



UC/EPCE — 2016

Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

O papel da mentalidade de competição e de prestação de cuidados na depressão, em doentes com psicose

Joana Gradim Gonçalves (e-mail: joanagg1@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e da Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Paula de Castilho Freitas

**O papel da mentalidade de competição e de prestação de cuidados na depressão, em
doentes com psicose**

Joana Gradim Gonçalves

2016

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e da Saúde,
sob a orientação da Professora Doutora Paula de Castilho Freitas

São os sentimentos que conduzem as sociedades, não as ideias...

As sociedades são conduzidas por agitadores de sentimentos, não por agitadores de ideias. Nenhum filósofo fez caminho senão porque serviu, em todo ou em parte, uma religião, uma política ou outro qualquer modo social do sentimento. Se a obra de investigação, em matéria social é, portanto socialmente inútil, salvo como arte e no que contiver de arte, mais vale empregar o que em nós haja de esforço em fazer arte, do que em fazer meia arte.

Fernando Pessoa

Agradecimentos

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós!”

Antoine de Saint-Exupéry

À Professora Paula Castilho. Por ser a minha grande referência! Por todas as oportunidades e pela confiança! Pela presença!

À Dra. Maria João Martins. Pela oportunidade, pelo exemplo, pelas partilhas e pelo carinho!

À Dra. Margarida Robalo, pela compreensão das minhas ausências e pelo interesse genuíno em conhecer um bocadinho do meu trabalho.

A todos os técnicos que, de uma forma ou de outra, possibilitaram e facilitaram a recolha da amostra e de um modo particular, à Dra. Alzira Albuquerque, pela disponibilidade e pela receção carinhosa, em todos os momentos.

Aos doentes que participaram neste estudo. Pela disponibilidade e amabilidade na colaboração! Por partilharem comigo um bocadinho tão especial das suas vidas! E por me ensinarem tanto ao longo destes meses!

Aos meus amigos. Por todos os momentos inesquecíveis! Por serem um “lugar seguro” e por serem um dos lados bons da minha vida! Por darem sentido ao tempo e aos espaços!

Aos meus avós. Aos que estão perto e aos que já estão mais longe! Pela presença e pelo cuidado!

Aos meus pais. Pelo amor incondicional. Por manterem os meus pés assentes no chão, ao mesmo tempo que me encorajam a voar sempre mais alto. Por me ajudarem a levantar sempre que vou ao chão. Por tudo o que não se consegue escrever.

Nota Introdutória

A autocompaixão representa uma atitude calorosa e de aceitação pelos aspetos negativos do *eu* (Neff, 2003) e, na medida em que se relaciona diretamente com os mecanismos de regulação do afeto negativo, alguns estudos têm salientado o seu importante papel no desenvolvimento de algumas perturbações psicológicas, particularmente a depressão (MacBeth & Gumley, 2012; Neff, 2003).

Apesar de existirem alguns estudos científicos que analisam a relação entre a autocompaixão, a vergonha e a manutenção de sintomatologia depressiva, são ainda escassas as investigações que estudam a contribuição da autocompaixão na manutenção destes sintomas em amostras de doentes com perturbações psicóticas.

Vários estudos têm demonstrado que a vivência de sintomatologia depressiva em comorbilidade com a experiência de uma perturbação psicótica se encontra associada a um maior risco de recaídas e de rehospitalização, a uma menor qualidade de vida e a um risco mais elevado de suicídio, de tal modo que, compreender melhor os mecanismos subjacentes às mudanças no estado de humor (e.g. anedonia, disforia) de doentes com perturbações psicóticas parece ser um contributo importante, não só ao nível da fenomenologia, mas também ao nível das intervenções terapêuticas disponíveis, sobretudo, das intervenções psicossociais, onde se enquadra a terapia cognitivo-comportamental.

O presente estudo é composto por um artigo que tem como objetivo estudar o papel da vergonha e da autocompaixão na sintomatologia depressiva numa amostra de doentes com perturbações psicóticas.

Índice

Artigo I – A contribuição da vergonha e da autocompaixão para os sintomas depressivos, em doentes com perturbações psicóticas

| | |
|----------------------------|----|
| Resumo | 2 |
| Abstract | 3 |
| Introdução | 4 |
| Objetivos | 12 |
| Metodologia | 12 |
| Resultados | 20 |
| Discussão | 26 |
| Referências Bibliográficas | 32 |

Lista de Artigos

I. Gonçalves, J., & Castilho, P. (2016). *A contribuição da vergonha e da autocompaixão para os sintomas depressivos em doentes com perturbações psicóticas*. Manuscrito em preparação.

Gonçalves, J., & Castilho, P. (2016). *A contribuição da vergonha e da autocompaixão para os sintomas depressivos em doentes com Perturbações Psicóticas.*

Manuscrito em preparação.

**A contribuição da vergonha e da autocompaixão para os sintomas depressivos, em
doentes com perturbações psicóticas**

Autores

Joana Gonçalves^{1*}

Paula Castilho, Ph.D^{1,2}

Filiação

¹Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

²Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC)

*A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Joana Gradim Gonçalves

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: joanagg1@hotmail.com

Resumo

A vergonha emerge quando os esforços para a obtenção de validação social não são bem-sucedidos e o *eu* é experienciado como socialmente indesejável. Por outro lado, a autocompaixão representa uma atitude calorosa, de aceitação e de não ajuizamento dos aspetos do *eu* ou da vida, desempenhando um papel fundamental na regulação da emocionalidade negativa. Apesar da relação entre a vergonha, a autocompaixão e a depressão estar empiricamente estabelecida, continua por explorar na psicose. O presente estudo teve como objetivo principal explorar o papel preditor da vergonha e da autocompaixão nos sintomas depressivos, numa amostra de doentes com psicose e, secundariamente, analisar a incidência dos diferentes tipos de sintomatologia psicótica e comórbida associada, manifestada pelos participantes. A recolha dos dados foi realizada através de uma entrevista clínica estruturada, e do preenchimento de um protocolo de escalas de autorresposta com vista à avaliação da vergonha externa, da autocompaixão e da sintomatologia depressiva, numa amostra constituída por 30 participantes. Os resultados mostraram que maiores níveis de vergonha e menores níveis de autocompaixão parecem associar-se aos sintomas depressivos, sendo que a autocompaixão emerge como fator explicativo de 40% da variância da sintomatologia depressiva. Estes resultados vão de encontro aos resultados apresentados por estudos anteriores que analisaram o papel da autocompaixão na depressão e, ao mesmo tempo, apresentam evidências que suportam a inclusão de intervenções focadas na compaixão na intervenção com doentes com perturbações psicóticas, revelando-se especialmente importantes na abordagem dos sintomas depressivos associados à sua evolução.

Palavras-chave: autocompaixão; vergonha externa; sintomatologia depressiva; perturbações psicóticas.

Abstract

Shame emerges when efforts to achieve social validation is not successful and the self is experienced as socially undesirable. Moreover, self-compassion is an attitude of acceptance of aspects of the self or life, playing a key role in the regulation of negative emotions. Although the relationship between shame, self-compassion and depression have been empirically established, remains unexploited in psychosis. This study aimed to explore the predictor role of shame and self-compassion in the experience of depressive symptoms in a sample of patients with psychosis and, secondarily, to analyze the frequency of different types of psychotic symptoms and comorbid associated symptoms expressed by participants. Data collection was conducted through a structured clinical interview, and through a set of self-reported scales for the evaluation of external shame, self-compassion and depressive symptoms in a sample of 30 participants. The results showed that higher levels of external shame and lower levels of self-compassion appear to be associated with depressive symptoms, and self-compassion emerges as explanatory factor of 40% of the variance of depression. These results are in agreement with results reported by previous studies that analyzed the role of self-compassion in depression and at the same time, present evidence supporting the inclusion of Compassion Focused Therapy in interventions with patients with psychotic disorders, revealing especially importance in the approach of depressive symptoms associated with their development.

Key-words: self-compassion; external shame; depressive symptoms; psychosis.

I. Introdução

As perturbações psicóticas são das perturbações psiquiátricas mais severas e complexas, apresentando um risco de desenvolvimento ao longo da vida de aproximadamente 1% (Lavretsky, 2008). Os primeiros episódios psicóticos ocorrem, normalmente entre os 15 e os 30 anos (Castle & Morgan, 2008) e, de acordo com o DSM-5, caracterizam-se por cinco domínios específicos de psicopatologia: delírios, alucinações, desorganização do pensamento, desorganização do comportamento, e sintomas negativos (APA, 2013).

Estudos de prevalência de sintomatologia psicótica têm demonstrado que no domínio dos delírios, os persecutórios são os mais frequentes (Freeman & Garety, 2014), enquanto as alucinações auditivas são as mais reportadas (Mueser, Bellack & Brady, 1990).

Para além dos sintomas psicóticos, os indivíduos com perturbações psicóticas apresentam, frequentemente, défices cognitivos (e.g. perdas nas funções executivas) e perda de competências sociais (Rubin & Tawver, 2010) que se associam à existência de disfunções marcadas e persistentes em domínios funcionais e sociais. Neste sentido, a designação de “perturbações psicóticas” enquanto entidade clínica pode ser utilizada como um termo diagnóstico genérico, na medida em que engloba um conjunto de condições clínicas associadas à vivência de marcadas dificuldades de ajustamento e de elevados níveis de sofrimento (APA, 2013).

A emergência gradual dos sintomas característicos das perturbações psicóticas e dos défices cognitivos associados, na medida em que provocam défices severos no funcionamento social e ocupacional dos indivíduos (Perkins, Lieberman & Lewis, 2006), apresenta um grande impacto no seu processo desenvolvimental, na construção do seu sentido de identidade, e na vivência das experiências do dia-a-dia e das relações interpessoais (Riedesser, 2004). A vivência dos sintomas psicóticos constitui-se, por si só, como uma experiência angustiante e dolorosa que provoca alterações profundas na visão dos indivíduos acerca do *eu*, dos outros e do mundo (Miller & Mason, 2005), associada a dificuldades na concretização de objetivos e papéis sociais, potenciadoras do desenvolvimento de sentimentos de desesperança, medo, culpa e vergonha (Birchwood, 2003).

