Feldman Barrett & P. Salovey (Eds.) *The wisdom of feelings: Psychological processes in emotional intelligence*. New York Guilford (pp.297-318).
- Gross, J.J., & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). New York, NY: Guilford Press.
- Grossman, P. (2008). On measuring mindfulness in psychosomatic and psychological research. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 405-408. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.02.001>
- Grossman, P. (2011a). Defining mindfulness by how poorly I think I pay attention during everyday awareness and other intractable problems for psychology's (re)invention of mindfulness: Comment on Brown et al. (2011). *Psychological Assessment*, 23 (4), 1034-1040. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022713>
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999\(03\)00573-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0022-3999(03)00573-7)
- Gruber, J. (2011). When feeling good can be bad: Positive emotion persistence (PEP) in bipolar disorder. *Current Perspectives in Psychological Science*, 20, 217-221. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0963721411414632>
- Gruber, J., Eidelman, P., & Harvey, A. G. (2008). Transdiagnostic emotion regulation processes in bipolar disorder and insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1096-1100. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.05.004>

- Gruber, J., Mauss, I. B., & Tamir, M. (2011). A dark side of happiness? How, when and why happiness is not always good. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 222-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1745691611406927>
- Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., & Macbeth, A. (2010). A Compassion Focused Model of Recovery after Psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 186–201. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.186>
- Gunaratana, B. (2002). *Mindfulness in plain English*. Somerville, MA: Wisdom Publications.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2001.tb05798.x>
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology*, 58 (1), 145-173. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>
- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dual-process framework. *Cognition & Emotion*, 25, 400–412. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2010.54416>

H

- Halberstadt, A. G. (1986). Family socialization of emotional expression and nonverbal communication styles and skills. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 827-836. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.51.4.827>
- Halberstadt, A. G., Fox, N. A., & Jones, N. A. (1993). Do expressive mothers have expressive children? The role of socialization in children's affect expression. *Social Development*, 2 (1), 48-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9507.1993.tb00004.x>
- Halligan, S. L., Herbert, J., Goodyer, I. & Murray, L. (2007). Disturbances in morning cortisol secretion in association with maternal postnatal depression predict subsequent depressive symptomatology in adolescents. *Biological Psychiatry*, 62 (1), 40-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.011>
- Halverson, C. F. (1988). Remembering your parents: reflections on the retrospective method. *Journal of Personality*, 56, 435-443. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1988.tb00895.x>
- Hamilton, W.D. (1964). The evolution of social behavior. *Journal of Theoretical Biology*, 7 (1), 1-52. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-5193\(64\)90039-6](http://dx.doi.org/10.1016/0022-5193(64)90039-6)
- Harris, C. R. (2001). Cardiovascular responses of embarrassment and effects of emotional suppression in a social setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81 (5), 886-897. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.81.5.886>
- Hart, J., Gunnar, M., & Cicchetti, D. (1996). Altered neuroendocrine activity in maltreated children related symptoms of depression. *Development and Psychopathology*, 8 (1), 201-214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579400007045>
- Harvey, A., Ehlers, A. & Clark, D. (2005). Learning history in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33 (3), 257-271. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465805002146>
- Hastings, M. E., Northman, L. M., & Tangney, J. P. (2000). Shame, guilt, and suicide. In T. Joiner, & M.D., Rudd (Eds.). *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp.67-80). Boston: Kluwer Academic Publishers. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/0-306-47233-3_6
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *British Journal of Psychiatry*, 178, 48-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.178.1.48>
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76 (4), 408-420. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03637750903310360>
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 255–262. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph080>
- Hayes, S. A., Orsillo, S. M., & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of Action in an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 238-245. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.006>
- Hayes, S. C. & Brownstein, A. J. (1986). Mentalism, behaviour-behavior relations and a behavior analytic view of the purposes of science. *The Behavior Analyst*, 9, 175-190.

- Hayes, S. C. & Pankey, J. (in press). Psychological acceptance. In W. T. O'Donohue, J. E. Fisher, & S. C. Hayes (Eds.), *Empirically supported techniques of cognitive behavior therapy: A step by step guide for clinicians*. New York: Wiley.
- Cordova, J.V. (2001). Acceptance in behavior therapy: Understanding the process of change. *The Behavior Analyst*, 24, 213-226.
- Hayes, S. C. & Shenk, C. (2004) Operationalizing Mindfulness without Unnecessary Attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 249-254. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bph079>
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N. S. Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327–387). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the varieties of scientific contextualism. In S. C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (1994). Content, context, and the types of psychological acceptance. In S. C. Hayes, N. S. Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (pp. 13-32). Reno: NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2004a). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35 (4), 639-665. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C. (2004b). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S.C. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford.
- Hayes, S. C. (2005). Stability and Change in Cognitive Behavior Therapy: Considering the implications of ACT and RFT. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23 (2), 131-151. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10942-005-0007-9>
- Hayes, S. C. (2007). Hello darkness: Discovering our values by confronting our fears. *Psychotherapy Networker*, 31 (5), 46-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/e526302010-007>
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 161-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg018>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.5860/choice.39-2482>
- Hayes, S. C., Bissett, R., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I., Cooper, L., & Grundt, A. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49 (1), 33-47.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., Masuda, A. et al. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35 (4), 821-835. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80022-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80022-4)
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/erv.665>
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., & Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: A review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 97-111. DOI: <http://dx.doi.org/10.1901/jeab.1988.50-97>
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (Eds.). (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44(2), 180–198. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35 (1), 35-54. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80003-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80003-0)

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behaviour change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Bunting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What Is Acceptance and Commitment Therapy? In S. C. Hayes & K. D. Strosahl (Eds). *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. (pp. 1-30) New York: Springer. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-23369-7_1
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistorello, J., Toarmino, D. et al. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and active: Contextual Approaches as an Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449>
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168. . DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152>
- Hayes, S., Pistorello, J., & Levin, M. (2012). Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change. *The Counseling Psychologist*, 40(7), 976-1002. DOI: 10.1177/0011000012460836
- Hechtman, L. A., Raila, H., Chiao, J. Y. & Gruber, J. (2013). Positive Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Cultural Neuroscience Approach. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4 (5), 502-528. DOI: <http://dx.doi.org/10.5127/jep.030412>
- Heffner, M., Eifert, G. H., & Parker, B. T. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(4), 378-383. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1077-7229\(03\)80055-x](http://dx.doi.org/10.1016/s1077-7229(03)80055-x)
- Heinrichs, M., & Domes, G. (2008). Neuropeptides and social behaviour: Effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Progress in Brain Research*, 170, 337-350. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0079-6123\(08\)00428-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0079-6123(08)00428-7)
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biological Psychiatry*, 54 (12), 1389-1398. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00465-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00465-7)
- Heinrichs, M., Meinlschmidt, G., Wippich, W., Ehlert, U., Hellhammer, D. (2004). Selective amnesic effects of oxytocin on human memory. *Physiology & Behavior*, 83 (1), 31-38. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0031-9384\(04\)00346-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0031-9384(04)00346-4)
- Heinrichs, M., von Dawans, B., & Domes, G. (2009). Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 30 (4), 548-557. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2009.05.005>
- Helgeland, M. I. & Torgersen, S. (1997). Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scandinavian Journal of Psychology*, 38 (1), 39-43. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9450.00007>
- Henry, J. D., Green, M. J., Lucia, A., Restuccia, C., McDonald, S., & O'Donnellna, M. (2007). Emotion dysregulation in schizophrenia: Reduced amplification of emotional expression is associated with emotional blunting. *Schizophrenia, Research*, 95, 197-204. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2007.06.002>
- Herbert, J. D., Forman, E., Yuen, E. K., Goetter, E., England, E., Brandsma, L., Massey, J., Blacker, K., Geboy, A. G. (2010, November). *Awareness, Acceptance, Defusion and Psychopathology: Implications of Recent Data on the Deconstruction of Mindfulness*. Symposium conducted at the 44th annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, San Francisco, CA.
- Herman, J.L., & van der Kolk, B.A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological Trauma* (pp. 111-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Herpertz, S. (1995). Self-injurious behaviour: Psychopathological and nosological characteristics in subtypes of self-injurers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, 57-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09743.x>
- Herpertz, S. C., Kunert, H. J., Schwenger, U. B., & Sass, H. (1999). Affective responsiveness in borderline personality disorder: A psychophysiological approach. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1550-1556.
- Herpertz, S. C., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behaviour: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 451-464. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956\(97\)00004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956(97)00004-6)

- Herpertz, S. C., Schwenger, U. B., Kunert, H. J., Lukas, G., Gretzer, U., Nutzman, J. et al. (2000). Emotional responses in patients with borderline as compared with avoidant personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 14, 339-351. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.339>
- Hilt, L. M., Cha, C. B., Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 63-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.76.1.63>
- Hoekstra, R. J., Visser, S., Emmelkamp, P. M. G. (1989). A social learning formulation of the aetiology of obsessive-compulsive disorders. In Emmelkamp, P. M. G., Everaerd, T. A., Kraaimaat, F., & van Son, M. (Eds.), *Fresh Perspectives in Anxiety Disorders* (pp. 115-123) Swets: Amsterdam-Berwyn.
- Hofer, M. A. (1994). Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. *Acta Paediatrica*, Supplement, 83 (s397), 9-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1651-2227.1994.tb13260.x>
- Hofer, M. A. (1995). Hidden regulators: implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Hofmann, S. G., Grossman, P., & Hinton, D. E. (2011). Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, 31 (7), 1126-1132. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.003>
- Hofmann, S. G., Heering, S., Sawyer, A. T., & Asnaani, A. (2009). How to handle anxiety: the effects of reappraisal, acceptance, and suppression strategies on anxious arousal. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (5), 389-394. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.010>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The Empirical Status of the "New Wave" of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.006>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion Dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29, 409-416. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.21888>
- Hofmann, S.G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28 (1), 1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Hoglund, C. L., & Nicholas, K. B. (1995). Shame, guilt, and anger in college students exposed to abusive family environments. *Journal of Family Violence*, 10 (2), 141-157. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02110597>
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C. M. Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>
- Holtgraves, T. & Stockdale, G. (1997). The assessment of dissociative experiences in a nonclinical sample: Reliability, validity, and factor structure of the dissociative experiences scale. *Personality and Individual Differences*, 22 (5), 699-706. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869\(96\)00252-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869(96)00252-8)
- Hong, R. Y. (2007). Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 277-290. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.006>
- Hu, L.T. & Bentler, P.M. (1999). Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6 (1), 1-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hurlemann, R., Patin, A., Onur, O. A., Cohen, M.X., Baumgartner, T., Metzler, S., et al. (2010). Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. *Journal of Neuroscience*, 30 (14), 4999-5007. DOI: <http://dx.doi.org/10.1523/jneurosci.5538-09.2010>

I

- In-Albon, T., Bürli, M., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Non-suicidal self-injury and emotion regulation: a review on facial emotion recognition and facial mimicry. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7 (5), 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-7-5>
- Insel, T.R. (1997). A neurobiological basis of social attachment. *American Journal of Psychiatry*, 154, 726-735.

