



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

MARIANA FILIPA DE MESQUITA ARGEL

***Afiliação e Segurança no mundo social nas Perturbações Psicóticas:
O papel dos Sintomas Negativos e da Vergonha Externa***

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE PSICOLOGIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO JOÃO FERREIRA MACEDO SANTOS

DOUTOR LUÍS MIGUEL MORAIS CALADO DE OLIVEIRA BAJOUÇO

FEVEREIRO/2018

***Afiliação e Segurança no mundo social nas Perturbações Psicóticas:
O papel dos Sintomas Negativos e da Vergonha Externa***

Mariana Filipa de Mesquita Argel
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Endereço eletrónico: mfma_6@hotmail.com

“A different world cannot be built by indifferent people.”

Peter Marshall

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professor Doutor António Macedo e Doutor Miguel Bajouco, por me acolherem neste projeto e pelo apoio e disponibilidades demonstradas.

À Mestre Maria João Martins, por toda a dedicação e força, que são verdadeiramente inspiradoras.

À minha família por estar sempre presente, incentivando-me a continuar a trabalhar e a percorrer este percurso tão gratificante. Uma referência especial ao meu pai, o meu pilar, e ao meu irmão gémeo, a minha outra metade.

Aos meus amigos, correndo o risco de me tornar redundante, pois são a família que escolhi. Por todas as vivências partilhadas, pelos inúmeros sorrisos que me proporcionam e por contribuírem para que o dia-a-dia neste ponto recôndito do universo seja vivido em pleno.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	1
RESUMO	2
ABSTRACT	4
1. INTRODUÇÃO	6
1.1. Sintomas negativos: caracterização e suas implicações	6
1.2. O modelo dos 3 sistemas de regulação do afeto: aplicação às perturbações psicóticas	8
1.3. Modelos psicológicos dos sintomas negativos: as terapias cognitivo-comportamentais contextuais	10
1.3.1. Vergonha e seu papel na manutenção dos sintomas	11
1.3.2. A recuperação: <i>Social Safeness</i> como possível <i>outcome</i>	13
2. MATERIAIS E MÉTODOS	15
2.1. Participantes e procedimentos	15
2.2. Instrumentos	17
2.2.1. <i>Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS)</i>	17
2.2.2. <i>Other as Shamer Scale (OAS)</i>	17
2.2.3. <i>Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS)</i>	18
2.3. Análise de Dados	18
3. RESULTADOS	19
3.1. Análises Preliminares	19
3.2. Análises Descritivas	20

3.3. Análises de Correlação	21
3.4. Análises de Mediação	23
4. DISCUSSÃO	27
5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS	34
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	I

ABREVIATURAS

AT – Abstract Thinking

SN – Sintomas Negativos

SP – Sintomas Positivos

SS – Social Safeness

ST – Stereotyped Thinking

SW – Social Withdrawal

VE – Vergonha Externa

RESUMO

Introdução: Um aspeto significativo das perturbações psicóticas é o seu impacto no funcionamento global do indivíduo. Os sintomas negativos, tais como diminuição da expressão emocional ou a avolição, têm sido descritos como os que mais contribuem para a incapacidade consequente a este tipo de perturbações. Adicionalmente, existe um forte estigma social envolvido, o qual, combinado com experiências precoces aversivas e/ou elevadas fontes de ameaça internas (por exemplo, os sintomas) e externas, podem conduzir a sentimentos de desvalorização e dificuldades em sentir-se seguro no mundo social. Tal facto pode ser influenciado pela emergência de vergonha (uma emoção com elevada importância social, crucial para a auto-identidade). Este estudo pretende investigar as associações entre os sintomas negativos nas perturbações psicóticas, a Vergonha Externa e a *Social Safeness* (percepção do mundo social como seguro e tranquilizador); bem como, explorar o papel mediador da Vergonha Externa na relação entre os sintomas negativos e o *Social Safeness*.

Método: Uma amostra de 43 participantes diagnosticados com perturbações do espectro da psicose (sobretudo esquizofrenia – 72%) foram recrutados, avaliados com a *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) e preencheram questionários que permitem avaliar a Vergonha Externa (*Other as Shamer Scale*) e a *Social Safeness* (*Social Safeness and Pleasure Scale*).