Vários estudos realizados ao longo dos últimos anos tem sugerido que acontecimentos de vida ativadores de sentimentos de perda, humilhação e defeito, são potencialmente depressogénicos (Gilbert, 1992), ao mesmo tempo, que outros estudos têm concluído que a

experiência destes sentimentos de humilhação e defeito são mais determinantes para o desenvolvimentos da depressão do que a percepção isolada de perda (Gilbert & Allan, 1998).

É amplamente reconhecido que as perturbações psicóticas se associam à existência de perturbações emocionais, habitualmente referenciadas como perturbações comórbidas, e que incluem, entre outras, a depressão, associada a sentimentos de desesperança e ideação suicida. Tal como os sintomas nucleares, a sintomatologia decorrente de disfunções emocionais e os défices cognitivos e sociais associados, manifestam-se rápida e agressivamente numa fase precoce de evolução da doença, de tal modo que depois do primeiro episódio psicótico, mais de metade dos doentes reportam presença de sintomas depressivos durante um longo período de tempo, com efeitos no aumento do risco de suicídio (Birchwood, 2003).

A depressão surge, habitualmente, como um quadro psicopatológico associado às perturbações psicóticas, sendo considerada uma dimensão distinta da fenomenologia psicótica (Murray, McKee, Miller, Young, Muir, Pelosi & Blackwood, 2005), podendo ocorrer nas diversas fases da doença, influenciando negativamente a sua evolução e funcionando como um indicador de fraco prognóstico de recuperação (Resnick, Rosenheck & Lehman, 2004). Para além disso, os sintomas depressivos em comorbilidade com a experiência psicótica contribuem para um maior risco de recaídas e de rehospitalizações (Tollefson, Andersen & Tran, 1999), uma menor qualidade de vida (Reine, Lançon, Di Tucci, Sapin & Auguier, 2003) e para um risco mais elevado de suicídio (Caldwell & Gottesman, 1990). Percebe-se, assim, que a recuperação emocional constitui uma dimensão chave da recuperação global da psicose (Birchwood, 2003), na medida em que dificuldades naquela (depressão, desesperança, ideação suicida, vergonha, estigma, sentir-se encurralado) minam a evolução e a melhoria sintomática (Birchwood et al, 2000; Iqbal et al, 2000 ; Rooke & Birchwood, 1998).

Ainda assim, apesar de ser reconhecida a importância da depressão (e seu controlo) na recuperação funcional e sintomática de uma perturbação psicótica, as intervenções psicológicas com vista à resolução destas dificuldades continuam a ser escassas (Birchwood & Trower, 2006).

Fenótipos da Mentalidade de Competição

Todos os seres vivos nascem com capacidade de detetarem ameaças à sua sobrevivência e de se protegerem e, neste sentido, torna-se imprescindível que os indivíduos sejam capazes de reconhecer, eficazmente, a presença de ameaças e/ou de pistas que sejam sinalizadoras de segurança e tranquilização e/ou de perigo e ameaça (Gilbert, 2005, 2009).

De acordo com Gilbert (2005, 2009), para que possamos agir de acordo com um papel social estabelecido, as nossas motivações, as nossas emoções, a nossa atenção, o nosso pensamento e o nosso comportamento têm que estar coordenados e têm que se integrar apropriadamente, de acordo com princípios organizadores que permitem a coordenação destes diferentes processos psicobiológicos, e que se denominam *Mentalidades Sociais*.

De acordo com a mentalidade de competição (Gilbert & Allan, 1998; Gilbert & Bailey, 2000), a pertença a um determinado grupo é essencial para o alcance de determinados objetivos evolutivos (e.g. sobrevivência), mediados pela posição ocupada pelo indivíduo na hierarquia social. Cada indivíduo compete com os outros para aceder a posições hierárquicas superiores e, conseqüentemente obter mais recursos que lhe permitam assegurar a sobrevivência. Quando esta mentalidade social é ativada, a atenção foca-se na posição ocupada pelo indivíduo na hierarquia, de tal modo que as relações interpessoais passam a ser percebidas em termos de dominância -subordinação e de comparações sociais, passando o comportamento dos indivíduos a ser modelado pelo lugar ocupado no grupo social. Assim, os indivíduos que ocupam um lugar superior na hierarquia são capazes de ameaçar, atacar ou intimidar aqueles que são menos capazes e que têm que adotar estratégias defensivas (fuga ou a submissão) ativadas através da operação de mecanismos mentais que geram padrões congruentes de cognição, afeto e comportamento, que permitem aos indivíduos lidar com os seus papéis sociais. Neste sentido, Gilbert et al. (1995), argumentam que os indivíduos que adotam comportamentos submissos podem ser marginalizados e excluídos do grupo a que pertencem, de tal modo que os conflitos e as perdas no ranking social podem potenciar o desenvolvimento de alguns medos relacionados com a exclusão e com a rejeição (White, 2015).

Sistema de Defesa-ameaça: Vergonha e Derrota Involuntária

A vergonha emerge quando os esforços para a obtenção de validação social não são bem-sucedidos e o *eu* é experienciado como socialmente indesejável (Matos, 2012), tendo evoluído como uma resposta involuntária perante a percepção de perda de estatuto (Gilbert, 1998). As experiências emocionais de como os outros veem, sentem e reagem ao *eu* tornam-se representações internalizadas do *eu*, através das quais o indivíduo é visto como inferior aos outros – vergonha interna, ao mesmo tempo que a vivência de experiências precoces negativas contribui para o desenvolvimento de sentimentos de vergonha relacionados com a percepção de

existir na mente dos outros de uma forma negativa, enquanto objeto social indesejado, defeituoso, inadequado e inferior – vergonha externa (Allan, Gilbert, & Goss, 1994).

As ameaças sociais percebidas pelos indivíduos são processadas pelo sistema de defesa que organiza a resposta perante esses estímulos ameaçadores com vista à minimização de possíveis consequências sociais negativas (Gilbert, 2002) e, neste sentido, a vergonha assume um papel central na ativação e regulação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos dos indivíduos (Tracy & Robins, 2004). Os resultados de investigações recentes têm evidenciado a relação significativa que se estabelece entre a vergonha e a psicopatologia (Matos & Pinto-Gouveia, 2010; Matos & Pinto-Gouveia, 2011; Pinto-Gouveia & Matos, 2011; Castilho et al, 2016), nomeadamente a paranoia (Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2013) e os sintomas psicóticos (e.g., delírios paranoides) (Freeman & Garety, 2003; Viegas, 2013; Rodrigues, 2013)

A abordagem da resposta depressiva à luz do modelo evolucionário argumenta que a depressão assenta numa competição intrasexual, com vista à obtenção de recursos (e.g. territórios, alianças e parceiros sexuais) cuja função se prende com a defesa e a sobrevivência. Neste sentido, a depressão surge como uma resposta automática para lidar com perdas afiliativas ou derrotas sociais, funcionando como um mecanismo de submissão ou como um comportamento de defeito que provoca uma incapacidade psicológica temporária, sinalizadora de submissão perante o outro dominante, permitindo ao mesmo tempo a preservação do indivíduo derrotado (Price, Sloman, Gardner, Gilbert & Rohde, 1994). Nos humanos, esse sentimento de defeito pode emergir a partir de competições não-agressivas, nomeadamente a partir da competição pela obtenção de posições superiores na hierarquia social, particularmente quando o sujeito percebe uma perda de atratividade social ou de competências para alcançar determinados papéis sociais desejados e valorizados (Gilbert, 1992). A vivência destas experiências de defeito associadas a um baixo *ranking* social leva à ativação de estratégias involuntárias de subordinação que resultam na apresentação de determinados comportamentos defensivos (Price et al., 1994; Gilbert, 1992), que têm como função principal evitar conflitos através da sinalização de um estado de submissão e de desmobilização, de tal modo que a experiência de sentimentos de inferioridade e incompetência em relação aos outros e a vivência de experiências de rejeição têm sido associadas à depressão (Gilbert & Allan, 1998; Sloman, 2000).

Afiliação como regulador do afeto: que influência na psicose

Existem evidências consideráveis de que o processamento de ameaças e a regulação emocional são problemáticos para doentes com psicose. De facto, durante e após um episódio psicótico, os indivíduos experienciam uma grande variedade de ameaças tanto internas como externas. Internamente, o indivíduo sente-se incapaz de escapar das emoções dolorosas (e.g., ansiedade, raiva) e de vozes punitivas e desvalorizadoras (Gilbert et al, 2001), ao mesmo tempo que, o medo da doença mental e da recaída, os sentimentos de desconexão, a vergonha e o estigma aumentam também os níveis de stress e de tensão experienciados.

O medo de ser vitimizado pelos outros, criticado ou ostracizado, e até ignorado, mantêm os comportamentos submissos, o isolamento, a ansiedade social experienciada e a depressão (Green and Phillips, 2004), ao mesmo tempo que a vergonha, a submissão e o estigma bloqueiam os comportamentos pró-sociais e inibem as emoções positivas e afiliativas (Gilbert and Andrews, 1998; Depue, 2005). As emoções afiliativas estão evolucionariamente ligadas ao sistema de vinculação (Mikulincer & Shaver, 2007), de tal modo que experiências precoces securizantes e positivas com as figuras de vinculação exercem um papel crucial na maturação de uma série de processos neurofisiológicos (Cozolino, 2007) e na expressão genética. Mais ainda, sabe-se que a afiliação regula o processamento de estímulos ameaçadores através da vivência de sentimentos de segurança e proximidade aos outros (Depue & Morrone-Strupinsky, 2005), na medida em que acalmam a dor e o sofrimento e fazem o indivíduo sentir-se seguro e amado no mundo. No entanto, como já foi referido, a vivência de uma perturbação psicótica associa-se fortemente à experiência de afeto negativo e ao medo avaliativo (Freeman & Garety, 2003).