- Insel, T.R., & Young, L.J. (2001). The neurobiology of attachment. *Nature Reviews Neuroscience*, 2, 129-136. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/35053579>
- Irons, C. & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28, 325-341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.07.004>
- Irons, C. & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28 (3), 325-341. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.07.004>
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J. R., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45 (3), 297-308. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466505x68230>
- Irwin, H. J. (1998). Affective predictors of dissociation II: Shame and guilt. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (2), 237-245. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(199802\)54:2<237::aid-jclp13>3.3.co;2-u](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(199802)54:2<237::aid-jclp13>3.3.co;2-u)
- Izard, C. E. (2009). Emotion theory and research: highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annual Review of Psychology*, 60 (1), 1-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163539>

J

- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8 (3), 255-270. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Jacobson, N.S.; Dobson, K.S.; Truax, P.A.; Addis, M.E.; Koerner, K.; Gollan, J.K.; Gortner, E. & Prince, S.E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (2), 295-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.2.295>
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. R. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33 (1), 11-21. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2
- Jazaieri, H., Urry, H.L., & Gross, J.J. (2013). Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4 (5), 584-599. DOI: <http://dx.doi.org/10.5127/jep.030312>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1333. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Johnson, S. L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 241-262. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2004.11.002>
- Joormann, J., Dkane, M., & Gotlib, I. H. (2006). Adaptive and maladaptive components of rumination? Diagnostic specificity and relation to depressive biases. *Behavior Therapy*, 37, 269-280. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.01.002>
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and commitment therapy versus cognitive therapy for the treatment of co morbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34, 175-190. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445510363472>
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.106.2.221>

K

- Kabatt-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>

- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry, 4*, 33-47. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](http://dx.doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell Publishing. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/032287>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses*. New York: Hyperion.
- Kamali, S., Gharraee, B. & Birashk, B. (2013, May). The role of emotional schema in prediction of pathological worry in Iranian students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences in the 3rd World Conference on Psychology, Counselling and Guidance. Social and Behavioral Sciences, 84*, 994-998. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.687>
- Kämpfe, C. K., Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Helbig-Lang, S., Lang, T. Gerlach, A. L., Richter, J., Alpers, G. W., Fehm, L., Kircher, T., Hamm, A. O., Ströhle, A. & Deckert, J. (2012) Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure the same? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12* (1), 5-22..
- Kamphuis, J. H., Ruyling, S. B., & Reijntjes, A. H. (2007). Testing the emotion regulation hypothesis among self-injuring females. Evidence for differences across mood states. *Journal of Nervous and Mental Disorders, 195*, 912-918. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181593d89>
- Karekla, M. & Panayiotou, G. (2011). Coping and experiential avoidance: unique or overlapping constructs? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 42*(2), 163-170. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.10.002>.
- Karekla, M., Forsyth, J. P., & Kelly, M. M. (2004). Emotional avoidance and panicogenic responding to a biological challenge procedure. *Behavior Therapy, 35* (4), 725-746. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80017-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80017-0)
- Kashdan, T. B. & Breen, W.E. (2008) Social anxiety and positive emotions: A prospective examination a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy, 39* (1), 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2007.02.003>
- Kashdan, T. B. Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 44* (9), 1301-1320. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.003>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*, 865-878. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders, 23* (2), 185-196. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.006>
- Katz, L.F., Wilson, B. & Gottman, J.M. (1999). Meta-emotion philosophy and family adjustment: Making an emotional connection. In J. Brooks-Gunn & M. Cox (Eds.) *Conflict and closeness: The formation, functioning and stability of families*. (pp. 131-166) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kaufman, G. (1989). *The Psychology of shame*. New York: Springer.
- Kehrer, C., & Linehan, M. M. (1996). Interpersonal and emotional problem solving skills and parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 10*, 153-163. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1996.10.2.153>
- Kelley, S.A., Brownell, C.A., & Campbell, S.B. (2000). Mastery motivation and self-evaluative affect in toddlers: Longitudinal relations with maternal behavior. *Child Development, 71* (4), 1061-1071. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00209>
- Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Leybman, M. J., & Gilbert, P. (2012). Social safeness, received social support, and maladjustment: testing a tripartite model of affect regulation, *Cognitive Therapy and Research, 36* (6), 815-826. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-011-9432-5>
- Keltner, D. & Gross, J. (1999). Functional Accounts of Emotions. *Cognition and Emotion, 13* (5), 467-480. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/026999399379140>
- Keltner, D. & Harker, L. A. (1998). The forms and functions of the nonverbal signal of shame. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 57-77). New York: Oxford University Press.

- Kemperman, I., Russ, M. J., & Shearin, E. (1997). Self-injurious behavior and mood regulation in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders, 11*(2), 146-157. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1997.11.2.146>
- Kendrick, K. M. (2000). *Oxytocin, motherhood and bonding. Experimental Physiology, 85* (s1), 111s-124s. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-445x.2000.tb00014.x>
- Keng, S.-L., Smoski, M.J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*, 1041-1056. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006>
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1989). *Neuroimmunology of normal human behavior. In E. Goetzl (Ed.), Neuroimmune networks: Physiology and diseases* (pp. 215-218). New York: Alan Liss.
- Kenny, M. A. & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behavior Research and Therapy, 45*, 617-625. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.04.008>
- Kessler, R., McGonagle, K., Swartz, M., Blazer, D., & Nelson, C. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey. I: lifetime prevalence, chronicity, and recurrence. *Journal of Affective Disorders, 29* (2-3), 85-96. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90026-g](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(93)90026-g)
- Keverne, E. B. & Curley, J. P. (2004) Vasopressin, oxytocin and social behavior. *Current Opinion in Neurobiology, 14* (6), 777-783. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.conb.2004.10.006>
- Keverne, E.B., Nevison, C.M., & Martel, F.L (1997). Early learning and the social bond. *Annals of the New York Academy of Science, 807*,329-339. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.1997.tb51930.x>
- Khanzadeh, M., Edrisi, F., Mohamadkhani, Sh., & Saeedian, M. (2012). Investigating factor structure and psychometric specifications of emotional schema scale on university students, *Journal of psychology and educational science. (Allameh Tabataba'i University). In press.*
- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., Chapleau, M.-A., Paquin, K., & Hofmann, S. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*, 763-771. DOI: [10.1016/j.cpr.2013.05.005](http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005). DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.05.005>
- Kim, J., Talbot, N. & Cicchetti, D. (2009). Childhood abuse and current interpersonal conflict: The role of shame. *Child Abuse & Neglect, 33* (6), 362-371. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.10.003>
- Kinston, W. (1987). The shame of narcissism. In D. L. Nathanson (Ed.). *The many faces of shame*, pp. 214-245. New York: Guilford.
- Kirsch, P., Esslinger, C., Chen, Q., Mier, D., Lis, S., Siddhanti, S., Gruppe, H., Mattay, V.S., Gallhofer, B., & Meyer-Lindenberg, A. (2005). Oxytocin modulates neural circuitry for social cognition and fear in humans. *The Journal of Neuroscience, 25* (49), 1489-11493. DOI: <http://dx.doi.org/10.1523/jneurosci.3984-05.2005>
- Kleindienst, N., Bohus, M., Ludaescher, P., Limberger, M.F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U., Chapman, A., Reicherzer, M., Stieglitz, R.D., & Schmahl, C. (2008). Motives for non-suicidal self-injury among women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 196* (3), 230-236. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181663026>
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practices of structural equation modeling*. New York: Guilford.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling* (2nd Edition). Guilford Press.
- Klonsky, E. D. & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 215-219. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Klonsky, E. D. & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1045-1056. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1501-1509. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Knowles, R., Tai, S., Christensen, I. & Bentall, R. (2005). Coping with depression and vulnerability to mania: A factor analytic study of the Nolen-Hoeksema (1991) Response Styles Questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 99-112. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/014466504x20062>

- Knox, J. (2003). *Archetype, attachment, analysis: Jungian psychology and the emergence of mind*. London: Brunner-Routledge. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203391525>
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M. et al., (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 784-788. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.784>
- Koepp, W., Schildbach, S., Schmager, C., & Rohner, R. (1993). Borderline diagnosis and substance abuse in female patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14, 107-110. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X\(199307\)14:1<107::AID-EAT2260140114>3.0.CO;2-Q](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108X(199307)14:1<107::AID-EAT2260140114>3.0.CO;2-Q)
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kollman, D. M., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). The Construct Validity of Acceptance: A Multitrait-Multimethod Investigation. *Behavior Therapy*, 40 (3), 205 – 218. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2008.06.002>
- Kollman, D., Brown, T., & Barlow, D. (2009). The construct validity of acceptance: A multitrait multimethod investigation. *Behavior Therapy*, 40, 205-218. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2008.06.002>
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review, *Cognition & Emotion*, 23 (1), 4-41, DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02699930802619031>
- Koole, S. L., & Rothermund, K. (2011). "I feel better but I don't know why." The psychology of implicit emotion regulation. *Cognition & Emotion*, 265, 389–399. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2010.550505>
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P.J., Fischbacher, U., & Fehr, E. (2005) Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435 (7042), 673-676. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nature03701>
- Kring, A. M. & Sloan, D. M. (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. New York, NY: Guilford Press
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and Psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.). *The Regulation of Emotion* (pp. 359-386). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kring, A. M., Smith, D. A., & Neale, J. M. (1994). Individual differences in dispositional expressiveness: Development and validation of the Emotional Expressivity Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(5), 934-949. DOI: 10.1037/0022-3514.66.5.934
- Kroll, J. L., Sines, L. K., & Martin, K. (1981). Borderline personality disorder: Construct validity of the concept. *Archives of General Psychiatry*, 38 (9), 60-1021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780340073009>
- Kubzansky, L. D., Mendes, W. B., Appleton, A.A., Block, J., Adler, G. K. (2012). A heartfelt response: Oxytocin effects on response to social stress in men and women. *Biological Psychology*, 90 (1), 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2012.02.010>
- Kuehner, C. & Bueger, C. (2005). Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support, *Journal of Affective Disorders*, 86, 205-213. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.01.014>
- Kuiken, D. (Ed.) (1991). *Mood and memory: Theory, research and applications*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kumar, S., Feldman, G., & Hayes, A. (2008). Changes in Mindfulness and Emotion Regulation in an Exposure-Based Cognitive Therapy for Depression Cognitive Therapy and Research, 32, 734-744. DOI 10.1007/s10608-008-9190-1
- Kumpula, M., Orcutt, H., Bardeen, J. & Varkovitzky, R. (2011). Peritraumatic Dissociation and Experiential Avoidance as Prospective Predictors of Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 120 (3), 617-627. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0023927>
- Kuo, J. R. & Linehan, M.M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder. Psychological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 531-544. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0016392>
- Kwon, H., Yoon, L., Joormann, J., & Kwon, J.-H. (2013). Cultural and gender differences in emotion regulation: Relation to depression. *Cognition and Emotion*, 27 (5), 769-782. DOI: 10.1080/02699931.2013.792244