Resultados: Os resultados mostraram que os sintomas negativos estão associados com a Vergonha Externa e que ambos estão negativamente associados com a *Social Safeness*. A Vergonha Externa e a *Social Safeness* estão forte e significativamente associados; no entanto, estão apenas significativamente associados a quatro sintomas negativos avaliados pela PANSS (isolamento social, dificuldades no pensamento abstrato, reduzido fluxo de

conversação e pensamento estereotipado). A mediação simples mostrou que a Vergonha Externa é um mediador significativo na relação entre os sintomas negativos e a *Social Safeness*.

Discussão e Conclusões: Os resultados obtidos parecem indicar que, em indivíduos com psicose, a ideia de existir negativamente na mente dos outros é um caminho através do qual os sintomas negativos têm impacto nas interações e sentimento de segurança no mundo social. A vergonha pode ser um alvo terapêutico útil para doentes com sintomas negativos nas perturbações psicóticas.

Palavras-Chave: Sintomas Negativos, Vergonha Externa, *Social Safeness*, Perturbações Psicóticas.

ABSTRACT

Background: A significant feature of psychotic disorders is its impact on the individual's global functioning. Negative symptoms, such as diminished emotional expression or avolition, have been reported as one of the major contributors to disability in this context. Additionally, there is a strong social stigma involved, which combined with early aversive experiences and/or high sources of internal (e.g. symptoms) or external threats, may lead to a sense of devaluation and problems in feeling safe in the social world. This may be influenced by the emergence of shame (an emotion with high social importance, crucial to the self-identity). This study aims to investigate the associations between negative symptoms in psychotic disorders, external shame and Social Safeness (perceiving social world as safe and soothing); and explore the mediator role of external shame in the relationship between negative symptoms and Social Safeness.

Method: A sample of 43 patients diagnosed with a psychosis-spectrum disorder (mostly Schizophrenia – 72%) were recruited, assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale and completed questionnaires that evaluate external shame (Other as Shamer Scale) and Social Safeness (Social Safeness and Pleasure Scale).

Results: Results showed that negative symptoms were correlated with external shame and both were negatively associated with Social Safeness. External shame and Social Safeness were strongly and significantly associated with each other; however, they were only significantly associated with four negative symptoms assessed by the PANSS (social withdrawal, difficulty in abstract thinking, lack of flow of conversation and stereotyped thinking). Simple mediation revealed that external shame was a significant mediator in the relationship between negative symptoms total and Social Safeness.

Discussion and Conclusions: These results appear to indicate that in individuals with psychosis, the thought of being held negatively in the mind of others is a pathway from which negative symptoms impact on social interactions and safeness. Shame can be a useful therapeutic target for patients with negative symptoms in psychotic disorders.

Key words: Negative Symptoms, External Shame, Social Safeness, Psychotic Disorders.

1. INTRODUÇÃO

Múltiplos avanços têm sido feitos na compreensão das perturbações psicóticas, nomeadamente, nos substratos neurobiológicos envolvidos [1]. No entanto, a sua etiologia permanece por esclarecer e não existe uma ferramenta diagnóstica definitiva. Por esta razão, o seu diagnóstico é sindromático, isto é, baseado num conjunto de sinais e sintomas característicos, consubstanciados num conjunto de critérios operacionais definidos, bem como em critérios de exclusão específicos, tal como a ausência de patologia orgânica primária [2]. As perturbações psicóticas incluem um conjunto de perturbações complexas e multifatoriais, com um padrão variável de sintomas, cujas repercussões são, geralmente, consideráveis e persistentes para os indivíduos afetados [3]. Estas perturbações são caracterizadas por diferentes tipos de sintomas: sintomas positivos (delírios e alucinações), pensamento/discurso desorganizado, comportamento motor alterado ou desorganizado e sintomas negativos (apatia, abulia, avolição) [4,5].

1.1. Sintomas negativos: caracterização e suas implicações

Os sintomas negativos (SN) associados às perturbações psicóticas têm sido alvo de diversos estudos, dada a crescente perceção do seu impacto a nível do funcionamento global e da qualidade de vida [6-9]. O seu conceito tem evoluído bastante desde as descrições de Emil Kraepelin e Eugen Bleuler, que focavam a importância da volição e do afeto no curso da doença [10]. O termo “Sintomas Negativos” só foi introduzido por John Hughlings Jackson, o qual defendia que estes refletiam a ausência ou perda de funções nervosas normais [11,12].