A depressão, como uma resposta de subordinação involuntária, pode ser conceptualizada como um défice de compaixão na relação com o *eu* (Allen & Knight, 2005), sendo que a (auto)compaixão pode ser conceptualizada de diversas formas. Existe uma extensa investigação sobre a compaixão com o recurso à Escala de Autocompaixão de K. Neff (2003), e que evidencia uma clara associação negativa desta com a psicopatologia (MacBeth & Gumley, 2012). De acordo com Neff (2003) a autocompaixão representa uma atitude calorosa e de aceitação pelos aspetos negativos do *eu* ou da vida, sendo composta por três componentes básicos: bondade/compreensão, que diz respeito à capacidade de ser amável e compreensivo consigo mesmo, em vez de ser demasiado crítico e punitivo; condição humana que significa entender as próprias experiências como parte de uma experiência humana maior; e mindfulness que implica

a consciência equilibrada e aceitação dos próprios pensamentos e sentimentos, sem que haja uma sobreidentificação excessiva com o conteúdo dos mesmos (Neff, 2003). Ao mesmo tempo, de acordo com Gilbert (2009), a autocompaixão implica uma motivação intrínseca, por parte dos indivíduos, de se cuidarem e ajudarem; capacidade de reconhecer e empatizar com o sofrimento; desenvolvimento de sentimentos de bondade, calor, suporte e reconhecimento do sofrimento, bem como de paciência e tolerância; implica também olhar para as dificuldades numa perspetiva de aprendizagem; e o desenvolvimento de sabedoria (Gilbert, 2009). Esta competência relaciona-se com um sistema evolucionário antigo dos mamíferos desenhado para o estabelecimento de relações de vinculação, ao mesmo tempo que desactiva o sistema de ameaça-defesa (Gilbert, 2005; Gilbert & Irons, 2005). Os mecanismos que, supostamente, estão envolvidos na autocompaixão implicam uma diminuição do cortisol e um aumento da oxitocina, da resposta vagal e da variabilidade cardíaca (Kok & Fredrickson 2010; Porges 2007; Rockliff et al. 2008).

Nos últimos anos tem surgido um corpo extenso de literatura que mostra a forte associação da autocompaixão à saúde psicológica, na medida em que se constitui como uma estratégia de autorregulação emocional com um efeito protetor no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. Neste sentido, a autocompaixão associa-se à perceção de que as falhas e inadequações fazem parte da condição humana e, ao mesmo tempo, à ideia de que todos os seres humanos são merecedores de compaixão (Neff, 2003). Este reconhecimento de humanidade comum facilita a substituição de comportamentos de submissão por outros comportamentos mais adaptativos. Ou seja, indivíduos com baixos níveis de autocompaixão podem ter mais dificuldades na adoção de perspetivas mais objetivas em relação a situações dolorosas e, conseqüentemente na adoção de comportamentos e interpretações alternativas (Neff, 2003). Estas dificuldades podem associar-se a sentimentos de *entrapment*, mantendo o indivíduo num ciclo autoperpetuador de comportamentos de submissão associados a experiências de baixa auto-estima e autocrítica e à vivência de dificuldades psicopatológicas tais como depressão (Neff, 2003).

Estudos recentes têm verificado a existência de uma relação negativa entre a autocompaixão e a depressão, ansiedade e outros problemas de saúde mental (Neff, 2003; MacBeth & Gumley, 2012; Braehler et al. 2013; Neff and Germer 2013) e o estudo de intervenções focadas na compaixão com indivíduos deprimidos tem reportado o aumento dos níveis de autocompaixão e uma redução significativa da sintomatologia depressiva (Gilbert & Procter, 2006; Gilbert & Irons, 2006; Shahar, Carlin, Engle, Hedge, Szepsenwol & Arkowitz, 2011). Estes resultados

parecem estar em linha com a concetualização evolucionária da compaixão que postula que esta emerge como um sistema motivacional que tem como funções primordiais a autotranquilização e a regulação do afeto negativo através da expressão de sentimentos de calor e segurança em relação ao eu e aos outros (Gilbert, 2009). Percebe-se, então, que os sentimentos de segurança e de proximidade que as relações afiliativas e a vinculação proporcionam têm profundos efeitos na capacidade de processamento da informação social e na regulação do afecto (Fonagy et al., 2002).

Derrota Involuntária e Psicose

A disfunção emocional e a psicose mostram-se significativamente ligadas. De facto, os sintomas depressivos pós-crise psicótica ocorrem, habitualmente, alguns meses após a recuperação sintomática de um episódio agudo, sendo preditores do modo pelo qual os indivíduos processam as alterações que este acontecimento avassalador acarretou nas suas vidas.

O papel do afeto negativo no desenvolvimento e manutenção das perturbações psicóticas têm sido cada vez mais reconhecido no seio da comunidade clínica e científica (Birchwood, 2003) e a recuperação emocional constitui-se como uma dimensão chave da recuperação nas perturbações psicóticas (Birchwood, 2003). Contudo, esta pode constituir-se em si mesma como uma dificuldade, nomeadamente se incluir a vivência de sintomatologia depressiva, sentimentos de desesperança e ideação suicida, ansiedade social e/ou sentimentos relacionados com a experiência de trauma (Braehler, Harper & Gilbert, 2013).

A maioria das perturbações psicológicas encontram-se relacionadas com o processamento de ameaças, provenientes tanto do mundo externo (e.g. comportamentos de terceiros) como interno (e.g. os próprios sentimentos, pensamentos e memórias intrusivas), havendo muitas razões pelas quais os indivíduos se podem tornar hipersensíveis a estas ameaças (Mick Power, 2004). A existência de diversos stressores psicossociais numa fase precoce da vida dos indivíduos (e.g. experiências de abuso e negligência, experiências de violência) parece estar, em parte, relacionada com a elevada sensibilidade às ameaças apresentada por indivíduos com experiências psicóticas. Ao mesmo tempo, os estudos indicam uma elevada prevalência de estilos de vinculação desorganizada em indivíduos desta população clínica, de tal modo que a hipersensibilidade às ameaças parece refletir a inexistência de vivências de segurança e calor nas relações precoces e uma incapacidade de autotranquilização (Braehler et al., 2013).

De facto, vários estudos têm sugerido que indivíduos com perturbações psicóticas apresentam, muitas vezes, grandes dificuldades ao nível das relações familiares, experiências precoces traumáticas e acontecimentos de vida stressantes, ao mesmo tempo que vivenciam experiências atuais de grande estigmatização, nomeadamente no que diz respeito ao alcance de papéis sociais valorizados (White, 2015). Ao mesmo tempo, ao longo dos tempos tem sido claro que a experiência de uma perturbação psicótica pode conduzir à redução da atratividade social de um indivíduo e da sua habilidade para competir por determinados lugares na hierarquia social e para desempenhar determinados papéis sociais, essenciais para o alcance de objetivos psicossociais (Gumley, Braehler, Lathwaite, MacBeth & Gilbert, 2010). Nesse sentido, a vivência de uma perturbação psicótica pode ser altamente estigmatizante e os indivíduos podem internalizar esta experiência de estigma e desenvolver emoções relacionadas com vergonha (White, 2015).

A depressão na esquizofrenia parece relacionar-se diretamente com a perceção de ameaças que podem emergir a partir de estímulos internos (e.g. experiências associadas à sintomatologia característica das perturbações psicóticas, autocriticismo) ou externos (e.g. relações interpessoais marcadas pela submissão, pela hostilidade e pelo estigma) (Gumley et al, 2010). Neste sentido, verifica-se uma sobreativação do sistema de defesa-ameaça que conduz à adoção de estratégias defensivas que podem funcionar como reforço da perceção de ameaça e dos sentimentos de desesperança e *entrapment* (Birchwood, Trower, Brunet, Gilbert, Iqbal & Jackson, 2007), verificando-se, ao mesmo tempo, uma subativação do sistema de afiliação responsável pela regulação do afeto negativo (Gilbert, 2005, 2009) e pela proximidade e conexão social.

Nos últimos anos as intervenções baseadas na (auto)compaixão têm sido aplicadas a várias populações, inclusivamente a doentes com perturbações psicóticas (Braehler et al., 2013; Laithwait, 2009; Johnson, Penn, Fredrickson, Kring, Meyer, Catalino & Brantley, 2011) e os resultados dos estudos sugerem que o desenvolvimento de uma atitude compassiva em relação ao *eu*, às alucinações auditivas e aos delírios persecutórios parece estar relacionado com a redução do sofrimento associado à vivência destes sintomas e com melhorias a nível do funcionamento social dos indivíduos. Ao mesmo tempo, a autocompaixão promove a aceitação da medicação, aumenta a adesão ao tratamento, aumenta a capacidade de controlo percebida sobre os sintomas psicóticos e diminui o risco de recaída (Turkington, Wright, & Courtley, 2015).

II. Objetivos

A existência de marcadas dificuldades na regulação do processamento de ameaças (particularmente sociais) parece ter um papel importante no desenvolvimento e manutenção de perturbações psicóticas, de tal modo que, estudos empíricos têm demonstrado o efeito da vergonha e da emocionalidade negativa na manutenção dos sintomas nucleares desta perturbação. Contudo, os mecanismos psicológicos envolvidos na relação entre a vergonha externa e os sintomas depressivos em indivíduos com perturbações psicóticas, continuam por explorar. Assim, o presente estudo apresenta dois objetivos principais. Primeiro, explorar a incidência dos diferentes tipos de sintomatologia (sintomatologia psicótica e sintomatologia associada) numa amostra portuguesa de indivíduos com perturbações psicóticas. E, segundo, estudar a relação entre a vergonha externa, a autocompaixão e os sintomas depressivos, analisando, por fim, o seu papel contributivo na variância da sintomatologia depressiva.

III. Metodologia

3.1. Participantes

Para a concretização dos objetivos propostos foi realizado um estudo transversal com uma amostra clínica constituída por participantes que apresentam uma perturbação psicótica como diagnóstico primário. A amostra foi recolhida entre Novembro de 2015 e Julho de 2016, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, no Centro Hospitalar do Baixo Vouga e no Centro Hospitalar de Leiria.