- Lam, D., Schuck, N., Smith, N., Farmer, A., & Checkley, S. (2003). Response style, interpersonal difficulties and social functioning in major depressive disorder, *Journal of Affective Disorders*, 75, 279-283. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00058-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00058-7)
- Lappalainen, R., Lehtonen, T., Skarp, E., Taubert, E., Ojanen, M., & Hayes, S. C. (2007). The impact of CBT and ACT models using psychology trainee therapists: A preliminary controlled effectiveness trial. *Behavior Modification*, 31(4), 488-511. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445506298436>
- Larsen, R. J., & Prizmic-Larsen, Z. (2006). Measuring emotions: Implications of a multimethod perspective. In M. Eid & E. Diener (Eds.), *Handbook of multimethod measurement in psychology* (pp. 337-351). Washington, DC: American Psychological Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/11383-023>
- Latzman, R. D., & Masuda, A. Examining mindfulness and psychological inflexibility within the framework of Big Five personality. *Personality and Individual Differences* (2013), DOI: 10.1016/j.paid.2013.02.019
- Lau, M. A., & Yu, A. R. (2009). New Developments in Research on Mindfulness-Based Treatments: Introduction to the Special Issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23 (3), 179-184. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.179>
- Lavender, J., Jardin, B., & Anderson, D. (2009). Bulimic symptoms in undergraduate men and women: Contributions of mindfulness and thought suppression. *Eating Behaviors*, 10 (4), 228-231. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.07.002>
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Leahy, R. L. & Kaplan, D. (2004, November). Emotional schemas and relationship adjustment. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Leahy, R. L. & Napolitano, L. A. (2005, November). *What are the emotional schema predictors of personality disorders?* Paper presented at the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, DC.
- Leahy, R. L. (2001a, November). Emotional schemas in cognitive therapy. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Philadelphia, PA.
- Leahy, R. L. (2001c). Depressive decision making: Validation of the portfolio theory model. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 341-362.
- Leahy, R. L. (2002a). A Model of Emotional Schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (3), 177-190. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1077-7229\(02\)80048-7](http://dx.doi.org/10.1016/s1077-7229(02)80048-7)
- Leahy, R. L. (2002c). Improving homework compliance in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (5), 499-511. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10028>
- Leahy, R. L. (2003a). Emotional schemas and resistance. In R. L. Leahy (Ed.), *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: Transforming Challenges into Opportunities for Change* (pp. 91-115). New York, NY: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003b, September). *Metacognition, emotional schemas and personality disorders*. Paper presented at the European Association of Cognitive and Behavioral Psychotherapy, Prague, Czech Republic.
- Leahy, R. L. (2003c). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2005a). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research, and use in psychotherapy* (pp.195-217). London, England: Routledge.
- Leahy, R. L. (2005b, November). Integrating the meta-cognitive and meta-emotional models of worry. Paper presented at the Association for the Advancement of Cognitive and Behavioral Therapy, Washington, DC.
- Leahy, R. L. (2006, March). *Meta-cognition and meta-emotion in worry*. Paper presented at the Anxiety Disorders Association of America, Miami, USA.
- Leahy, R. L. (2007a). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14 (1), 36-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001>
- Leahy, R. L. (2007b). Emotional schemas and self-help: homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14 (3), 297-302. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.002>
- Leahy, R. L. (2007c). Schematic Mismatch in the Therapeutic Relationship: A Social-Cognitive Model. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.). *The Therapeutic Relationship in the Cognitive Behavioral Psychotherapies* (pp. 229-254). New York: Routledge.
- Leahy, R. L. (2007d). Emotion and Psychotherapy. *Clinical psychology: science and practice*, 14 (4), 353-357. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00095.x>

- Leahy, R. L. (2009). Resistance: An Emotional Schema Therapy (EST) Approach. In G. Simos, *Cognitive Behaviour Therapy: A Guide for the Practising Clinician* (Vol. 2, pp. 187-204). New York: Routledge.
- Leahy, R. L. (2010). Emotional schemas in treatment-resistant anxiety. In D. Sookman & R. L. Leahy (Eds.), *Treatment resistant anxiety disorders: resolving impasses to symptom remission*. (pp. 135-160). New York, NY: Taylor and Francis Group.
- Leahy, R. L. (2011). Emotional Schema Therapy: A Bridge over Troubled Waters. In J. Herbert & E. Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: understanding and applying the new therapies*. (pp. 109-131). USA: John Wiley & Sons, Inc. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118001851.ch5>
- Leahy, R. L. (2012). Introduction: Emotional schemas, emotion regulation, and psychopathology. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 359-361. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.359>
- Leahy, R. L., Tirch, D. D., & Melwani, P. S. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362-379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.362>
- Leahy, R. L., Tirch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A practitioner's guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Leahy, R.L. (2005a). A social-cognitive model of validation: In, P. Gilbert (ed). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. (pp. 195-217) London: Brunner-Routledge.
- Leahy, R.L., Tirch, D. D., & Napolitano, L. A., (2011). *Meta-cognitive and meta-emotional processes affecting anxiety*. Paper presented at the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York, NY.
- Leary, M. R., Adams, C. E., & Tate, E. B. (2006). Hypo-egoic self-regulation: Exercising self-control by diminishing the influence of the self. *Journal of Personality*, 74 (6), 1803-1831. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2006.00429.x>
- Leary, M. R., Tate, E. B.; Adams, C. E.; Allen, A. B.; Hancock, J. (2007). "Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly". *Journal of Personality and Social Psychology* 92 (5): 887–904. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.92.5.887>
- LeDoux J. E. (2000) Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*, 23 (1), 155-184. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155>
- LeDoux, J. (1998). Fear and the brain: Where have we been, and where are we going? *Biological Psychiatry*, 44 (12), 1229-1238. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223\(98\)00282-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223(98)00282-0)
- LeDoux, J. (1998a). *The emotional brain*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- LeDoux, J. (2002). Synaptic self: how our brains become who we are. *J R Soc Med July 2002 vol. 95 no. 7 373-374*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1258/jrsm.95.7.373-a>
- LeDoux, J. (2003). The self: clues from the brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001 (1), 295-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1279.017>
- LeDoux, J. E. (1993). Emotional networks in the brain. In: M. Lewis, & J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 109–118). New York: Guilford Press.
- Leeming, D. & Boyle, M. (2004). Shame as a social phenomenon: A critical analysis of the concept of dispositional shame. *Psychology and Psychotherapy*, 77 (3), 375-396. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/1476083041839312>
- Lester, D. (1998). The association of shame and guilt with suicidality. *Journal of Social Psychology*, 138(4), 535-536. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00224549809600407>
- Levenson, R. W. (1994). Human emotions: A functional view. In P. Ekman & R. J., Davidson (Eds.), *The nature of emotion: Fundamental questions* (pp.123-126). New York: Oxford University Press.
- Levesque, J., Eugene, F., Joannette, Y., Paquette, V., Mensour, B., Beaudoin, G., et al. (2003). Neural circuitry underlying voluntary suppression of sadness. *Biological Psychiatry*, 53(6), 502–510. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01817-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01817-6)
- Levin, M. & Hayes, S. C. (2011). Mindfulness and Acceptance: The Perspective of Acceptance and Commitment Therapy. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.). *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies* (pp.291-316) John Wiley & Sons: New Jersey. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118001851.ch12>
- Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2009a). ACT, RFT, and contextual behavioral science. In J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. P. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary research and practice* (pp. 1-40). Sydney: Australian Academic Press.

- Levine, D., Marziali, E., Hood, J. (1997). Emotional processing in borderline disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 240-246. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199704000-00004>
- Levitan, R., Hasey, G., & Sloman, L. (2000). Major depression and the involuntary defeat strategy: Biological correlates. In L. Sloman & P. Gilbert (Eds.), *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy* (pp. 95–114). Mahwah: Erlbaum.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35 (4), 747-766. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80018-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80018-2)
- Lewinsohn, P. M. & Rosenbaum, M. (1987). Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives and non-depressives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 611-619. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.611>
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, H.B. (1987). *The role of shame in symptom formation*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. New York: Free Press.
- Lewis, M. (1995). Self-conscious emotions. *American Scientist*, 83, 68-78.
- Lewis, M. (2003). The role of the self in shame social research. *An International Quarterly of the Social Sciences*, 70, 1181-1204.
- Lewis, M. (2003). The role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181-1204.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 364, 453-461. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Lindahl, K. M. (1998). Family process variables and children's disruptive behavior problems. *Journal of Family Psychology*, 12 (3), 420-436. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0893-3200.12.3.420>
- Lindsay-Hartz, J. de Rivera, J., & Mascolo, M. F. (1995). Differentiating Guilt and Shame and Their Effects on Motivations In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating Estado-Limite personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993c). *Skills training manual for treatment borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion regulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp.581-605). New York: Guilford Press.
- Liotti G & Gilbert P (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 9-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/147608310X520094>
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S., & Lauerma, H. (2004). Exploring the Relations between Depression, Somatization, Dissociation and Alexithymia – Overlapping or Independent Constructs? *Psychopathology*, 37, 200-206. DOI: 10.1159/000080132
- Liverant, G. I., Kamholz, B. W., Sloan, D. M., & Brown, T. A. (2010). Rumination in clinical depression: A Type of Emotional Suppression?. *Cognitive Therapy and Research*, 35 (3), 253-265. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-010-9304-4>
- Loader, P. (1998). Such a shame—a consideration of shame and shaming mechanisms in families. *Child Abuse Review*, 7 (1), 44-57. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1099-0852\(199801/02\)7:1<44::aid-car334>3.0.co;2-7](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1099-0852(199801/02)7:1<44::aid-car334>3.0.co;2-7)
- Lobbstaël, J., Leurgans, M., & Arntz, A. (2011). Inter-Rater Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 75-79. DOI: 10.1002/cpp.693

- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *Neuroimage*, 49 (2), 1849-1856. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.09.019>
- Longmore, R. J. & Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behaviour therapy? *Clinical Psychology Review*, 27 (2), 173-187. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.001>
- Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J. Escala de Experiências Precoces de Vida. Manuscrito não publicado.
- Lopes, B., & Pinto-Gouveia, J. (2005a). Tradução para a língua portuguesa do 'The Early Life Experiences Scale'. *Manuscrito não publicado*.
- Lopes, B., Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P. (2005). Tradução para a língua portuguesa do 'Other as Shamer Scale'. *Manuscrito não publicado*.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lubin, B., & Whitlock, R. V. (2000). The Comprehensive Personality & Affect Scales (COPAS): Technical manual. Kansas City, MO: University of Missouri at Kansas City.
- Lubin, B., & Whitlock, R. V. (2002). Development of a Measure that Integrates Positive and Negative Affect and Personality: The Comprehensive Personality and Affect Scales. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (9), 1135-1156. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10042>
- Lundgren, T. (2009). Self-destructive behavior, ACT and Functional Analysis in J. T. Blackledge, J. Ciarrochi, & F. Deane (Eds.). *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory Research and Practice* (pp. 201-222). Bowen Hills, Australia: Australian Academic Press.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno.
- Lupien, S. J., King, S., Meaney, M. J. & McEwen, B. S. (2000). Child's stress hormone levels correlate with mother's socioeconomic status and depressive state. *Biological Psychiatry*, 48 (10), 976-980. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223\(00\)00965-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0006-3223(00)00965-3)
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, S. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 10 (6), 434-445. DOI: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn2639>
- Lutwak, N., & Ferrari, J. R. (1997). Shame-related social anxiety: Replicating a link with various social interaction measures. *Anxiety, Stress, and Coping*, 10 (4), 335-340. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10615809708249307>
- Lutwak, N., & Ferrari, J. R. (1997). Understanding shame in adults: Retrospective perceptions of parental-bonding during childhood. *The Journal of Nervous Disease*, 185(10), 595-598. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199710000-00001>
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T., & Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. *PLoS One*, 3 (3), 1-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0001897>
- Lutz, A., Greischar, L.L., Rawlings, N.B., Ricard, M., & Davidson, R.J. (2004) Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, 101 (46), 16369-16373. DOI: <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.0407401101>
- Lykins, E. L. B., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23 (3), 226-241. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.23.3.226>
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 459-480. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20243>
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3 (1), 181-205. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- Lyons, D., Lopez, J., Yang, C., & Schatzberg, A. (2000). Stress level cortisol treatment impairs inhibitory control of behavior in monkeys. *Journal of Neuroscience*, 20, 7816-7821.

- Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2), 339-349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.65.2.339>
- Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (1), 176-190. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.69.1.176>
- Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Rumination: Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression* (pp. 21-41). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (1), 166-177. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.75.1.166>
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1041-1060. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.77.5.1041>

M

- Maccoby, E. E. (1992). The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*, 28 (6), 1006-1017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0012-1649.28.6.1006>
- MacDonald, G. & Leary M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131 (2), 202-223. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>
- MacDonald, K. (1992). Warmth as a developmental construct: An evolutionary analysis. *Child Development*, 63 (4), 753-773. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01659.x>
- MacKillop J., & Anderson E. (2007). Further psychometric validation of the Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 289-293. DOI: 10.1007/s10862-007-9045-1
- MacKillop, J. & Anderson, E. (2007). Further Psychometric Validation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2007, Volume 29, Issue 4, 289-293. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10862-007-9045-1>
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39(1), 99-128. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327906mbr3901_4
- MacKinnon, D.P. (2008). *Introduction to Statistical Mediation Analysis*. Lawrence Erlbaum Associates. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203809556>
- MacMillan, H. L., Fleming, J. E., Streiner, D. L., Lin, E., Boyle, M. H., Jamieson, E., Duku, E. K., Walsh, C. A., Wong, M. Y., & Beardslee, W. R. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 158 (11), 1878-1883. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>
- Mahaffey, B. L., Wheaton, M. G., Fabricant, L. E., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). The contribution of experiential avoidance and social cognitions in the prediction of social anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40 (01), 52-65. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465812000367>
- Malinowski, P. (2008). Mindfulness as psychological dimension: concepts and applications. *The Irish Journal of Psychology*, 29 (1), 155-166. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/03033910.2008.10446281>
- Mallinckrodt, B., Abraham, W. T., Wei, M., & Russell, D. W. (2006). Advances in testing the statistical significance of mediation effects. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (3), 372-378. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.372>
- Marks, I. (1987). Fears, phobias and rituals: panic, anxiety and their disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15, 247-261.
- Marlatt, G. & Kristeller, J. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.) *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67-84). Washington, DC: American Psychological Association. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/10327-004>
- Marmar, C.R., Weiss, D.S., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Jordan, B.K., Kulka, R.A., Hough, R.L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder in male Vietnam theater veterans. *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.

- Marôco (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS (3.ª Ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Editor: Report Number
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review, 31*, 1276–1290. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.09.005>
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided Action*. New York: W.W. Norton.
- Martin Wolgast , Lars-Gunnar Lundh & Gardar Viborg (2013) Experiential Avoidance as an Emotion Regulatory Function: An Empirical Analysis of Experiential Avoidance in Relation to Behavioral Avoidance, Cognitive Reappraisal, and Response Suppression, *Cognitive Behaviour Therapy, 42:3*, 224-232, DOI: 10.1080/16506073.2013.773059
- Martin, L.L., & Tesser, A. (1996). Some ruminative thoughts. In R.S. Wyer Jr. (Ed.), *Ruminative thoughts* (pp. 1-47). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour Research and Therapy, 43 (5)*, 569-583. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004>
- Marziali, E. (1992). The etiology of borderline personality disorder: developmental factors. In J. F. Clarkin, E. Marziali, & Blum, H. (Eds.), *Borderline Personality Disorder: clinical an empirical perspectives* (pp. 27-44). New York, NY: Guilford Press.
- Masedo, A. I., & Esteve, M. R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behaviour Research and Therapy, 45 (2)*, 199-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.02.006>
- Masuda, A. & Tully, E. (2012). The Role of Mindfulness and Psychological Flexibility in Somatization, Depression, Anxiety, and General Psychological Distress in a Nonclinical College Sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 17*, 66- 71. DOI: 10.1177/2156587211423400
- Masuda, A., Price, M., & Latzman, R. (2012). Mindfulness moderates the relationship between disordered eating cognitions and disordered eating behaviors in a non-clinical college sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34 (1)*, 107-115. DOI: 10.1007/s10862-011-9252-7
- Matos M & Pinto-Gouveia J (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 299-312. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.659>.
- Matos M & Pinto-Gouveia J (2011a). Shamed by a parent or by others: The role of attachment in shame memories relation to depression. *Manuscript submitted for publication*.
- Matos M, & Pinto-Gouveia, J. (2011b). Shame memories that shape who we are: The moderator effect of between shame and depression. *Manuscript submitted for publication*.
- Matos M, Pinto-Gouveia J, & Duarte C (2011a). Other as Shamer: Versão portuguesa e propriedades psicométricas de uma medida de vergonha externa. *Manuscript submitted for publication*.
- Matos M, Pinto-Gouveia J, & Duarte C (2011b). When I don't Like Myself: Portuguese Version of the Internalized Shame Scale. *The Spanish journal of psychology*. Volume 15(03), 2012, 1411-1423 (In press). DOI: http://dx.doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39425
- Matos M, Pinto-Gouveia J, & Duarte C (2011c). Above and beyond emotional valence: The unique contribution of central and traumatic shame memories to psychopathology vulnerability. *Memory, Volume 20, Issue 5*, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09658211.2012.680962>
- Matos M, Pinto-Gouveia J, & Duarte C (2011d). Internalizing Early Memories of Shame and Lack of Safeness and Warmth: The Mediating Role of Shame on Depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, Volume 41(04)*, 2013, 479-493. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s1352465812001099>
- Matos M, Pinto-Gouveia J, & Gilbert P (2011). The Effect of Shame and Shame Memories on Paranoid Ideation and Social Anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 2013, Volume 20, Issue 4*, 334–349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1766>
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*, 299-312. DOI:10.1002/cpp.659
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C. (2012). When I don't Like Myself: Portuguese Version of the Internalized Shame Scale. *The Spanish Journal of Psychology, 15 (03)*, 1411-1423. DOI: http://dx.doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39425

- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Internalizing early memories of shame and lack of safeness and warmth: the mediating role of shame on depression. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 41(4):479-493. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465812001099>
- Mauss, I. B., Cook, C. L., & Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation during anger provocation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 698–711. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jesp.2006.07.003>
- Mayhew, S. & Gilbert, P. (2008). Compassionate mind training with people who hear malevolent voices: A case series report. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15 (2), 113-138. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.566>
- McCracken, L.M. & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: there is more to accept than pain itself. *European Journal of Pain*, 14 (2), 170-175. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2010.02.036>
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886 (1-2), 172-189. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0006-8993\(00\)02950-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0006-8993(00)02950-4)
- McLaughlin, K. A. & Hoeksma, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49 (3), 186-193. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- McMakin, D. L., Santiago, C. D., & Shirk, S. R. (2009). The time course of positive and negative emotion in dysphoria. *The Journal of Positive Psychology*, 4, 182-192. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/17439760802650600>
- McRae, K., Gross, J.J., Weber, J., Robertson, E.R., Sokol-Hessner, P., Ray, R.D., Gabrieli, J.D.E., Ochsner, K.O. (2012). The development of emotion regulation: An fMRI study of cognitive reappraisal in children, adolescents and young adults. *Social, Cognitive & Affective Neuroscience*, 7, 11-22. DOI: 10.1093/scan/nsr093.
- Mennin, D.S., & Fresco, D.M. (2010). Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment* (pp. 356-379). New York, NY: Guilford Press.
- Michael, T., Halligan, S., Clark, D. & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24 (5), 307-317. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20228>
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2005). Mental representations and attachment security. In M. W. Baldwin (Ed), *Interpersonal Cognition* (pp. 233-266). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2007). Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2004). Security-based self-representations in adulthood: Contents and processes. In W. S. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 159-195). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2007). Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Rom, E. (2011). The effects of implicit and explicit security priming on creative problem solving. *Cognition & Emotion*, 25, 519–531. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2010.540110>
- Miller, F. T., Abrams, T., Dulit, R., & Fyer, M. (1993). Substance abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 19, 491-497. DOI: <http://dx.doi.org/10.3109/00952999309001637>
- Miller, G. (2010). Psychology. The prickly side of oxytocin. *Science*, 328 (5984), 1343. DOI: <http://dx.doi.org/10.1126/science.328.5984.1343-a>
- Miller, S. B. (1996). Shame in context. London: The Analytic Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9780203779255>
- Mills, R. S. L. (2003). Possible antecedents and developmental implications of shame in young girls. *Infant and Child Development*, 12 (4), 329-349. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/icd.308>
- Mills, R. S. L. (2005) Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, 25 (1), 26-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2004.08.001>
- Miranda, R. & Nolen-Hoeksma, S. (2007). Brooding and reflection: Rumination predicts suicidal ideation at 1-year follow-up in a community sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (12), 3088-3095. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.07.015>
- Mitmansgruber, H., Beck, T., & Schubler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46 (4), 448-453. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>

- Mokros, H. B. (1995). Suicide and shame. *American Behavioral Scientists*, 38 (8), 1091-1103. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0002764295038008005>
- Mollon, P. (1984). Shame in relation to narcissistic disturbance. *British Journal of Medical Psychology*, 57 (3), 207-214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1984.tb02580.x>
- Moos, R. H. (1988). Coping Responses Inventory. Manual Psychological Assessment Resources, Inc. Odessa, FL
- Morgan, C., Hazlett, G., Wang, S. Richardson, E., Schnurr, P., & Southwick, S. (2001). Symptoms of dissociation in humans experiencing acute, uncontrollable stress: A prospective investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 158 (8), 1239-1247 DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1239>
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K.J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence rates and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 74-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.74>
- Morrow, J. & Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 519-527. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.58.3.519>
- Moulds, M. L., Kandris, E., Starr, S., & Wong, A. (2007). The relationship between rumination, avoidance, and depression in a nonclinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2), 251-261. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.003>
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324-333. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E., Herbison, G.P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20 (1), 7-21. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00112-3](http://dx.doi.org/10.1016/0145-2134(95)00112-3)
- Murray, L. & Cooper, P.J. (1997). Postpartum depression and child development. New York: Guilford Press.

N

- Nathanson, D. L. (1996). *Knowing feeling, affect, script and psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Company.
- Nathanson, D. L. (Ed.). (1987). *The many faces of shame*. New York: Guilford.
- Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S., Roberts, R.M., & Chen, Y. (2009). Self-kindness when facing stress: the role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97. DOI: 10.1007/s11031-008-9119-8z
- Neff, K. D. & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77 (1), 23-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2 (3), 223-250. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9, 27-37.
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52 (4), 211-214. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000215071>
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5/1, 1-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x>
- Neff, K. D., & Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007b). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4 (3), 263-287. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13576500444000317>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. & Rude, S. S. (2007a). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Dejitterat, K. (2004, January). Self-compassion: research on a promising alternative self-attitude construct. Poster presented at the 5th Annual Convention of the Society of Personality and Social Psychology, Austin, Texas.