Nancy Andreasen (1982) introduziu uma nova conceptualização, considerando cinco grandes domínios: embotamento afetivo (disfunção na responsividade física e/ou emocional); alogia (diminuição da fluência e produção verbal); avolição/apatia (ausência de energia para iniciar ou manter comportamentos dirigidos a um objetivo); anedonia/associabilidade

(redução da capacidade para experienciar prazer e diminuição da motivação para estabelecer interações sociais); comprometimento a nível da concentração (falta de atenção durante tarefas laborais e/ou testes de avaliação mental) [13].

Recentemente, estudos que investigaram as relações entre os sintomas negativos, revelaram que estes se separam, geralmente, em dois domínios distintos, mas que se interrelacionam [14,15]. Um dos domínios refletindo a diminuição da expressividade (embotamento afetivo, aloxia) e o outro representando decréscimos motivacionais (incluindo associabilidade, avolição e anedonia). Strauss *et al.* (2013) verificou que a dimensão da amotivação se associa a pior funcionamento social e maiores défices na cognição social [16]. Outros estudos reforçam este prejuízo na cognição social, documentando que os SN estão associados a danos a nível dos vários processos que a constituem, tais como, perceção de pistas sociais, partilha de experiências, “mentalização” e regulação das experiências emocionais [17]. Galderisi *et al.* (2013) corroborou parte dos resultados de Strauss, ao concluírem que a amotivação apresenta um valor preditivo maior de pior funcionamento ao nível do envolvimento com o ambiente social do que a diminuição na expressão emocional. Além disso, determinou que a amotivação inclui ainda uma diminuição na capacidade de identificar e lutar por objetivos (importante em termos de realizações pessoais e satisfação), bem como uma perda de interesse em ideias e em acontecimentos, que irão contribuir para o baixo funcionamento social diário [18].

A expressão clínica dos SN é menos notória, pois, podem ser mascarados pelos sintomas positivos e coexistir ou serem confundidos com comprometimento cognitivo ou sintomas depressivos [19]. Os sintomas positivos (SP) tendem a esbater-se durante a fase de remissão, enquanto os sintomas negativos se tornam mais dominantes [20], sendo mais resistentes à terapêutica farmacológica [21]. Estudos verificaram que os SN tendem a manter-

se por longos anos; em estudos de *follow-up* de curta duração (até 2,5 anos) a prevalência foi de cerca de 45% e nos de *follow-up* mais longos (7,5 a 10 anos) foi de 20-30% [22].

Tais evidências demonstram que é significativo o impacto que os sintomas negativos têm no cotidiano do indivíduo.

1.2. O modelo dos três sistemas de regulação do afeto: aplicação às perturbações psicóticas

O modelo tripartido de regulação de afeto de Gilbert (2005), postula que em termos da regulação emocional, existem três sistemas que interagem entre si (sistema de defesa-ameaça [*threat-defense*], sistema de procura de recursos/incentivos [*drive*] e sistema de afiliação-tranquilização [*soothing*]) [23].

O sistema de defesa-ameaça deteta estímulos ameaçadores, de forma a gerar respostas comportamentais, emocionais e cognitivas no sentido de proteger o indivíduo [24-26]. Deste modo, pode assistir-se a, por exemplo, comportamentos de luta, fuga ou de submissão, bem como à emergência de respostas emocionais como ansiedade, raiva, aversão e vergonha. Este sistema é inato e pode ser rapidamente ativado e facilmente condicionado [27].

O sistema de procura diz respeito à conquista de objetivos, gerando comportamentos de aproximação, exploração e procura [28,29], de modo a que se atinjam os recursos necessários à sobrevivência. Este sistema é sensível à recompensa e gera sensações positivas como orgulho e entusiasmo [30].

O sistema de afiliação-tranquilização está relacionado com mecanismos que envolvem neuromoduladores como as endorfinas e oxitocina e permite regular os sistemas da ameaça. Responde a atitudes de cuidado, intimidade e afiliação e, desse modo, reduz a ameaça e desativa emoções/comportamentos defensivos, produzindo sensações de calma, conexão e tranquilidade [31].

Tendo em conta a ação destes sistemas, é de notar que em cada contacto social que se procura ou estabelece, o indivíduo poderá fazer inferências em termos da possível ameaça que este contacto representa (envolvimento do sistema defesa-ameaça), da potencial recompensa que dele poderá advir (que ativará o sistema de procura), bem como da disponibilidade de segurança/suporte afiliativo, que conduz a sentimentos de tranquilidade e ligação aos outros (ativação do sistema afiliação-tranquilização) [27].