A amostra total ficou constituída por 30 participantes, 21 do género masculino (70%) com uma idade média de 28.67 anos ($DP = 7.123$), e 9 do género feminino (30%) com uma média de idades de 34.22 anos ($DP = 9.121$), sendo a idade mínima dos participantes 19 e a máxima 52 anos. A média de idades do total da amostra é de 30.33 anos ($DP = 8.040$), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre géneros, $t_{(28)} = - 1.800$, $p = 0.083$. Em relação à variável anos de escolaridade, a média dos anos de escolaridade do total da amostra é 11.53 ($DP=2.921$), não existindo diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros na distribuição desta variável $t_{(28)} = - 0.027$, $p = 0.979$. Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é solteira (73.33%), verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois géneros, $\chi^2(3) = 11.472$, $p = 0.009$. Por sua vez, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre géneros em relação à situação profissional dos participantes, $\chi^2(3) = 0.517$, $p = 0.915$ (cf. *Tabela 1*).

Dos 30 doentes avaliados, 22 apresentam o diagnóstico clínico de Esquizofrenia (73.33%), sendo que 26 doentes recebem apenas acompanhamento psiquiátrico (86.7%). Relativamente ao número de internamentos, a média do número de internamentos é 1.72 ($DP=2.266$), sendo o mínimo 0 e o máximo 11. Quanto à idade de início da perturbação, a média de idades é 23.83 anos ($DP=6.563$), sendo o mínimo 16 e o máximo 45 anos (cf. *Tabela 2*).

Tabela 1. Características Sociodemográficas da Amostra em Estudo (N = 30)

| | Masculino (N = 21) | | Feminino (N = 9) | | t | p |
|------------------------------|--------------------|-------|------------------|-------|----------|------|
| | M | DP | M | DP | | |
| Idade | 28.67 | 7.123 | 34.22 | 9.121 | -1.800 | .083 |
| Anos de Escolaridade | 11.52 | 2.639 | 11.56 | 3.678 | -.027 | .979 |
| | n | % | n | % | χ^2 | p |
| Estado Civil | | | | | 11.472 | .009 |
| Solteiro | 19 | 90.48 | 3 | 33.33 | | |
| União de Facto | 1 | 4.76 | 1 | 11.11 | | |
| Casado | 1 | 4.76 | 4 | 44.45 | | |
| Divorciado | - | - | 1 | 11.11 | | |
| Situação Profissional | | | | | .517 | .915 |
| Empregado | 9 | 42.86 | 4 | 44.45 | | |
| Desempregado | 7 | 33.33 | 2 | 22.22 | | |
| Estudante | 2 | 9.52 | 1 | 11.11 | | |
| Formação Profissional | 3 | 14.29 | 2 | 22.22 | | |

Tabela 2. Características Clínicas da Amostra em Estudo (N = 30)

| | Total (N = 30) | | Masculino (n = 21) | | Feminino (n = 9) | |
|--|----------------|-------|--------------------|-------|------------------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Diagnóstico Clínico | | | | | | |
| Esquizofrenia | 22 | 73.33 | 16 | 72.73 | 6 | 27.27 |
| Pert. Esquizoafetiva | 2 | 6.67 | 1 | 50 | 1 | 50 |
| Pert. do Humor com Características Psicóticas | 3 | 10.00 | 1 | 33.33 | 2 | 66.66 |
| Pert. Induzida por Substâncias | 2 | 6.67 | 2 | 100 | - | - |
| Pert. Psicótica sem Outra Especificação | 1 | 3.33 | 1 | 100 | - | - |

Tipos de Intervenção

| | | | | | | | | |
|--------------------------------|-------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| Psiquiatria | | | 26 | 86.7 | 17 | 81 | 9 | 100 |
| Psiquiatria & Psicologia | | | 4 | 13.3 | 4 | 19 | - | - |
| | M | DP | Min. | Máx. | M | DP | M | DP |
| Número de Internamentos | 1.72 | 2.266 | 0 | 11 | 1.40 | 1.429 | 2.44 | 3.504 |
| Idade de Início | 23.83 | 6.563 | 16 | 45 | 21.65 | 4.271 | 28.67 | 8.322 |

3.2 Instrumentos

Cada participante avaliado respondeu às questões feitas pelo investigador no âmbito da Entrevista Clínica para Perturbações Psicóticas (Martins, M.J., Carvalho, C., Castilho, P., Pereira, A.T., & Macedo, A., 2015) e preencheu uma bateria de questionários de autorresposta que incluiu: Folha de Dados Demográficos (i.e., sexo, idade, anos de escolaridade, estado civil e situação profissional), Escala de Vergonha Externa – versão curta (Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert & Duarte, 2015), Escala de Autocompaixão (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015) e Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

3.2.1 Entrevista Clínica para Perturbações Psicóticas (ECP; Martins, M.J., Carvalho, C., Castilho, P., Pereira, A.T., & Macedo, A., 2015), é uma entrevista clínica semi-estruturada, que tem como objetivo a avaliação de perturbações do espectro da esquizofrenia. A ECP baseia-se numa abordagem clínica de entrevista, de tal modo que as questões se encontram organizadas de acordo com os critérios de diagnóstico estabelecidos, no DSM-V, para as perturbações psicóticas. Para além de avaliar a existência de sintomatologia característica destas perturbações e de sintomatologia habitualmente associada (como por exemplo a sintomatologia depressiva), a ECP permite também dirigir o foco da avaliação para o impacto psicossocial dos sintomas no momento presente. A realização da entrevista tem uma duração aproximada de 90 minutos.

De modo a facilitar a avaliação dos doentes e a persecução dos objetivos terapêuticos por parte dos clínicos e/ou investigadores, as questões da ECP podem ser realizadas tendo como referência diferentes períodos temporais. Neste sentido, nos momentos iniciais da entrevista, o clínico e/ou investigador deverá escolher o período de tempo de referência que melhor corresponde aos objetivos da avaliação (e.g. durante toda a vida, se o objetivo da avaliação se prende com o estabelecimento de um diagnóstico clínico; a semana passada, se o objetivo da avaliação se relacionar com a monitorização dos ganhos terapêuticos e/ou avaliação da

intervenção). Neste estudo, o período temporal utilizado para avaliação da sintomatologia psicótica foi “ao longo da vida”.

A ECPP permite também dirigir a atenção do clínico para a avaliação do impacto psicossocial dos sintomas e, neste sentido é pedido aos sujeitos que, no final de cada secção destinada à avaliação dos sintomas psicóticos, avaliem a interferência de cada um dos sintomas no momento presente, de acordo com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 = *nenhuma interferência*; 5 = *interferência extrema*). No fim de cada secção destinada à avaliação dos sintomas psicóticos (delírios, alucinações, sintomatologia negativa, desorganização do comportamento e do discurso e catatonia) é também pedido aos doente que se coloquem num continuo de acordo com a percepção que tem acerca da sua capacidade de lidar com cada um deles - *Escala de Empowerment*, sendo ainda pedido que avaliem, de acordo com uma escala de 5 pontos, de que modo é que as dificuldades específicas interferem nas várias áreas da sua vida quotidiana (relações familiares, relação amorosa, trabalho/estudos, relações sociais, finanças e rotinas diárias). Ao mesmo tempo, o clínico e/ou investigador deve fazer uma avaliação independente relativamente à severidade, frequência e interferência dos sintomas, de acordo com uma escala de 0 (severidade mínima | sintoma ausente | sem interferência) a 5 (severidade máxima | sintoma sempre presente | grande interferência na maior parte das áreas de funcionamento).

O primeiro momento da ECPP tem como objetivo o estabelecimento de uma relação terapêutica não diretiva com o doente, cabendo ao clínico/investigador fornecer ao doente uma breve explicação acerca do funcionamento global da entrevista e de todos os procedimentos de avaliação, devendo terminar com uma questão aberta acerca de dificuldades ou problemas que possam existir e/ou ter existido no passado. Neste primeiro momento inclui-se também uma pequena escala com vista à avaliação da adesão do doente à medicação antipsicótica.

A primeira secção da ECPP tem como objetivo a avaliação detalhada da sintomatologia psicótica (positiva e negativa) e encontra-se dividida em duas sub-secções: sintomas positivos e sintomas negativos. A sub-secção destinada à avaliação da sintomatologia positiva engloba questões específicas com vista à avaliação da existência de delírios e alucinações, considerando ainda a avaliação de desorganização do comportamento, do pensamento e do discurso, bem como de fenómenos de alienação do pensamento. A avaliação da sintomatologia negativa engloba questões que têm como objetivo avaliar a presença de afeto inapropriado, alogia, anedonia, associabilidade e avolição, ao mesmo tempo que providencia algumas questões específicas com vista à realização do diagnóstico diferencial entre sintomatologia negativa e

sintomatologia depressiva, e ainda questões que permitem avaliar o contexto de ocorrência da sintomatologia psicótica (depressão, mania, abuso de substâncias, doença física ou na ausência de qualquer uma destas condições clínicas)

A segunda secção da entrevista destina-se à avaliação da ocorrência de episódios de perturbações do humor (episódios depressivos e episódios maníacos ou hipomaníacos), permitindo também uma avaliação qualitativa do auto-conceito e da comparação social com os outros, bem como a avaliação do risco de suicídio. A ECPP apresenta ainda uma secção destinada ao rastreio da presença de perturbações de abuso de substâncias e uma secção opcional que permite ao clínico/investigador a avaliação da presença de sintomatologia característica de ansiedade social e a existência de experiências de trauma relacionadas com a vivência da perturbação psicótica.

No final da entrevista é providenciada ao clínico/investigador uma tabela ilustrativa das correspondências entre as questões da ECPP e dos itens apresentados pelo OPCRIT – *Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness* (OPCRIT 4.0[37]), apresentando ainda uma *checklist* que ajuda o clínico/investigador a organizar a informação qualitativa, categorial e quantitativa obtida ao longo das várias secções da entrevista e a estabelecer um diagnóstico clínico, ao mesmo tempo que facilita o diagnóstico diferencial. A entrevista fornece diversas escalas quantitativas que permitem uma avaliação objetiva da severidade, frequência e interferência dos sintomas, do estado de humor e do abuso de substâncias relacionado com a vivência da perturbação psicótica.

Apesar de os estudos realizados até ao momento serem bons indicadores da aplicabilidade da ECPP, as suas características psicométricas estão em estudo, sendo também necessário proceder a uma avaliação da sua aplicabilidade à prática clínica diária.