- Neff, K.D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. DOI: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K.D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85–102. DOI: 10.1080/152988603909032
- Negrao, C. H., Bonnanno, G. A., Noll, J. G., Putman, F. W., & Trickett, P. K. (2005). Shame, humiliation, and childhood sexual abuse: distinct contributions and emotional coherence. *Child maltreatment*, 10 (4), 350-363. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1077559505279366>
- Nelson, C.A. & Bosquet, M. (2000) 'Neurobiology of fetal and infant development: implications for infant mental health'. In ZEANA, C.H. (ed.) *Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed.). New York: Guilford Press
- Nelson, E. E. & Panksepp, J. (1998). Brain substrates of infant-mother attachment: Contributions of opioids, oxytocin, and norepinephrine. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 22(3), 437-452. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7634\(97\)00052-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0149-7634(97)00052-3)
- Nesse, R. M. (1998). Emotional disorders in evolutionary perspective. *British Journal of Medical Psychology*, 71(4), 397-416. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1998.tb01000.x>
- Neumann, I. D. (2002). Involvement of the brain oxytocin system in stress coping: interactions with the hypothalamo–pituitary–adrenal axis. *Progress in Brain Research*, 12, 147-162. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0079-6123\(02\)39014-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0079-6123(02)39014-9)
- Nock, M. K. & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nolen-Hoeksema, S. & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (4), 801-814. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.77.4.801>
- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (1), 115-121. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.259>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes, *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 569-582. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.100.4.569>
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). The Other End of the Continuum: The Costs of Rumination. *Psychological Inquiry*, 9 (3), 216-219. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0903_5
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The Role of Rumination in Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (3), 504-511. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The Response Styles Theory. In Papageorgiou, C. & Wells, A. (Eds.). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 107-124) John Wiley & Sons. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/9780470713853.ch6>
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161-187 DOI: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*, 25 (1), 37-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-6402.00005>
- Nolen-Hoeksema, S., & Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 51 (6), 704-708. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
- Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression and alcohol use: Tests of gender differences. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16 (4), 391-403. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/jcop.16.4.391.52526>
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (5), 1061-1072. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.77.5.1061>

- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response Styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (1), 20-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.102.1.20>
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67* (1), 92-104. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.67.1.92>
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 116* (1), 198-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.116.1.198>
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 198-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.116.1.198>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3* (5), 400-424. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). USA: McGraw Hill.

O

- Oatley, K., Keltner, D., & Jenkins, J. M. (2006). *Understanding emotions*, Second edition. UK: Blackwell.
- Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2004). Thinking makes it so: A social cognitive neuroscience approach to emotion regulation. In R.F. Baumeister & K. D. Vohs (Eds.), *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications* (pp.229-255). New York: The Guilford Press.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Currents Directions in Psychological Science, 17*, 153–158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x>
- Ochsner, K. N., Ray, R. D., Cooper, J. C., Robertson, E. R., Chopra, S., Gabrieli, J. D., et al. (2004). For better or for worse: Neural systems supporting the cognitive down- and up-regulation of negative emotion. *Neuroimage, 23*(2), 483-499. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.06.030>
- Ochsner, K.N. & Gross, J.J. (2008). Cognitive emotion regulation: Insights from social cognitive and affective neuroscience. *Current Directions in Psychological Science, 17* (2), 153-158. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x>
- Ogilvie, D. M. (1987). The Undesired Self: A Neglected Variable in Personality Research. *Journal of Personality and Social Psychology, 52* (2), 379-388. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.52.2.379>
- Ongen, D. E. (2006). The relationship between self-criticism, submissive behavior and depression among Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences, 41* (5), 793-800. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.03.013>
- Orcutt, H. K., Pickett, S., & Pope, E. (2005). Experiential avoidance and forgiveness as mediators in the relation between traumatic life events and PTSD symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24* (7), 1003-1029. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2005.24.7.1003>
- Ortner, C.N.M., Kilner, S.J., & Zelazo, P.D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion, 31* (4), 271-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11031-007-9076-7>
- Öst, L. G. (2009). Inventing the wheel once more or learning from the history of psychotherapy research methodology: Reply to Gaudiano's comments on Öst's (2008) review. *Behaviour Research and Therapy, 47* (12), 1071-1073. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.024>
- Ottensbreit, N.D. & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour Research and Therapy, 42* (3), 293–313. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00140-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00140-2)

P

- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade Stress de Lovibond e Lovibond. *Psicologica, 36*, 235-246.

- Palmer, A. & Rodger, S. (2009). Mindfulness, stress, and coping among university students. *Canadian Journal of Counselling, 43* (3), 198-212.
- Panksepp, J. (2010). Affective neuroscience of the emotional brainmind: Evolutionary perspectives and implications for understanding depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 12*, 383-399.
- Panksepp, J., Nelson, E., & Bekkedal, M. (1999). Brain systems for the mediation of social separation distress and social-reward: Evolutionary antecedents and neuropeptide intermediaries. In C.S. Carter, I.I. Lederhendler, & B. Kirkpatrick (Eds.), *The integrative neurobiology of affiliation* (pp. 221–244). Cambridge, MA: MIT Press.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- Paolucci, E.O., Genuis, M.L., Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology, 135* (1), 17-36. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00223980109603677>
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). Nature, functions, beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou, & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 12-13). Chichester, England: John Wiley & Sons. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/9780470713853.ch1>
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8* (2), 160-164. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s1077-7229\(01\)80021-3](http://dx.doi.org/10.1016/s1077-7229(01)80021-3)
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research, 27* (3), 261-273. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1023962332399>
- Paris, J. & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry, 42*, 482-487. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Parke, R. D., & Buriel, R. (2006). Socialization in the family: Ethnic and ecological perspectives. In N. Eisenberg, W. Damon & R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (6th ed., Vol. 3, pp. 429-504). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Parker, G. (1979). Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry, 134* (2), 138-147. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.134.2.138>
- Parker, G. (1983). *Parental overprotection: A risk factor in psychosocial development*. New York: Grune and Stratton.
- Parker, G. (1984). The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Social Psychiatry, 19*, 75-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00583818>
- Parker, G. (1989). The parental bonding instrument: psychometric properties reviewed. *Psychiatric Developments, 4*, 317-335.
- Parker, G. (1990). The Parental Bonding Instrument: A decade of research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 281-282. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00782881>
- Parker, G., Roy, K., Wilhelm, K., Mitchell, P., Austin, M. P., Hadzi-Pavovic, D. (1999). An exploration of links between early parenting experiences and personality disordered personality functioning. *Journal of Personality Disorders, 13* (4), 361-374. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1999.13.4.361>
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L.B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology, 52*, 1-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.1979.tb02487.x>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology, 51* (6), 768–774. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1)
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior, 19* (1), 2-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2136319>
- Penley, J. A., Tomaka, J., & Wiebe, J. S. (2002). The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *Journal of Behavioral Medicine, 25*, 551-603. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1020641400589>
- Perlman, S. B., Camras, L. A., & Pelphrey, K. A. (2008). Physiology and functioning: Parent's vagal tone, emotion socialization, and children's emotion knowledge. *Journal of Experimental Child Psychology, 100*, 308-315. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jecp.2008.03.007>
- Perris, C. (1994). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest manifest psychopathology: A theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arinndell, & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and psychopathology*. Chichester: Wiley.

- Perris, C. (1994a). Linking the experience of dysfunctional parental rearing with manifest psychopathology: a theoretical framework. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and Psychopathology*, (pp. 3-32). John Wiley and Sons.
- Perris, C. (1994b). Parental rearing and schizophrenic disorders. In C. Perris, W. A. Arrindell & M. Eisemann (Eds.), *Parenting and Psychopathology*, (pp. 309-333). John Wiley and Sons.
- Perris, C., Arrindell, W. A., Perris, H., Eisemann, M., Van der Ende, J., von Knorring, L. (1986). Perceived depriving parental rearing and depression. *British Journal of Psychiatry*, 148, 170-175. DOI: <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.148.2.170>
- Perris, C., Jacobson, L., Linndstorm, H., von Knorring, L. & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 61 (4), 265-274. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x>
- Perris, C., Jacobsson, L., Linndstrom, H. & von Knorring, L. (1980). Devepoment of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61 (4), 265-274. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1980.tb00581.x>
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and “use-dependent” development of the brain: how “states” become “traits”. *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 271-291. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(199524\)16:4<271::aid-imhj2280160404>3.0.co;2-b](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(199524)16:4<271::aid-imhj2280160404>3.0.co;2-b)
- Perry, J. C. & Herman, J. L. (1993). Trauma and defense in the etiology of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (pp.123-140). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Phan K.L., Wager, T., Taylor, S.F., & Liberzon, I. (2002) Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16 (2), 331–348. DOI: <http://dx.doi.org/10.1006/nimg.2002.1087>
- Phan, K.L., Wager, T.D, Taylor, S.F., &Liberzon, I. (2004). Functional neuroimaging studies of human emotions. *CNS Spectrums*, 9(4), 258-266.
- Philippot, P. (2013). Emotion Regulation: A Heuristic Paradigm for Psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 600-607. DOI: <http://dx.doi.org/10.5127/jep.034513>
- Pierrehumbert, B., Torrissi, R., Ansermet, F., Borghini, A., & Halfon, O. (2012). Adult attachment representations predict cortisol and oxytocin responses to stress. *Attachment & Human Development*, 14 (5), 453-476. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2012.706394>
- 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. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/acp1689>
- Pinto-Gouveia, J. & Matos, M. (2010). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25 (2), 281-290. DOI:10.1002/acp.1689.
- Pinto-Gouveia, J., & Albuquerque, P. (2011). Portuguese version of the White Bear Suppression Inventory. Manuscript in preparation.
- Pinto-Gouveia, J., Dinis, A., & Matos, M. (2008). Tradução para a língua portuguesa do “Types of Positive Affect Scales”. *Manuscrito não publicado*.
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M., Castilho, P., & Xavier, A. (2012). Differences between depression and paranoia: the role of emotional memories, shame and subordination. *Clinical psychology and Psychotherapy*, 21 (1), 49-61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1818>
- Plumb, J. C., Orsillo, S. M., & Luterek, J. A. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35 (3), 245-257. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.011>
- Polusny, M. A., Rosenthal, M. Z., Aban, I., & Follette, V. M. (2004). Experiential avoidance as a mediator of the effects of adolescent sexual victimization on negative adult outcomes. *Violence and Victims*, 19 (1), 109-120. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/vivi.19.1.109.33238>
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/08039480500320025>

- Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G. Freeman, J., Faulkner, C., Shelton, C. (2006). The BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20 (3), 247-260. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.247>
- Porges, S. W. (1995). Cardiac vagal tone: A physiological index of stress. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 19(2), 225-233. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0149-7634\(94\)00066-A](http://dx.doi.org/10.1016/0149-7634(94)00066-A)
- Porges, S. W. (1995). Orienting in a defensive world: Mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal Theory. *Psychophysiology*, 32(4), 301-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8986.1995.tb01213.x>
- Porges, S. W. (1996). Psychological regulation in high-risk infants: A model assessment and potential intervention. *Development and Psychopathology*, 8(1), 43-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579400006969>
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology & Behavior*, 79(3), 503-513. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00156-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00156-2)
- Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology*, 74(2), 116-143. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009>
- Power, M. J. (Ed.) (2004). *Mood disorders: A handbook of science and practice*. Chichester: Wiley.
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2009). Response to 'Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons?' *Psychotherapy & Psychosomatics*, 78 (6), 380a-381. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000235979>
- Powers, M.B., Vörding, M.B., & Emmelkamp, P. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78 (2), 73-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000190790>
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder (Foundations of Modern Psychiatry)*. New York: The Guilford Press.
- Putnam, F. W. (1991). Dissociative disorders in childrens and adolescents: A developmental perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 519-532.
- Putnam, F. W. (1994). Dissociation and disturbances of self. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.) *Rochester symposium on developmental psychopathology: Vol.5 Disorders and dysfunctions of the self* (pp.251-265). New York: University of Rochester Press.
- Putnam, F.W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescence Psychiatry*, 42 (3), 269-278. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200303000-00006>

R

- Raes, F. & Williams, J.M.G. (2010). The Relationship between Mindfulness and Uncontrollability of Ruminative Thinking. *Mindfulness*, 1 (4), 199-203. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s12671-010-0021-6>
- Raes, F. (2010). Ruminating and worry as mediators of the relationship between self-compassion and anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 48 (6), 757-761. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.023>
- Raes, F., Dewulf, D., Van Heeringen, C., & Williams, J.M.G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non-randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (7), 623-627. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.03.007>
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27 (2), 279-293. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(96\)80018-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(96)80018-9)
- Rasmussen, M. K., & Pidgeon, A. M. (2011). The direct and indirect benefits of dispositional mindfulness on self-esteem and social anxiety. *Anxiety, Stress & Coping*, 24 (2), 227-233. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2010.515681>
- Rawal, A. Park, R. J. & Williams, M. G. (2010). Rumination, experiential avoidance, and dysfunctional thinking in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (9), 851-859. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.009>
- Rende, R. (2000). Emotion and behavior genetics. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp.192-202). New York Guilford.

- Richards, J. M., & Gross, J. J. (1999). Composure at any cost? The cognitive consequences of emotion suppression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25 (8), 1033-1044. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/01461672992511010>
- Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (3), 410-424. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.79.3.410>
- Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 82 (2), 171-184. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/147608308x395213>
- Richter, J. & Eisemann, M. (2000). Stability of Memories of Parental Rearing Among Psychiatric Inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 256-261. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879\(200010\)7:4<256::AID-CPP256>3.0.CO;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/1099-0879(200010)7:4<256::AID-CPP256>3.0.CO;2-1)
- Rimes, K.A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgment in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (12), 1673-1681. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.002>
- Robins, C. J. & Rosenthal, M. Z. (2011). Dialectical Behavior Therapy. In J. D. Herbert & Forman, E. M. (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies* (pp.164-193). New York: John Wiley & Sons, Inc. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118001851.ch7>
- Robinson, L. R., Morris, A. S., Heller, S. S., Scheeringa, M. S., Boris, N. W., & Smyke, A. T. (2009). Relations between emotion regulation, parenting, and psychopathology in young maltreated children in out of home care. *Journal of Child and Family Studies*, 18 (4), 421-434. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10826-008-9246-6>
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinical depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (12), 1283-1289. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.002>
- Roemer, L. & Orsillo, S. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 172-178. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg020>
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2002). Expanding Our Conceptualization of and Treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating Mindfulness/ Acceptance-Based Approaches With Existing Cognitive-Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 54-68. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.9.1.54>
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2005). An Acceptance-Based Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder. In S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.). *Acceptance and Mindfulness-Based Approaches to Anxiety: Conceptualization and Treatment*. (pp. 213-240). New York: Springer. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/0-387-25989-9_9
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2009). An Acceptance- Based Behavioral Conceptualization of Clinical Problems. In L. Roemer & S. M. Orsillo (Eds.). *Mindfulness- and acceptance-based behavioral therapies in practice*, (pp.17-33). New York: Guilford Press.
- Roemer, L. & Orsillo, S.M. (2001, July). The role of experiential avoidance in generalized anxiety disorder. Paper presented at the annual convention of the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy. Vancouver, Canada.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40 (2), 142-154. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2008.04.001>
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S., & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research*, 29 (1), 71-88. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-005-1650-2>
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15 (6), 619-626. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(93\)90003-L](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(93)90003-L)
- Rohner, R. P. (2004). The parent 'acceptance-rejection syndrome': universal correlates of perceived rejection. *American Psychologist*, 59 (8), 830-840. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066x.59.8.830>
- Rohner, R.P. (1986). *The warmth dimension: Foundations of parental acceptance-rejection theory*. Beverly Hills: Sage.

- Rosch, E. (2007). More than mindfulness: When you have a tiger by the tail, let it eat you. *Psychological Inquiry*, 18 (4), 258-264. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10478400701598371>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 244-253. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.244>
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1173-1185. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.006>
- Rosenthal, M. Z., Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2006). Self-punishment as a regulation strategy in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 232-246. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.232>
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 28, 75-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>
- Rosenthal, Z. M., Polusny, M. A., & Follette, V. M. (2006). Avoidance mediates the relationship between perceived criticism in the family of origin and psychological distress in adulthood. *Journal of Emotional Abuse*, 6(1), 87-102. DOI: http://dx.doi.org/10.1300/j135v06n01_05
- Ross, C., Joshi, S., & Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147 (11), 1547-1552; Ross, C., Joshi, S., & Currie, R. (1991). Dissociative experiences in the general population: A factor analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 42 (3), 297-301.
- Rothbart, M. K., & Bates, J. E. (1998). Temperament. In W. Damon (Series Ed.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development* (5th ed., pp. 105-176). New York: Wiley.
- Roy, J. (1958). Step-down procedure in multivariate analysis. *Annals of Mathematical Statistics*, 29 (4), 1177-1187. DOI: <http://dx.doi.org/10.1214/aoms/1177706449>
- Roy, S.N. & Bargmann, R.E. (1958). Tests of multiple independence and the associated confidence bounds. *The Annals of Mathematical Statistics*, 29 (2), 491-503. DOI: <http://dx.doi.org/10.1214/aoms/1177706624>
- Rude, S. S., Maestas, K. L., & Neff, K. (2007). Paying attention to distress: What's wrong with rumination? *Cognition and Emotion*, 21 (4), 843-864. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/02699930601056732>
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162.
- Rüsch, N., Corrigan, P.W., Bohus, M., Kühler, T., Jacob, G.A., & Lieb, K. (2007) The impact of posttraumatic stress disorder on dysfunctional implicit and explicit emotions among women with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 537-539. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/nmd.0b013e318064e7fc>
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., et al. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (3), 500-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.164.3.500>
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G.A., Corrigan, P.W., & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164 (3), 500-508. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.164.3.500>
- Russ, M. J., Shearin, E.N., Clarkin, J. F., Harrison, K., & Hull, J. W. (1993). Subtypes of self-injurious patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1869-1871.
- Rusting, C. L., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulating responses to anger: Effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3), 790-803. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.74.3.790>
- Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J., & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9, 335-364. DOI: [10.1017/S0954579497002083](http://dx.doi.org/10.1017/S0954579497002083)

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2004). Autonomy is no illusion: Selfdetermination Theory and the empirical study of authenticity, awareness, and will. In J. Greenberg, S. L. Koole, & T. Pyszczynski (Eds.), *Handbook of Experimental Existential Psychology* (pp. 449-479). New York: Guilford.

S

Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T., & Preacher, J. K. (2006). Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93 (1-3), 71-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2006.02.014>

Saffrey, C., & Ehrenberg, M. (2007). When thinking hurts: attachment, rumination, and postrelationship adjustment. *Personal Relationships*, 14 (3), 351-368. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00160.x>

Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J., & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and Individual Differences*, 42, 491-502. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2006.08.006>

Salters-Pedneault, K., Steenkamp, M., & Litz, B. T. (2010). Suppression. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.) *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 137-156). New York, NY: Guilford Press.

Salters-Pedneault, K., Tull, M. T., & Roemer, L. (2004). The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 95-114. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.appsy.2004.09.001>

Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotional regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp.606-615). New York: Guilford Press.

Scaramella, L. V., Conger, R. D., & Simons, R. L. (1999). Parental protective influences and gender-specific increases in adolescent internalizing and externalizing problems. *Journal of Research on Adolescence*, 9 (2), 111-141. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327795jra0902_1

Schmahl, C. G., Elzinga, B. M., Ebner, U. W., Simms, T., Sanislow, C., Vermetten, E. et al., (2004). Psychophysiological reactivity to traumatic and abandonment scripts in borderline personality and posttraumatic stress disorders: A preliminary report. *Psychiatry Research*, 126(1), 33-42. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2004.01.005>

Schmaling, K. B., Dimidjian, S., Katon, W., & Sullivan, M. (2002). Response styles among patients with minor depression and dysthymia in primary care. *Journal of Abnormal Psychology*, 111 (2), 350-356. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.111.2.350>

Schore, A. (2000). Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment & Human Development*, 2 (1), 23-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/146167300361309>

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9781410604163>

Schore, A. N. (1996). The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8 (1), 59-87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579400006970>

Schore, A.N. (1998). Early shame experiences and infant brain development. In P. Gilbert & B. Andrews, (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology and culture* (pp. 57-77). New York: Oxford University Press.

Schore, A.N. (2000). Attachment and the regulation of the right brain'. *Attachment & Human Development*, 2(1), 23-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/146167300361309>

Schore, A.N. (2001a). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 201-269. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::aid-imhj8>3.0.co;2-9](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::aid-imhj8>3.0.co;2-9)

Schore, A.N. (2001b). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 7-66. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<7::aid-imhj2>3.0.co;2-n](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<7::aid-imhj2>3.0.co;2-n)

Schore, A.N. (2001c) 'Minds in the making: attachment, the self-organising brain, and developmentally-orientated psychotherapy'. *British Journal of Psychotherapy*, 17(3), 299-328. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-0118.2001.tb00593.x>