Já tem sido documentado que as perturbações psicóticas envolvem intensos sentimentos de ameaça. Gumley *et al.* (2010) defende que são múltiplas as possíveis fontes de ameaça: a) podem surgir pelas alterações em sentimentos, sensações e intrusões, pelo medo do que estas alterações significam e ao que poderão conduzir (por exemplo, sinalizarem a possibilidade de ressurgimento de sintomas ou recaída); b) pode haver ativação de memórias traumáticas de episódios anteriores (incluindo lembranças de como se sentiram aterrorizados pela experiência em si e pela hospitalização); c) poderá haver aumento dos sentimentos de desconfiança e medo de revelar a sua experiência a terceiros; d) os outros podem ser vistos como dominantes/poderosos com intenções negativas; e) podem surgir sentimentos, pensamentos e “vozes auto-críticas” que induzem pensamentos de auto-ataque e estimulam ainda mais o processamento da ameaça [27].

Por outro lado, as perturbações psicóticas envolvem sentimentos de perda e rutura em importantes relações que se configuram como elementos de suporte. Como consequência, podem desenvolver-se inseguranças na ligação com os outros, que culminam num sistema de afiliação-tranquilização pouco robusto para regular o processamento da ameaça [27].

Em suma, percebemos que nestes indivíduos, as relações interpessoais são marcadas por sobreativação dos sistemas de ameaça, em detrimento dos sistemas afiliativos [32].

1.3. Modelos psicológicos dos sintomas negativos: as terapias cognitivo-comportamentais contextuais

Recentemente, Martins *et al.* (2017) desenvolveram um modelo integrativo de sintomas negativos na psicose, que propõe dois processos: um de manutenção dos sintomas e outro de recuperação.

Relativamente ao processo de manutenção, este modelo postula que perante os sintomas negativos, é ativado um sistema defensivo e surgem comportamentos de defesa-evitamento, que pretendem funcionar como estratégias de *coping*. Este modo defensivo é potenciado pela ativação de uma rede neurocortical (*Default Mode Network* – DMN), que está associada a estados de “piloto automático”, padrões de resposta automáticos relacionados com a resolução de problemas (por exemplo, lembrar o passado e planear o futuro, o que pode levar a ruminação, preocupação e evitamento de experiências), e a reflexões acerca do próprio e do outro (p.e., avaliações sociais que se acompanhem de uma perceção de baixo estatuto social em comparação com outros). A ativação anómala da DMN está também ligada à incapacidade de antecipar consequências positivas de certos padrões de ação (anedonia antecipatória), o que resulta em baixos níveis de motivação para agir tendo em vista determinado objetivo que se deseja alcançar.

As estratégias defensivas, apesar de pretenderem ser mecanismos de *coping*, podem acarretar consequências indesejadas (p.e., emoções negativas, descrença e ausência de esperança, que fazem emergir sentimentos de aprisionamento) e contribuir para a manutenção dos sintomas negativos.

O processo de recuperação visa o fortalecimento dos indivíduos, através da regulação da ativação do sistema defesa-ameaça e do modo defesa-evitamento (associado à DMN), com a ativação do sistema de afiliação-tranquilização, permitindo que as pessoas desenvolvam esperança, definam a sua identidade e melhorem a sua ligação com os outros [33].

Este processo pretende, assim, promover uma experiência interna mais rica e positiva em várias dimensões, para que desenvolvam um conjunto mais alargado de respostas comportamentais funcionais e adaptativas. Pretendem-se ampliar as aptidões do indivíduo para lidar com as suas experiências internas, numa atitude de aceitação, afastando o julgamento, de modo a abraçar ações concordantes com projetos de vida que valoriza [34,35].

1.3.1 Vergonha e seu papel na manutenção dos sintomas

Vergonha é uma emoção complexa, que desempenha um papel central na regulação dos sentimentos, comportamentos e pensamentos [36]. Considera-se a existência de dois tipos de vergonha (externa e interna), sendo que a Vergonha Externa (VE) ocorre quando as pessoas acreditam que os outros têm uma percepção negativa em relação a si [37], podendo ser encarada como uma emoção ligada a sentimentos de diminuição e desvalorização pessoal, em que o indivíduo se considera portador de características indesejáveis em termos sociais [38].