3.2.2 Escala de Vergonha Externa – versão curta (Other As Shamer, OAS – Brief Version; Goss; Gilbert & Allan, 1994; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert & Duarte, 2015), é um instrumento de autorresposta, correspondente à versão breve da escala de 18 itens *Other as Shamer* (Goss, Gilbert & Alan, 1994) e é constituído por 8 itens que pretendem avaliar a vergonha externa, isto é, sentimentos e pensamentos acerca da forma como as pessoas pensam que os outros as veem. Cada item é cotado de acordo com uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (0 = *Nunca*; 4 = *Quase Sempre*) e a cotação total da escala é obtida através do somatório da pontuação de todos os itens, de forma que, quanto maior a cotação, maior a experiência de vergonha externa.

O estudo das qualidades psicométricas da versão original na sua versão longa (Goss; Gilbert & Allan, 1994) revelou uma elevada consistência interna para o total da medida ($\alpha = .93$) e boas validades convergente e divergente. A análise da versão portuguesa da escala de 18 itens permitiu obter resultados semelhantes ($\alpha = .93$; Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert & Duarte, 2015). No presente estudo, o alpha de Cronbach obtido indica um valor muito bom de consistência interna ($\alpha = .92$).

3.2.3 Escala de Autocompaixão (Self-Compassion Scale, SELFCS; Neff, 2003; versão portuguesa de Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015), é uma medida de autorresposta, constituída por 26 itens, que permite avaliar os três componentes básicos da autocompaixão: *calor/compreensão*, entendido como a capacidade para ser amável e compreensível para consigo próprio, abandonando a tendência para o autocriticismo e a autopunição; *condição humana*, que significa entender as experiências como parte de uma experiência humana maior; e *mindfulness*, que diz respeito à consciência e aceitação dos próprios pensamentos e sentimentos dolorosos, sem que haja uma excessiva sobreidentificação com os mesmos. Os 26 itens encontram-se agrupados em seis subescalas: *calor/compreensão* (5 itens) (e.g., “Tento ser compreensivo e paciente em relação aos aspetos da minha personalidade e que não gosto”), *autocrítica* (5 itens) (e.g., “Desaprovo-me e faço julgamentos acerca dos meus erros e inadequações”), *condição humana* (4 itens) (e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana”), *mindfulness* (4 itens) (e.g., “Quando alguma coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação”) e *sobreidentificação* (4 itens) (e.g., “Quando me sinto em baixo tendo a ficar obcecado com tudo aquilo que está errado”), sendo que cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = *Quase nunca*; 5 = *Quase sempre*). Os itens 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25 devem ser recodificados para que se possa calcular a pontuação total, correspondente ao somatório da pontuação de todos os itens, sendo também possível considerar os resultados parciais que correspondem à pontuação média obtida em cada subescala.

O estudo das qualidades psicométricas da escala original, considerando a sua pontuação total, revelou bons valores de consistência interna ($\alpha = .92$; Neff, 2003), verificando-se resultados semelhantes na análise da mesma pontuação da versão portuguesa da escala ($\alpha = .98$; Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015).

No presente estudo utilizaram-se os valores correspondentes à pontuação total da escala, sendo que a sua análise psicométrica revelou bons valores de consistência interna ($\alpha = .88$).

3.2.4 Escala de Depressão, Ansiedade e Stress - EADS 21 (Depression Anxiety and Stress Scale, DASS 21; Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), é um instrumento de autorresposta de 21 itens, que corresponde à versão reduzida da escala *Depression Anxiety and Stress Scale* de 42 itens (DASS 42; Lovibond & Lovibond, 1995) e permite avaliar, de acordo com uma escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 = *Não se aplicou nada a mim*; 4 = *Aplicou-se muito a mim*), a existência de sintomatologia depressiva, ansiedade e stress. Os 21 itens organizam-se em três subescalas: *Depressão*, *Ansiedade* e *Stress* e os resultados de cada uma são determinados pela soma da cotação dos vários itens que as constituem, de tal modo que resultados mais elevados correspondem a estados afetivos mais negativos.

O estudo das qualidades psicométricas da medida revelou valores satisfatórios de consistência interna ($.74 < \alpha < .91$) tanto para a versão original (Lovibond & Lovibond, 1995) como para a versão portuguesa (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004). No presente estudo, a consistência interna obtida para a subescala *Depressão* mostrou-se muito boa ($\alpha = .93$).

3.3 Procedimento

O presente estudo foi previamente aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd), tendo sido também aprovado pela Direção e pela Comissão de Ética dos vários serviços de saúde públicos envolvidos no estudo, e nomeadamente na recolha da amostra.

A recolha da amostra decorreu entre Novembro de 2015 e Julho de 2016 tendo os sujeitos sido recrutados com a colaboração de vários técnicos de saúde mental familiarizados com o caso clínico (e.g., enfermeiros, psiquiatra assistente, psicólogo clínico). No início da recolha dos dados, foi facultada a cada participante uma explicação detalhada acerca da natureza do estudo e do protocolo de avaliação, tendo sido dada a oportunidade a cada um de esclarecer quaisquer dúvidas relativamente ao exposto, ao mesmo tempo que foi reforçado o carácter voluntário da sua participação e a possibilidade de desistência a qualquer momento. Todos os sujeitos assinaram o Consentimento Informado, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial, antes do preenchimento do protocolo. Tanto a confidencialidade como o anonimato dos dados recolhidos foram garantidos ao longo de todo o processo de investigação.

A avaliação de cada participante incluiu a realização de uma Entrevista Clínica específica para Perturbações Psicóticas e o preenchimento de um conjunto de questionários de autorresposta

que avaliam as variáveis em estudo. A entrevista foi realizada pelo investigador, tendo tido uma duração média de 90 minutos, e o preenchimento dos questionários foi realizado em formato de autorresposta ou em formato de entrevista, consoante o estado clínico apresentado pelo participante no momento da avaliação, tendo tido uma duração aproximada de 45 minutos. O investigador respondeu a todas as dúvidas que surgiram ao longo do preenchimento do protocolo de avaliação de um modo claro e isento, sem influenciar as respostas dos sujeitos às questões apresentadas.

3.4 Estratégia Analítica

O desenho do estudo apresentado é de natureza transversal tendo-se procedido ao tratamento estatístico dos dados recolhidos através do programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - versão 20.0)* para o Windows (IBM corp, 2011).

Para avaliar a existência de diferenças de género relativamente às médias das variáveis recorreu-se ao teste *t* de *Student* para amostras independentes, tendo sido consideradas diferenças estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p*-value do teste fosse inferior ou igual a .05 (Marôco, 2010). Ao mesmo tempo, foram calculados os valores do *d de Cohen*, com vista à análise do tamanho do efeito entre as médias de dois grupos.

Os pressupostos do teste foram analisados relativamente à normalidade das distribuições e à homogeneidade através do teste de Levene. Ao mesmo tempo, foi calculado o valor do alfa de Cronbach das escalas utilizadas com o intuito de avaliar a consistência interna das mesmas.

Procedeu-se à análise da estatística descritiva das variáveis em estudo, com vista à realização do estudo exploratório da incidência dos diferentes tipos de sintomas (psicóticos e associados) presentes na amostra. Posteriormente, foram realizadas matrizes de correlação de Pearson no sentido de explorar as relações estabelecidas entre as variáveis em estudo. Para interpretação dos coeficientes de correlação obtidos foram considerados os critérios de Pestana e Gageiro (2005), de tal modo que um coeficiente de correlação inferior a .20 traduz uma associação muito baixa entre as variáveis; um valor entre .21 e .39 aponta para uma associação baixa; valores entre .40 e .69 traduzem associações moderadas; valores entre .70 e .89 apontam para correlações elevadas; e valores superiores a .90 traduzem uma associação muito elevada. Por fim, realizou-se um modelo de regressão linear múltipla para testar a contribuição da vergonha e da autocompaixão (variáveis independentes) na variância da sintomatologia depressiva (variável dependente) apresentada pelos sujeitos. Aquando da realização da análise de regressão linear múltipla efetuaram-se diversos testes para examinar a sua validade. A análise

dos valores de Skewness e Kurtosis permitiu confirmar os pressupostos da normalidade, ao mesmo tempo que a análise do gráfico de probabilidade normal permitiu demonstrar a homogeneidade. Ao mesmo tempo, a independência dos resíduos foi confirmada pelo valor obtido no teste de Durbin-Watson ($X = 1.804$). A multicolinearidade entre as variáveis foi explorada através dos valores de VIF (Variance Inflation Factor) que indicaram a ausência de quaisquer problemas de estimação β ($VIF < 5$), revelando a não colinearidade das variáveis (Field, 2009).

IV. Resultados

4.1 Análise Preliminar dos Dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do Teste de Kolmogorov-Smirnov e o enviesamento em relação à média foi testado com o recurso às medidas de assimetria e de achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*, respetivamente). Embora os resultados mostrem que as variáveis não seguem uma distribuição normal ($K-S, p \leq .001$), as medidas de assimetria (*Skewness*) e achatamento (*Kurtosis*) não indicaram a existência de violações graves à normalidade, não comprometendo a sensibilidade dos resultados (Kline, 1998). Utilizámos testes paramétricos, pela robustez que apresentam face a violações à normalidade das variáveis (Maroco, 2010b). A análise dos *outliers* foi efetuada com recurso a representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*) e, ainda que tenham sido identificadas algumas observações extremas, optou-se pela não eliminação destes valores residuais, dado que não comprometeriam os procedimentos estatísticos realizados.

As análises de regressão linear foram validadas tendo em conta os pressupostos da normalidade (através do teste K-S e dos valores de Skewness e Kurtosis), homogeneidade (análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através da estatística de Durbin-Watson). O cálculo dos VIF revelou a não colinearidade das variáveis em estudo ($VIF < 5$).