- Schreurs, P. J. G., Tellegen, B., & van de Willige, G. (1984). Gezondheid, stress en coping: De ontwikkeling van de Utrechtse Coping Lijst [Health, stress and coping: The development of the UCL]. *Gedrag, Tijdschrift voor Psychologie*, 12, 107-117.
- Schroevers, M. J., & Brandsma, R. (2010). Is Learning Mindfulness Associated with Improved Affect After Mindfulness-Based Cognitive Therapy? *British Journal of Psychology*, 101 (1), 95-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.1348/000712609x424195>
- Schumacker, R., & Lomax, R. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates. DOI: <http://dx.doi.org/10.4324/9781410610904>
- Schwartz, J. L. & McCombs, T. A. (1995). Perceptions of coping responses exhibited in depressed males and females. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 849-860.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Shallcross, A. J., Troy, A. S., Boland, M., & Mauss, I. B. (2010). Let it be: Accepting negative emotional experiences predicts decreased negative affect and depressive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (9), 921-929. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.025>
- Shapiro, D. H. (1992). A preliminary study of long term meditators: Goals, effects, religious orientation, cognitions. *Journal of Transpersonal Psychology*, 24 (1), 23-39.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: The effects of Mindfulness-Based Stress Reductions on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115. DOI: 10.1037/1931-3918.1.2.105
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). *Mechanisms of mindfulness*. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized control trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176. DOI: 10.1037/1072-5245.12.2.164
- Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among inpatients women with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 524-526.
- Shiota, M. & Levenson R. (2009). Effects of aging on experimentally instructed detached reappraisal, positive reappraisal, and emotional behavior suppression. *Psychology and Aging*, 24 (4), 890-900. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0017896>
- Shipman, K. L. & Zeman, J. (2001). Socialization of children's emotion regulation in mother-child dyads: A developmental psychopathology perspective. *Development and Psychopathology*, 13 (2), 317-336.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, 'mindsight' and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 67-94. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<67::aid-imhj3>3.0.co;2-g](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<67::aid-imhj3>3.0.co;2-g)
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. New York: The Guilford Press.
- Siegel, R. D., Germer, C. K., & Olendzki, A. (2009). Mindfulness: What Is It? Where Did It Come From? In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 17-36). New York: Springer. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_2
- Sigmon, S. T., Stanton, A. L., & Snyder, C. R. (1995). Gender differences in coping: A further test of socialization and role constraint theories. *Sex Roles*, 33, 565-587. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01547718>
- Silberstein, L., Tirch, D., & Leahy, R., Relationships Among Emotional-Schemas, Psychological Flexibility, Dispositional Mindfulness, & Emotion Regulation in Adult Cognitive-Behavioral Therapy Outpatients. Paper Presented at Association for Contextual and Behavioral Sciences annual convention, Reno, Nevada. May, 2010.
- Silberstein, L., Tirch, D., Leahy, R. L., & McGinn, L. (2012). Mindfulness, psychological flexibility and emotional schemas. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 406-419. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.406>
- Silk, J.S., Steinberg, L., Morris, A.S. (2003). Adolescents' emotion regulation in daily life: Links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Development*, 74 (6), 1869-1880. DOI: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1467-8624.2003.00643.x>

- Silk, K. R., Wolf, T. L., Ben-Ami, D. A. (2005). Environmental factor in the etiology of borderline personality disorder. In M. Zanatini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp.41-62). Boca Raton, FL: Taylor and Francis Group.
- Silvers, J. A., McRae, K., Gabrieli, J. D., Gross, J. J., Remy, K. A., & Ochsner, K. N. (2012). Age-Related Differences in Emotional Reactivity, Regulation, and Rejection Sensitivity in Adolescence. *Emotion*, 12 (6), 1235-1247. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0028297>
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R., & Stanley, M. (1992). Self-mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 149, 221-226.
- Sloman, L., Gilbert, P., & Hasey, G. (2003). Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74 (2), 107-121. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00116-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00116-7)
- Smith, J. M., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: Multiple pathways to self-injurious thinking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36 (4), 443-454. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/suli.2006.36.4.443>
- Smith, J., Sanfilippo, J., Liu, R., Reilly, D., Feldman, K., Wagner, C., Bender, R., Albert, D., & Alloy, L.B. (2007). Experiential avoidance strategies in high ruminating university students. Poster presented at the annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies.
- Smith, N., Lam, D., Bifulco, A., & Checkley, S. (2002). Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (12), 572-579. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-002-0589-9>
- Sober, E. (2002). Kindness and cruelty in evolution In R. Davidson & A. Harrington (Eds.), *Visions of Compassion: Western Scientists and Tibetan Buddhists Examine Human Nature*. Oxford University Press, New York. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195130430.003.0004>
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Self-mutilation and suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8, 257-267. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1994.8.4.257>
- Southam-Gerow, M. A. & Kendall, P. C. (2002). Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*, 22 (2), 189-222. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358\(01\)00087-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0272-7358(01)00087-3)
- Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1 (1), 25-37. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.1.1.25>
- Spielberger, C. D. (1988). *Professional Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)* (research ed.). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spitzer C, Klauer T, Grabe HJ, Lucht M, Stieglitz RD, Schneider W, Freyberger HJ. (2003). Gender differences in dissociation. A dimensional approach. *Psychopathology*, 36 (2), 65-70. DOI: <http://dx.doi.org/10.1159/000070360>
- Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P., Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: A prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96 (4), 883-897. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0014755>
- Stanley, B. & Wilson, S.T. (2006). Heightened subjective experience of depression in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 307-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2006.20.4.307>
- Stein, M.B., Walker, J.R., Anderson, G., Hazen, A.L., Ross, C.A., Eldridge, G., et al (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275-277.
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2002). The relations of anxiety sensitivity, experiential avoidance, and alexithymic coping to young adults' motivations for drinking. *Behavior Modification*, 26 (2), 274-296. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0145445502026002007>
- Stiglmayr, C. E., Shapiro, D. A., Stieglitz, R. D., Limberger, M. F., & Bohus, M. (2001). Experience of aversive tension and dissociation in female patients with borderline personality disorder: A controlled study. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 111-118. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956\(01\)00012-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3956(01)00012-7)
- Stiglmayr, C., Grathwol, T., Linehan, M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: A computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 372-379. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00466.x>

- Strosahl, K. D., Hayes, S. C., Bergan, J., & Romano, P. (1998). Assessing the field effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy: An example of the manipulated training research method. *Behavior Therapy*, 29 (1), 35-64. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894\(98\)80017-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7894(98)80017-8)
- Stuewig J & McCloskey L (2005). The impact of maltreatment on adolescent shame and guilt: Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10, 324-336.
- Stuewig, J., & McCloskey L. (2005). The relation of child maltreatment to shame and guilt among adolescents: Psychological routes to depression and delinquency. *Child Maltreatment*, 10, 324-336. DOI: 10.1177/1077559505279308
- Susman, V. L. & Katz, J. L (1988). Weaning and depression: another postpartum complication. *American Journal of Psychiatry*, 145, 498-501.
- Swann, W. B., Hixon, J. G., Stein-Seroussi, A., & Gilbert, D. T. (1990). The fleeting gleam of praise: Cognitive processes underlying behavioral reactions to self-relevant feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 17-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.59.1.17>
- Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A., & Linehan, M. M. (2001). The application of dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorders on inpatients units. *Psychiatric Quarterly*, 72(4), 307-324. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1010337231127>

T

- Tabachnick, B., G. & Fidell, L.S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5th Ed.). Boston, MA: Pearson Education.
- Tager, D.T., Good, G.E., & Brammer, S. (2010). "Walking over 'em": An exploration of relations between emotion dysregulation, masculine norms, and intimate partner abuse in a clinical sample of men. *Psychology of Men and Masculinity*, 11 (3), 233-239. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0017636>
- Takano, K., Tanno, Y. (2009). Self-rumination, self-reflection, and depression: Self-rumination counteracts the adaptive effect of self-reflection. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (3), 260-264. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.008>
- Talbot, J. A., Talbot, N. L., & Tu, X. (2004). Shame-proneness as a diathesis for dissociation in women with histories of childhood sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (5), 445-448. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/b:jots.0000048959.29766.ae>
- Tamir, M., John, O. P., Srivastava, S., & Gross, J. J. (2007). Implicit theories of emotion: Affective and social outcomes across a major life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 731-744. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.92.4.731>
- Tangney, J. P. (1990). Assessing individual differences in proneness to shame and guilt: development of the self-conscious affect and attribution inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(1), 102-111. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.59.1.102>
- Tangney, J. P. (1993). Shame and guilt. In C. G. Costello (Ed.), *Symptoms of depression* (pp.161-181). NewYork: Wiley.
- Tangney, J. P. (1995a). Recent advances in the empirical study of shame and guilt. *American Behavioral Scientist*, 38(8), 1132-1145. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0002764295038008008>
- Tangney, J. P. (1995b). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds), *Self-Conscious Emotions: The Psychology of Shame, Guilt, Embarrassment and Pride*. Guilford: New York; 114-139.
- Tangney, J. P. (1996). Conceptual and methodological issues in the assessment of shame and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (9), 741-754. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00034-4](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(96)00034-4)
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. Guilford Press; New York.
- Tangney, J. P., Burggraf, S. A., Wagner, P. E. (1995). Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms. In J. P. Tangney & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 343-367). NewYork: Guilford.
- Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L., & Barlow, D. H. (1996). Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70 (6), 1256-1269. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.70.6.1256>

- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1989). *The test of self-conscious affect*. Fairfax, VA: George Mason University Press.
- Tangney, J. P., Wagner, P., & Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 101* (3), 469-478. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0021-843x.101.3.469>
- Tangney, J. P., Wagner, P., Fletcher, C., & Gramzow, R. (1992). Shamed into anger? The relation of shame and guilt to anger and self-reported aggression. *Journal of Personality and Social Psychology, 62* (4), 669-675. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.62.4.669>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* (Paperback edition 1999). Cambridge University Press. ISBN 0- 521-77850
- Taylor, S. E., Lerner, J. S., Sage, R. M., Lehman, B. J., & Seeman, T. E. (2004). Early environment, emotions, responses to stress, and health. Special Issue on personality and health. *Journal of Personality, 72* (6), 1365-1393. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00300.x>
- Taylor, S. E., Way, B. M., Welch, W. T., Hilmert, C. J., Lehman, B. J., & Eisenberger, N. I. (2006). Early family environment, current adversity, the serotonin transporter polymorphism, and depressive symptomatology. *Biological Psychiatry, 60* (7), 671-676. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.04.019>
- Taylor, S.E. (2002). *The tending instinct: How nurturing is essential to who we are and how we live*. New York: Holt.
- 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* (2), 275-287. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006x.70.2.275>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy, 33* (1), 25-39. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)e0011-7](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(94)e0011-7)
- Teicher, M., Tomoda, A., & Andersen, S. (2006) Neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment: are results from human and animal studies comparable? *Annals of the New York Academy of Sciences, 1071* (1), 313-323. DOI: <http://dx.doi.org/10.1196/annals.1364.024>
- Teicher, M.H., Samson, J.A., Polcari, A., & McGreenery, C.E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry, 163* (6), 993-1000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.6.993>
- Thompson, B. L. & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders, 24* (4), 409-415. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.02.005>
- Thompson, R. & Zuroff, D.C. (1999). Development of self-criticism in adolescent girls: Roles of maternal dissatisfactions, maternal coldness, and insecure attachment. *Journal of Youth and Adolescence, 28* (2), 197-209. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1021601431296>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 59* (2-3), 25-52, 250-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x>
- Thompson, R. A. (2011). Emotion and emotion regulation: Two sides of the developing coin. *Emotion Review, 3* (1), 53–61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1754073910380969>
- Thompson, R. A., & Calkins, S.D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology, 8* (01), 163-182. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/s0954579400007021>
- Thompson, R.A. (2008). Early attachment and later development. In J. Cassidy & P.R. Shaver, (Eds.), *Handbook of attachment: theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 348–365). New York: Guilford Press.
- Tirch, D. D., Leahy, R. L., Silberstein, L. R., & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy, 5*(4), 380-391. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.380>
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry, 58*, 590-596. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Tracy, J. L. & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry, 15* (2), 103-125. DOI: http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1502_01