4.2 Dados da Entrevista Clínica em Relação aos Sintomas Psicóticos (Positivos e Negativos) e Outros Sintomas Associados

A informação recolhida através da realização da Entrevista Clínica para Perturbações Psicóticas (ECP) permitiu-nos fazer uma análise da frequência dos sintomas psicóticos (positivos e negativos) e dos sintomas associados na amostra em estudo (cf. *Tabela 3*). É de realçar que, dada a heterogeneidade da amostra relativamente ao tempo de evolução da perturbação psicótica e à fase da doença no momento da avaliação, e no sentido de garantir uma maior homogeneidade dos dados recolhidos, a entrevista foi realizada tendo como referência temporal “ao longo da vida”, de tal modo que os dados apresentados dizem respeito à experiência de sintomas psicóticos e sintomas associados em algum momento da vida dos participantes e, não necessariamente no momento presente.

Na análise da prevalência dos sintomas positivos, os Delírios de Autorreferência surgem como os sintomas mais prevalentes na amostra em estudo (76.7%), seguindo-se os Delírios Persecutórios (76.7%) e as Alucinações Auditivas. Entre os sintomas positivos menos frequentes destacam-se os Delírios Niilistas (0%), os Delírios de Pobreza (3.3%) e os Delírios de Culpa e Hipocondríacos (10%). Em relação aos Sintomas Negativos, a Apatia, enquanto componente da Amotivação, surge como sintoma negativo mais frequente na amostra recolhida (76.7%), seguindo-se a Anedonia Antecipatória (70%) e da Falta de Energia (66.7%). Já nos Sintomas de Desorganização e Disfunção Psicomotora, o Comportamento Desorganizado surge na amostra recolhida como sendo o sintoma mais frequente (43.3%), enquanto a Catatonia emerge como o sintoma menos frequente (3.3%). Ainda, a análise dos dados que dizem respeito à frequência da sintomatologia associada às perturbações psicóticas revela que 60% dos sujeitos apresenta, em algum momento da sua vida, humor deprimido e 63.33% experienciam uma marcada falta de interesse; 60% dos sujeitos apresentam alterações no peso, experienciam sentimentos de inutilidade ou culpa e uma diminuição da capacidade de concentração; 50% dos sujeitos apresentam alterações no padrão de sono e fadiga permanente; 53.3% apresentam alterações a nível da psicomotricidade e 33.3% experienciam pensamentos recorrentes acerca da morte. Relativamente à avaliação de existência de ideação e risco de suicídio, 26.7% dos sujeitos experienciam, no momento presente, sentimentos de desesperança, ao mesmo tempo que mais de metade dos sujeitos da amostra (53.3%) revelaram ideação suicida no passado, sendo que 33.3% admite ter tido, em algum momento, comportamentos suicidários.

No que diz respeito à prevalência do diagnóstico clínico de Depressão, uma análise mais

detalhada da entrevista tendo em consideração os critérios definidos pelo DSM-5 (APA, 2013), sugere que 13 dos 30 participantes cumpriram, em algum momento da sua vida, critérios para o diagnóstico desta perturbação psicológica.

Tabela 3. Análise de frequências dos sintomas psicóticos (positivos e negativos) e outros sintomas associados na amostra em estudo (N=30)

| | N | % |
|--|----|------|
| Sintomatologia Característica das Perturbações Psicóticas | | |
| <i>Atividade Delirante</i> | | |
| . Delírios Persecutórios | 23 | 76.7 |
| . Delírios de Ciúme | 11 | 36.7 |
| . Delírios de Culpa | 3 | 10.0 |
| . Delírios de Pobreza | 1 | 3.3 |
| . Delírios Niilistas | - | - |
| . Delírios Hipocondríacos | 3 | 10.0 |
| . Delírios de Passividade | 11 | 36.7 |
| . Delírios de Autorreferência | 25 | 83.3 |
| . Delírios de Grandiosidade | 16 | 53.3 |
| . Delírios de Missão | 6 | 20.0 |
| . Alienação do Pensamento | 13 | 43.3 |
| <i>Atividade Alucinatória</i> | | |
| . Alucinações Auditivas | 17 | 56.7 |
| . Alucinações Visuais | 10 | 33.3 |
| . Alucinações Olfativas | 5 | 16.7 |
| . Alucinações Gustativas | 3 | 10.0 |
| . Alucinações Somáticas | 9 | 30.0 |

Sintomatologia Negativa

| | | |
|--|----|------|
| . Amotivação | | |
| - Abulia | 14 | 46.7 |
| - Apatia | 23 | 76.7 |
| - Falta de Energia | 20 | 66.7 |
| - Avolição | 19 | 63.3 |
| . Alogia | 19 | 63.3 |
| . Afeto Restrito ou Embotado | 16 | 53.3 |
| . Anedonia | | |
| - Anedonia Antecipatória | 21 | 70.0 |
| - Anedonia característica de Estados Depressivos | 14 | 46.7 |
| . Associabilidade | 19 | 63.3 |

Sintomas de Desorganização e Disfunção Psicomotora

| | | |
|-------------------------------|----|------|
| . Comportamento Desorganizado | 13 | 43.3 |
| . Discurso Desorganizado | 8 | 26.7 |
| . Afeto Inapropriado | 5 | 16.7 |
| . Catatonia | 1 | 3.3 |

Sintomatologia Associada às Perturbações Psicóticas

Sintomatologia Depressiva

| | | |
|---|----|-------|
| . Humor Deprimido | 18 | 60.0 |
| . Perda de Interesse | 19 | 63.33 |
| . Alterações do peso | 18 | 60.0 |
| . Alterações do padrão de sono (insónia/hipersónia) | 15 | 50.0 |
| . Alterações psicomotoras (agitação/lentificação) | 16 | 53.3 |
| . Fadiga permanente | 15 | 50.0 |

| | | |
|---|----|------|
| . Sentimentos de inutilidade ou culpa | 18 | 60.0 |
| . Diminuição da capacidade de concentração | 18 | 60.0 |
| . Pensamentos recorrentes acerca da morte | 10 | 33.3 |
| <i>Ideação Suicida e Risco de Suicídio</i> | | |
| . Desesperança | 8 | 26.7 |
| . Ideação Suicida | | |
| - Presente | 6 | 20.0 |
| - Passado | 16 | 53.3 |
| . Tentativas Suicidas | 10 | 33.3 |

4.3 Estudo da Relação entre a Vergonha Externa, a Autocompaixão e os Sintomas Depressivos

4.3.1 Estatística Descritiva

No sentido de verificar a existência de diferenças de género nas variáveis em estudo recorreu-se ao método paramétrico *t*-Student. Os resultados obtidos pela análise estatística não revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nas médias das variáveis em estudo (cf. *Tabela 4*).

Uma vez que não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre géneros nas médias das variáveis em estudo, realizaram-se as restantes análises estatísticas na totalidade da amostra.

Tabela 4. Média e desvio-padrão para o total da amostra (N=30) e comparação entre os grupos nas variáveis em estudo

| | Total (N = 30) | | Masculino | | Feminino | | t | p |
|-------------------------------------|------------------|-------|------------|-------|------------|------|-------|------|
| | M | DP | (n = 21) | | (n = 19) | | | |
| | | | M | DP | M | DP | | |
| Vergonha Externa (OAS) | 13.03 | 6.47 | 13.38 | 6.78 | 12.22 | 6.00 | .443 | .661 |
| Autocompaixão (SELFCS) | 37.47 | 10.21 | 38.14 | 10.51 | 35.89 | 9.87 | .548 | .588 |
| Depressão e Stress (EADS-21) | | | | | | | | |
| Depressão | 7.00 | 5.84 | 6.71 | 4.97 | 7.67 | 7.83 | -.403 | .690 |

Nota. OAS = Escala de Vergonha Externa – versão curta; SELFCS = Escala da Autocompaixão; EADS – 21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

4.3.2 Análises de Correlação

Com o objetivo de estudar a relação estabelecida entre a vergonha externa, a autocompaixão e os sintomas depressivos, realizou-se um estudo de natureza correlacional, no qual se procurou analisar a grandeza das associações entre as variáveis em estudo (cf. *Tabela 5*).

Os sintomas depressivos (EADS-21) e a vergonha externa (OAS) correlacionam-se de forma significativa ($p \leq 0.01$), no sentido esperado da associação, com uma magnitude de correlação moderada. Por sua vez a autocompaixão mostrou-se significativa e negativamente associada ($p \leq 0.01$) com os sintomas depressivos, tal como esperado.

De um modo geral, estes resultados sugerem que, numa amostra de doentes com perturbações psicóticas, níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a níveis mais elevados de vergonha e níveis mais baixos de autocompaixão.

Tabela 5. Matrizes de correlação de Pearson entre a Vergonha (OAS), a Autocompaixão (SELFCS) e a Sintomatologia Depressiva (EADS-21)

| Variáveis | Vergonha Externa (OAS) | Autocompaixão (SELFCS) |
|-------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Vergonha Externa (OAS) | --- | --- |
| Autocompaixão (SELFCS) | -.696* | --- |
| Sintomatologia Depressiva (EADS-21) | .549* | -.657* |

Nota. * $p \leq 0.01$. OAS = Escala de Vergonha Externa – versão curta; SELFCS = Escala da Autocompaixão; EADS – 21 = Escala de Depressão, Ansiedade e Stress

4.3.3 Análise de Regressão

Para explorar a contribuição relativa da vergonha e da autocompaixão na variância da sintomatologia depressiva, optou-se pela análise de uma regressão linear múltipla, com seleção das variáveis pelo método standart. A *Tabela 6* apresenta o sumário do modelo de regressão utilizado e a sua análise permite observar que as variáveis predictoras produziram um modelo significativo, $F_{(2,27)} = 10.969$; $p \leq 0.001$; $R^2 = 0.41$, na predição da sintomatologia depressiva. Uma análise mais detalhada dos resultados permite verificar que a autocompaixão emerge no modelo como o único predictor significativo ($\beta = -.53$; $p = 0.012$) contribuindo para que o modelo explique 41% da variância da variável dependente.

Tabela 6. Modelo de regressão múltipla para a Vergonha (OAS) e a Autocompaixão (SELFCS) (Variáveis Independentes) sobre a Sintomatologia Depressiva (Variável Dependente)

| | β | t | R | R ² | R ² Ajustado | F | p |
|------------------------|---------|--------|------|----------------|-------------------------|--------|-------|
| Modelo Global | | | .670 | .448 | .407 | 10.969 | 0.000 |
| Preditores | | | | | | | |
| Vergonha (OAS) | .177 | .887 | | | | | .383 |
| Autocompaixão (SELFCS) | -.534 | -2.682 | | | | | .012 |

Nota. OAS = Escala de Vergonha Externa – versão curta; SELFCS = Escala da Autocompaixão

V. Discussão

A vivência de uma perturbação psicótica, de disfunção emocional e de problemas na recuperação emocional, encontram-se significativamente interligados. A recuperação emocional disfuncional, caracteriza-se pela experiência de depressão, sentimentos de desesperança e cognições de suicídio (Birchwood et al., 2000), e ainda pela vivência de experiências de vergonha e de estigma (Rooke & Birchwood, 1998) que contribuem significativamente para o isolamento social, alienação e sintomatologia depressiva de indivíduos com psicose. Nos últimos anos, vários estudos têm evidenciado a relação que se estabelece entre a vergonha e a incapacidade ou dificuldade na autotranquilização e autocompaixão perante situações de vida dolorosas ou contratempos, e o aumento da vulnerabilidade para uma

série de psicopatologias (Gilbert & Irons, 2005; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004; Neff, 2003a, 2003b).

O presente estudo visa contribuir para o estado da arte explorando a relação entre a vergonha externa, a autocompaixão e os sintomas depressivos, numa amostra de doentes com perturbações psicóticas.

A designação de “Perturbações Psicóticas” é, geralmente, utilizada enquanto entidade clínica para designar um conjunto de condições associadas à vivência de grandes dificuldades de ajustamento e de elevados níveis de sofrimento decorrentes da experiência de sintomatologia psicótica que, de acordo com o DSM-5, pode ser agrupada em cinco domínios específicos de psicopatologia: alucinações, delírios, desorganização do pensamento, desorganização do comportamento, e sintomas negativos (APA, 2013).

Um dos principais objetivos do presente estudo passou pela realização de um estudo exploratório da incidência dos diferentes tipos de sintomatologia (psicótica e associada) numa amostra de doentes com perturbação psicótica. Tal como esperado, os sintomas positivos foram os sintomas psicóticos mais reportados pelos doentes avaliados com a ECPP, sendo os delírios persecutórios os mais prevalentes (Freeman & Garety, 2014) e as alucinações auditivas as mais reportadas (Mueser et al. 1990). Os sintomas pertencentes ao domínio da desorganização do comportamento foram os menos referidos pelos doentes. No entanto, convém referir que, na nossa perspetiva, este resultado não decorre, necessariamente, do facto de estes sintomas serem os menos frequentes na amostra avaliada, podendo este resultado dever-se a um menor reconhecimento, por parte dos doentes, da sua experiência e, ao mesmo tempo, resultar da experiência de elevados níveis de vergonha associados a vivências do passado (e.g. tirar coisas do lixo, vestir-se de forma diferente, colecionar coisas sem valor para os outros, falar em voz alta sem que alguém estivesse presente).

Para os indivíduos com perturbações psicóticas, a vivência de défices severos no seu funcionamento social e ocupacional (Perkins et al., 2006), decorrentes da emergência gradual dos sintomas característicos da perturbação, apresenta um grande impacto no processo de desenvolvimento e construção da identidade e na vivência das experiências do dia-a-dia e das relações interpessoais (Riedesser, 2004). De facto, a vivência da sintomatologia psicótica consitui-se, por si só, como uma experiência angustiante que provoca alterações profundas na visão dos indivíduos acerca do *eu*, dos outros e do mundo (Miller & Mason, 2005), associada a dificuldades na concretização de objetivos e papéis sociais, potenciadoras do desenvolvimento de sentimentos de desesperança, medo, culpa e vergonha (Birchwood, 2003).

Tal como esperado, os resultados obtidos no presente estudo sugerem a existência de correlações positivas entre os sintomas depressivos, a vergonha externa e a existência de associações negativas entre estes sintomas e a autocompaixão. Dito de outra forma, os resultados sugerem que quanto mais elevados forem os níveis de vergonha externa experienciados pelos indivíduos com perturbações psicóticas, mais elevados serão os níveis de sintomatologia depressiva apresentada; e que, por outro lado, quanto mais elevados forem os níveis de autocompaixão, mais baixos serão os níveis de sintomatologia depressiva.

Tal como sugerido pelos resultados do presente estudo, os resultados de várias investigações realizadas recentemente, têm evidenciado de forma consistente a relação que se estabelece entre a vergonha externa, a incapacidade de autotranquilização e autoaceitação e a depressão (Gilbert et al, 2004; Gilbert & Procter, 2006; Castilho, 2011; Rodrigues, 2013).

Para além disto, os resultados obtidos com a análise de regressão revelaram que a autocompaixão apresenta uma contribuição independente e significativa para a variância única da sintomatologia depressiva (40%), o que sugere que, quanto maior for a capacidade dos indivíduos para estabelecer uma relação calorosa e de aceitação com os aspetos negativos do *eu* e da vida, menor será a vulnerabilidade à vivência de sintomatologia depressiva no curso de uma perturbação psicótica. Estes resultados vão ao encontro dos resultados apresentados por estudos anteriores que analisam o papel da autocompaixão (MacBeth & Gumley, 2012; Neff, 2003) na depressão em indivíduos da população normal e que apresentam evidências que suportam a inclusão de intervenções focadas na compaixão na intervenção com doentes com perturbações psicóticas, nomeadamente no que se refere ao tratamento da depressão. De facto, a compaixão tem emergido como um constructo de grande importância nos estudos acerca de saúde mental e psicoterapia. Neste sentido, Macbeth & Gumley (2010), realizaram uma meta-análise onde demonstraram a existência de uma correlação negativa entre a autocompaixão e a psicopatologia, verificando-se que maiores níveis de autocompaixão correspondem a níveis mais baixos de psicopatologia, e nomeadamente depressão. Neff (2003), demonstrou também que a autocompaixão se relaciona significativamente com os indicadores positivos de saúde mental, de tal modo que mais autocompaixão corresponde a níveis mais baixos de depressão e ansiedade e a níveis mais elevados de satisfação com a vida.

À luz do modelo evolucionário, a emergência de muitas perturbações psicológicas relaciona-se com o processamento de estímulos percecionados como ameaçadores, ficando o indivíduo encurralado nas estratégias defensivas inatas ou aprendidas, aliado à escassez ou inexistência de fontes de segurança e tranquilização, úteis na redução do *stress* e da ameaça

(Braehler et al., 2013; Gumley et al., 2010). A vivência de uma perturbação psicótica pode levar à emergência de sentimentos de perda (e.g. perda de relações interpessoais significativas) ou à ocorrência de determinados eventos que se constituem como uma ameaça à posição ocupada pelo indivíduo no ranking social e que são percebidos como ameaçadores do seu valor e aceitabilidade social (e.g. subordinação, vergonha ou humilhação; sentimentos de medo e exclusão social), assumindo-se como importantes fatores depressivogénicos, na medida em que apresentam um grande impacto na auto-estima e na percepção do seu estatuto social (Gilbert et al., 2001; Birchwood, 2003). Neste sentido, os indivíduos que desenvolvem uma perturbação depressiva perante a vivência de uma perturbação psicótica consideram os eventos de vida como ameaças ao seu futuro, constituindo-se apenas como razões pelas quais será rejeitado e humilhado pelos outros e levando à percepção de perda do seu valor em vários papéis sociais (Birchwood et al., 2007).

Perante a percepção de todas estas ameaças, não existe qualquer pista, interna ou externa, sinalizadora de segurança ou tranquilização para o indivíduo e, pelo contrário, o sistema de ameaça continua hiperativado, ficando clara a necessidade de, para além de reduzir a percepção de ameaça, ativar o sistema de segurança (Gumley et al., 2010), nomeadamente através de intervenções que fomentem o desenvolvimento de relações compassivas com o *eu* e o estabelecimento de relações seguras com outros significativos. Neste sentido, nos últimos anos, têm sido realizados alguns estudos de eficácia de intervenções focadas na compaixão com doentes psicóticos que demonstram a eficácia de intervenções focadas nos princípios da compaixão, nomeadamente na redução da sintomatologia depressiva (Braehler, Gumley, Harper, Wallace, Norrie & Gilbert, 2012; Laithwaite, O'Hanlon, Collins, Doyle, Abraham, Porter & Gumley, 2009).

Limitações

Apesar das contribuições do presente estudo para a compreensão dos mecanismos psicológicos relacionados com os sintomas depressivos, em doentes com perturbações psicóticas, devem ser consideradas algumas limitações de natureza metodológica.

A primeira limitação do estudo prende-se com a sua natureza transversal, não permitindo a inferência de relações de causalidade. Uma segunda limitação advém do uso de medidas de autorresposta, havendo possibilidade de maior subjetividade dos dados recolhidos, do efeito de desajustabilidade social e até de evitamento dos itens e dos construtos avaliados pelos diferentes instrumentos. Apesar das vantagens que advêm do facto do preenchimento das escalas de

autorresposta ter sido realizado em formato de entrevista, temos ainda que considerar a hipótese de que, em alguns casos, tal possa ter contribuído para o exacerbar dos efeitos adversos referidos anteriormente. Ao mesmo tempo, o tamanho e a heterogeneidade da amostra relativamente ao tempo de evolução da doença e relativamente à fase da doença no momento da avaliação, constituem também limitações que devem ser consideradas em estudos futuros. Uma outra limitação do estudo relaciona-se com o facto de os doentes avaliados não apresentarem, no momento presente, critérios para o diagnóstico de depressão ou sintomatologia psicótica ativa.

Implicações e Investigações Futuras

Apesar de existir um vasto número de investigações acerca dos processos de regulação emocional que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da depressão, existe ainda um número limitado de estudos que avaliem estes processos de regulação emocional em doentes com perturbações psicóticas.

Os resultados do presente estudo parecem contribuir para uma melhor compreensão do papel da autocompaixão enquanto processo de regulação emocional na manutenção de sintomatologia depressiva em doentes com perturbações psicóticas.