- Trapnell, P. D., & Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (2), 284-304. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.76.2.284>
- Trevarthen, C. & Aitken K. (2001). Infant intersubjectivity: Research, theory, and clinical applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42 (1), 3-48. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00701>
- Treynor, W., Gonzales, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 247-259. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1023910315561>
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2007) Regulation of Positive Emotions: Emotion regulation Strategies that Promote Resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8, 311-333. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10902-006-9015-4>
- Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2008). Further examination of the relationship between anxiety sensitivity and depression: The mediating role of experiential avoidance and difficulties engaging in goal-directed behavior when distressed. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 199-210. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.03.005>
- Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., & Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (11), 754-761. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000144694.30121.89>
- Tull, M.T, Rodman, S. A., & Roemer, L. (2008). An examination of the fear of bodily sensations and body hypervigilance as predictors of emotion regulation difficulties among individuals with a recent history of uncued panic attacks. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 750-760. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.08.001>
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 89-106. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>
- Turner, B. J., Chapman, A. L., & Layden, B. K. (2012). Intrapersonal and interpersonal functions of non suicidal self-injury: Associations with emotional and social functioning. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 36-55. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00069.x>
- Twohig, M. P. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 243-252. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.10.002>
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (5), 705-716, DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0020508>
- Twohig, M. P., Masuda, A., Varra, A. A., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for anxiety disorders. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 101-130). New York: Kluwer/Springer-Verlag. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/0-387-25989-9_4
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40 (4), 619-632. DOI: <http://dx.doi.org/10.1901/jaba.2007.619632>
- Tyrka, A.R., Price, L.H., Marsit, C., Walters, O.C., & Carpenter, L.L. (2012). Childhood adversity and epigenetic modulation of the leukocyte glucocorticoid receptor: Preliminary findings in healthy adults. *PLoS ONE*, 7(1):e30148. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0030148>

U

- Uväs-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 819-835. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530\(98\)00056-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(98)00056-0)
- Uvnäs-Moberg, K., (1997). Oxytocin linked antistress effects – the relaxation and growth response. *Acta Psychologica Scandinavica* 640 (Suppl.), 38-42.

V

- Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation of trauma. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 83-93.
- Van der Kolk, B. A., Perry, J. C., & Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 1665-1671.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. L. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, *20*, 713-736.
- Vilardaga, R., Hayes, S. C., & Schelin, L. (2007). Philosophical, theoretical and empirical foundations of Acceptance and Commitment Therapy. *Anuario de Psicología*, *38*, 117-128.

W

- Wagner, A. W. & Linehan, M. M. (1997). Biosocial perspective on the relationship of childhood sexual abuse, suicidal behavior, and borderline personality disorder. In M. C. Zanarini (Ed.), *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder* (pp.203-223). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Wagner, A. W. & Linehan, M. M. (1998). Dissociation. In V.M. Follette, J.J. Ruzek, & F.R. Abueg (Eds.), *Trauma in context: A cognitive-behavioral approach* (pp. 191-225). New York: The Guildford Press.
- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1998). Dissociative behavior. In V. M. Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp.191-225). New York: The Guilford Press.
- Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness – the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, *40* (8), 1543-1555. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.025>
- Walsh, B. (2007). Clinical assessment of self-injury: A practical guide. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(11), 1057-1068. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20413>
- Wang, S. (2005). A conceptual framework for integrating research related to the physiology of compassion and wisdom of Buddhist teachings. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 75-120). London: Brunner-Routledge.
- Ward, A. H., Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *29* (1), 96-107. DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/0146167202238375>
- Washington, F. (2006). The relationship among rumination and distraction in pathological gamblers. University of Northern Colorado. *Unpublished Dissertation*. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/e581202006-001>
- Watkins, E. & Moulds, M.L. (2004). Reduced concreteness of rumination in depression: A pilot study. *Personality and Individual Differences*, Volume 43, Issue 6, (2007), 1386–1395. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2007.04.007>
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: Impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion*, *5* (3), 319-328. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.5.3.319>
- Watkins, E., & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, *110* (2), 353-357. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843x.110.2.333>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative Affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54* (6), 1063–1070. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- 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* (6), 1063-1070. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.54.6.1063>
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S. A., & Colburn, T.A. (2007). Psychological maltreatment: Its relationship to shame, guilt, and depression. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, *31* (11-12), 1143-1153. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.09.003>

- Wegner, D. M. & Erber, R. (1992). The hyperaccessibility of suppressed thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 903-912. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.63.6.903>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101, 34-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62(4), 615-640. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.5>
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Knutson, B., & McMahon, S. R. (1991). Polluting the stream of consciousness: The effect of thought suppression on the mind's environment. *Cognitive Therapy and Research*, 15 (2), 141-152. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/bf01173204>
- Wegner, D.M., Schneider, D.J., Carter, S.R., & White, T.L. (1987). Paradoxical effects of thoughts suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (1), 5-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.53.1.5>
- Weinrib, A. (2011). Investigating experiential avoidance as a mechanism of action in a mindfulness intervention. Doctoral thesis. Unpublish manuscript.
- Weissman, M. & Klerman, G. (1977). Sex differences in the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34 (1), 98-111. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770130100011>
- Weissman, M., Bland, R., Joyce, P., Newman, S., Wells, J., & Wittchen, H-U. (1993). Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *Journal of Affective Disorders*, 29 (2-3), 77-84. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90025-f](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(93)90025-f)
- Welch, S. S. & Linehan, M. (2002). High risk situation associated with parasuicide and drug use in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 16, 561-569. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.16.6.561.22141>
- Welford, M. (2010). A Compassion Focused Approach to Anxiety Disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 124-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.124>
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the QMC-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (4), 385-396- DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00147-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A. (2004). Meta-cognitive beliefs in the maintenance of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford.
- Wells, A. (2010). Metacognitive therapy. In J. D. Herbert & E. M. Forman (Eds.), *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*. New York: Wiley. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/9781118001851.ch4>
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought Suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91. DOI: [10.1146/annurev.psych.51.1.59](http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.51.1.59)
- Wenzlaff, R.M., & Bates, D.E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (6), 1559-1571. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.75.6.1559>
- Wenzlaff, R.M., & Luxton, D.D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 293-308. DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/a:1023966400540>
- Wenzlaff, R.M., Wegner, D.M., & Roper, D.W. (1988). Depression and mental control: The resurgence of unwanted negative thoughts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55 (6), 882-892. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.55.6.882>
- Werner, K. & Gross, J. J. (2010). Emotion Regulation and Psychology: A Conceptual Framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.). *Emotion Regulation and Psychopathology: A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*. pp. 13-37, New York, NY: Guilford Press.
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D., F., & Summers, G. (1977). Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*, 8 (1), 84-136. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/270754>
- Whelton, W. J. & Greenberg, L. S. (2005). Emotion in self-criticism. *Personality and Individual Differences*, 38(7), 1583-1595. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.09.024>

- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.
- Wilkinson, R. B., Walford, W. A., & Espnes, G. A. (2000). Coping styles and psychological health in adolescents and young adults: A comparison of moderator and main effects models. *Australian Journal of Psychology*, 52, (3), 155-162. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00049530008255383>
- Williams, A. D., Grisham, J. R., Erskine, A., & Cassedy, E. (2012). Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 223-238. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02022.x>
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfulness and psychological process. *Emotion*, 10, 1-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0018360>
- Wilson, K. G., & Hayes, S. C. (1996). Resurgence of derived stimulus relations. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 66 (3), 267-281. DOI: <http://dx.doi.org/10.1901/jeab.1996.66-267>
- Wilson, K. G., & Murrell, A. R. (2004). Values work in Acceptance and Commitment Therapy: Setting a Course for Behavioral Treatment. In Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.), *Mindfulness & Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford Press.
- Windle, R.J., Shanks, N., Lightman, S.L., & Ingram, C. D. (1997). Central oxytocin administration reduces stress-induced corticosterone release and anxiety behavior in rats. *Endocrinology*, 138 (7), 2829-2834. DOI: <http://dx.doi.org/10.1210/endo.138.7.5255>
- Wirtz, C. M. Hofmann, S. G., Riper, H., & Berking, M. (2013). Emotion Regulation Predicts Anxiety Over a Five-Year Interval: A Cross-Lagged Panel Analysis. *Depression and Anxiety*, 31 (1), 87-95. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.22198>
- Wise, L. A., Zierler, S., Krieger, N., & Harlow, B. L. (2001). Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization: A case-control study. *Lancet*, 358 (9285), 881-887. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)06072-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(01)06072-x)
- Wupperman, P., Neumann, C. S., & Axelrod, S. R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties? *Journal of Personality Disorders*, 22, 466-482. DOI: <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2008.22.5.466>
- Wurmser, L. (1987). Shame: The veiled companion of narcissism. In D. L. Nathanson (Ed.), *The many faces of shame* (pp. 64-92). New York: Guilford Press.
- Wyatt, R. & Gilbert, P. (1998). Dimensions of perfectionism: a study exploring their relationship with perceived social rank and status. *Personality and Individual Differences*, 24 (1) 71-79. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869\(97\)00146-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0191-8869(97)00146-3)

Y

- Yavuz, K., Türkçapar, M., Demirel, B., & Karadere, E. (2011). Adaptation, Validity and Reliability of The Leahy Emotional Schema Scale Turkish Version Based on Turkish University students and workers. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 24, 273-282. DOI: <http://dx.doi.org/10.5350/DAJPN2011240403>
- Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002). Affect regulation in women with Borderline Personality Disorder Traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 693-696. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200210000-00006>
- Yovel, I. (2009). Acceptance and Commitment Therapy and the New Generation of Cognitive Behavioral Treatments. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46 (4), 304-309.

Z

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A. & Reynolds, V. (1998). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 296-302. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(98\)90038-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(98)90038-4)

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 274-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zeman, J. & Garber, J. (1996). Display rules for anger, sadness, and pain: It depends on who is watching. *Child Development*, 67 (3), 957-973. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/1131873>
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1987). Component and process analysis of cognitive therapy. *Psychological Reports*, 61 (3), 939-953. DOI: <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1987.61.3.939>
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45 (3), 438-445. DOI: [http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679\(198905\)45:3<436::aid-jclp2270450314>3.0.co;2-l](http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(198905)45:3<436::aid-jclp2270450314>3.0.co;2-l)
- Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C. L., Hyunsung S., & Sudarjanto, R. P. (2005). Differential strategies in coping with pain as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 55(4), 511-524.
- Zimmerman, M. & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 245-252. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(99\)90123-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(99)90123-2)
- Ziv, M., Goldin, P. R., Jazaieri, H., Hahn, K. S., & Gross, J. J. (2013). Emotion regulation in social anxiety disorder: behavioral and neural responses to three socio-emotional tasks. *Biology of Mood & Anxiety Disorders*, 3 (20), 1-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/2045-5380-3-20>
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 296-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199905000-00005>
- Zuroff, D. C., Igeja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency and self-criticism as predictors of depressed mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy Research*, 14 (3), 315-326. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/bf01183999>
- Zuroff, D. C., Koestner, R., & Powers, T. A. (1994). Self-criticism at age 12: A longitudinal study of adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 18 (4), 367-385. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/bf02357511>
- Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., & Yartz, A. R. (2005). Exploring basic processes underlying acceptance and mindfulness. In S. Orsillo and L. Roemer (Eds.) *Acceptance and Mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 325-359). Kluwer/Plenum Publishers. DOI: http://dx.doi.org/10.1007/0-387-25989-9_13
- Zweig-Frank, H., Paris, J., & Guzder, J. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 259-264.