De acordo com os resultados obtidos, a autocompaixão parece exercer um papel importante na depressão em indivíduos com psicose e, neste sentido, os resultados apontam para a importância, cada vez mais reconhecida no seio da comunidade clínica e científica, da integração de intervenções psicoterapêuticas focadas na compaixão nos protocolos de intervenção com doentes com perturbações psicóticas, potenciando a ativação do sistema de afiliação e o desenvolvimento de uma relação positiva, compreensiva e calorosa com o *eu*, diminuindo assim a vulnerabilidade à experiência de sintomatologia depressiva.

Apesar da pertinência dos resultados do presente estudo para a prática clínica com doentes com perturbações psicóticas, a sua natureza exploratória justifica a necessidade de replicação do mesmo. Neste sentido, seria interessante que estudos futuros considerassem uma amostra clínica com maior número de sujeitos e com maior homogeneidade relativamente ao curso de desenvolvimento da perturbação, ao mesmo tempo que seria pertinente a inclusão de um instrumento mais específico de avaliação da sintomatologia depressiva (e.g. *BDI – Beck Depression Inventory*).

No que diz respeito ao estudo da influência dos construtos avaliados na depressão em doentes com psicose, uma vez que os participantes do presente estudo não cumprem critérios

de diagnóstico de depressão no momento presente, seria importante replicar o presente estudo com participantes que apresentassem o diagnóstico clínico de depressão, no sentido de esclarecer a intensidade das relações estabelecidas. Ao mesmo tempo, não obstante todas as limitações éticas associadas, seria interessante a realização de um estudo que analisasse a contribuição dos construtos avaliados no presente estudo para a vivência de sintomas psicóticos nucleares.

No mesmo sentido, estudos futuros poderiam também analisar a relação estabelecida entre o grau de stress percebido e a vivência de sintomatologia psicótica, bem como a relação que se estabelece entre a vivência de experiências traumáticas e as perturbações psicóticas.

Conclusão

Os indivíduos com psicose apresentam uma elevada sensibilidade para a ameaça, traduzida na experiência de elevados níveis de vergonha e uma reduzida capacidade afiliativa, que se traduz em grandes dificuldades relacionadas com a capacidade de autocompaixão. Neste sentido, os protocolos terapêuticos destinados à intervenção com doentes com perturbações psicóticas deveriam incluir o treino de competências relacionadas com as emoções afiliativas dirigidas, tanto ao *eu*, como aos outros. Nos últimos anos, a Terapia Focada na Compaixão tem-se revelado uma abordagem terapêutica em expansão e bastante promissora para a redução da vergonha e do autocriticismo, diretamente relacionados com o processamento de ameaças, de tal modo que a aplicação dos princípios inerentes a esta nova abordagem permite fornecer uma estrutura terapêutica compassiva e não ajuizadora dirigida para a recuperação emocional da psicose.

VI. Bibliografia

- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures: II. *Psychopathology, Personality and Individual Differences*, 17(5), 719-722.
- Allan, N. B. & Knight, W. E. J. (2005). Mindfulness, compassion for self, and compassion for others: Implications for understanding the psychopathology and treatment of depression. In P. Gilbert (Ed.). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (pp. 239-262). Routledge.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - 5ª Edição*. Climepsi.
- Birchwood, M. (2003). Pathways to Emotional dysfunction in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 182, 373-375.
- Birchwood, M., & Trower, P. (2006). The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic. *The British Journal of Psychiatry*, 188(2), 107-108.
- Birchwood, M., Mason, R., MacMillan, F., & Healy, J. (1993). Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychological Medicine*, 23(2), 387-395.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower P., & Gilbert P. (2002). Shame, humiliation and entrapment in psychosis: A social rank theory approach to cognitive intervention with voices and delusions. In A. P. Morrison (Ed.), *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis* (pp. 108-131). London: Brunner-Routledge.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1025-1037.
- Braehler, C., Harper, J., & Gilbert, P. (2013). *CBT for Schizophrenia: Evidence-Based Interventions and Future Directions*. John Wiley & Sons, Ltd.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., J. Norrie, & Gilbert, P. (2012). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: results of a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214. doi: 10.1111/bjc.12009.

- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia* (Dissertação de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-Compaixão: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, J. (2015). Evaluating the Multifactor Structure of the Long and Short Versions of the Self-Compassion Scale in a Clinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 00(0), 1-5. doi: 10.1002/jclp.22187.
- Castle, D.J., & Morgan, V. (2008). In K. T. Mueser & D. V. Jeste (Eds.), *Clinical Handbook of Schizophrenia* (pp. 14-24). New York: The Guilford Press.
- Freeman, D. & Garety, P. (2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1179-1189.
- Freeman, D., Garety, P.A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., & Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *The British Journal of Psychiatry*, 186(5), 427-435.
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31(2), 189-195.
- Gaudiano, B. (ed.), *Incorporating Acceptance and Mindfulness into the Treatment of Psychosis: Current Trends and Future Directions* (pp. 12-24). Oxford University Press.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: the evolution of powerlessness*. Hove, Uk: Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture* (pp. 3-36). New-York: Oxford University Press.

- Gilbert, P. (2000). 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. (2002). Body Shame: A biopsychosocial conceptualization and overview, with treatment implications. In P. Gilbert, & J. Miles (Eds.), *Body Shame: Conceptualization, research and treatment* (pp. 3-54). London: Brunner.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and use in Psychotherapy*. London: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28(3), 585-598.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J.N.V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50.
- Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M. & Irons, C. (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 12(2), 124-133.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255.
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures I: The “Other as Shamer Scale”. *Personality and Individual Differences*, 17, 713-717.
- Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., & Gilbert, P. (2010). A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Psychotherapy*, 3(2), 186-201.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183

- Hutton, P., Kelly, J., Lowens, I., Taylor, P. J., & Tai, S. (2011). Self-attacking and self-reassurance in persecutory delusions: A comparison of healthy, depressed and paranoid individuals. *Psychiatry Research*, 205, 127-136.
- Johnson, D. P., Penn, D. L., Fredrickson, B. L., Kring, A. M., Meyer, P. S., Catalino, L. I. & Brantley, M. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129, 137-140.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A. & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.055.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S. & Gumley, A. (2009). Recovery After Psychosis (RAP): A Compassion Focused Programme for Individuals Residing in High Security Settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 511-526.
- Lavretsky, H. (2008). History of schizophrenia as a psychiatric disorder. In K. T. Mueser & D. V. Jeste (Eds.), *Clinical Handbook of Schizophrenia* (pp. 3-13). New York: The Guilford Press.
- Longe, O., Maratos, F.A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliffe, H. et al. (2009). Having a word with yourself: Neural correlates of self-criticism and self-reassurance. *NeuroImage*, 15, 49(2), 1849-1856.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, P.F. (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.
- Macbeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring Compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552.
- Martins, M.J., Carvalho, C., Castilho, P., Pereira, A.T. & Macedo, A. (2015). The "Clinical Interview for Psychotic Disorders" (CIPD): Development and expert evaluation. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 2:7.
- Matos, M. (2012). *Shame memories that shape who we are* (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a traumatic memory. *Clinical psychological psychotherapy*, 17(4), 299-312.

- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2013). The effect of Shame and Shame memories on paranoid ideation and social Anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 334-349. doi: 10.1002/cpp.1766
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C. & Figueiredo, C. (2015). The Other as Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and Individual Differences*, 74, 6-11.
- Miller, R. & Mason, S. E. (2005). Shame and guilt in first-episode schizophrenia and schizoaffective disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35(2), 211-221. doi: 10.1007/s10879-005-2701-4.
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(1994), 257-276.
- Mueser, K. T., Bellack, A. S. & Brady, E. V. (1990). Hallucinations in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(1), 26-29.
- Murray, V., McKee, I., Miller, P. M., Young, D., Muir, W. J., Pelosi, A. J., & Blackwood, D. H. R. (2005). Dimensions and classes of psychosis in a population cohort: a four-class, four-dimension model of schizophrenia and affective psychosis. *Psychological Medicine*, 35(4), 499-510.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pankey, J. & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311-328.
- Perkins, D. O., Lieberman, J. A. & Lewis, S. (2006). First Episode. In J. A. Lieberman, T. S. Stroup & D. O. Perkins (Eds.). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia* (pp. 353-364). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pickering, L., Simpson, J., & Bentall, R.P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 44(5), 1212-1224. doi: 10.1016/j.paid.2007.11.016
- Price, J., Sloman, L., Gardner, R., Gilbert, P., & Rohde, P. (1994). The social competition hypothesis of depression. *British Journal of Psychiatry*, 164(3), 309-315. doi: 10.1192/bjp.3.309
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547.
- Riedesser, P. (2004). Psychosis as a traumatic event. In D. Bürgin & H. Meng (Eds.). *Childhood and adolescent psychosis* (pp. 61-66). Switzerland: Karger.
- Rubin, A. & Trawver, K. (2010). Overview and Clinical Implications of Schizophrenia. In A. Rubin, D. W. Springer & K. Trawyer (Eds.). *Psychosocial Treatment of Schizophrenia: Clinician's Guide to Evidence-Based Practice* (pp. 1-22). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hedge, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2011). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(6), 496-507. doi: 10.1002/cpp.762.
- Sloman, L. & Gilbert, P. (2000). Subordination and defeat: an evolutionary approach to mood disorders and their therapy. Routledge.
- Tai, S. & Turkington, D. (2009). The Evolution of Cognitive Behavior Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin*. doi: 10.1093/schbul/sbp080
- Tracy, J. L. & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions. *Psychological Inquiry*, 15(2), 103-125.
- Turkington, D., Wright, N. & Courtley, J. (2015). The Evolution of Cognitive-Behavioral Therapy for Psychosis: the Path to Integrating acceptance, Compassion, and Mindfulness. In Gaudiano, B. (ed.), *Incorporating Acceptance and Mindfulness into the Treatment of Psychosis: Current Trends and Future Directions* (pp. 12-24). Oxford University Press.

White, R. G. (2015). Treating Depression in Psychosis: Self-Compassion as a Valued Life Direction. In Gaudiano, B. (ed.), *Incorporating Acceptance and Mindfulness into the Treatment of Psychosis: Current Trends and Future Directions* (pp. 12-24). Oxford University Press.