A vergonha e o estigma são muito prevalentes nas perturbações psicóticas [39]. Neste contexto, a vergonha pode surgir a partir da própria experiência psicótica do indivíduo, ao ter percepção fisiológica, emocional e cognitiva do que experiencia; ou, por outro lado, por acreditar que desilude aqueles que lhe são mais próximos e pelo estigma social envolvido [27]. Tais experiências podem levar a que se sinta desvalorizado, pouco atrativo, afetando os laços sociais e podendo conduzir a vergonha. Deste modo, fica alerta e apreensivo perante o risco de rejeição, exclusão ou desvalorização social [40], que é percebido como uma ameaça. Nesta perspetiva, o conceito de vergonha pode ser percebido como um produto emocional central do sistema de defesa-ameaça [31], funcionando como uma resposta cognitivo-comportamental face a pistas percebidas como ameaça social.

Pelo modelo integrativo de Martins *et al.* (2017), percebemos que o mecanismo através do qual a vergonha participa na manutenção dos sintomas negativos envolve fatores

internos e externos ao indivíduo, que se encontram numa interação dinâmica [33]. O principal mecanismo é o evitamento experiencial, que corresponde a uma tentativa de evitar pensamentos, sentimentos, memórias, sensações físicas ou outras experiências internas [41]. Do mesmo modo, um conjunto de fatores externos, como o criticismo/hostilidade por parte de entes queridos e o estigma social (que podem leva-los a sentirem-se desvalorizados, marginalizados socialmente e, conseqüentemente, a desenvolverem estratégias e emoções defensivas; [42-44]), podem contribuir para reforçar estes comportamentos de evitamento, que potenciam o afeto negativo e a vergonha. A visão do próprio como inadequado, inferior (vergonha interna) e a ideia de que os outros confirmam esta perspectiva (Vergonha Externa), contribui para a manutenção do modo defesa-evitamento. Ao evitar situações que possam gerar confrontação com o que considera serem as suas limitações (sintomas negativos), as reações emocionais que adviriam desse confronto (p.e., ansiedade, depressão), e as conseqüências temidas (p.e., não conseguir realizar determinada tarefa, encontrar emprego), torna-se progressivamente mais alienado e desconectado em relação aos outros. Deste modo, bloqueia possíveis conexões afiliativas e impede que tenha oportunidade de experimentar e treinar respostas comportamentais alternativas, criando sentimentos de “aprisionamento” e, conseqüentemente, reforça os sintomas negativos [33].

Vários estudos têm associado a Vergonha Externa à psicopatologia em geral [45] e a sintomas psicóticos, em particular [46,47]. Wood e Irons (2016) sugerem que níveis elevados de Vergonha Externa e baixo estatuto social estão significativamente correlacionados com agravamento de quadros depressivos e sintomas positivos, bem como reduzidas taxas de recuperação pessoal em perturbações psicóticas [47].

Castilho *et al.* (2017), concluíram ainda que havia uma associação negativa significativa entre Vergonha Externa e sentimentos de contentamento, segurança e prazer nas

relações sociais, defendendo que sentir-se inferior aos olhos de outrem contribui para o aumento da vulnerabilidade e dificuldades sociais [46].

1.3.2. A recuperação: *Social Safeness* como um possível *outcome*

A recuperação é vista como o processo subjetivo independente da redução objetiva dos sintomas, que inclui a procura e adoção de uma vida com sentido, maiores sentimentos de estima e de ligação com os outros [33].

O conceito de *Social Safeness* (SS) refere-se a uma experiência afetiva tranquilizadora, na qual o indivíduo se sente confortado e ligado a outros que o rodeiam [30]. Tendo em conta o modelo dos três sistemas de regulação do afeto, *Social Safeness* apresenta-se como um produto do sistema de afiliação-tranquilização [48]. Funciona como facilitador de comportamentos de afiliação e pró-sociais [31], uma vez que a ativação deste sistema regula a atividade dos sistemas de ameaça e procura, de modo a que o indivíduo se sinta seguro socialmente [49], não necessitando de se defender ou competir por recursos [50].

Assim, a *Social Safeness* apresenta-se como um possível *outcome* do processo de recuperação, uma vez que se baseia na formação de laços sociais através de ligações afetivas e cooperação, que são cruciais para experiências positivas no mundo social e são extremamente relevantes para a felicidade e saúde mental [51,52]. Isto vai ao encontro da perspetiva de recuperação global do indivíduo, sob uma perspetiva psicossocial, sendo então fundamental que se sinta seguro nas suas relações interpessoais. Vários estudos já documentaram que *Social Safeness* está negativamente associado a certas características disfuncionais, tal como auto-criticismo, medos de dar e receber compaixão, vingança, afeto negativo, sintomas depressivos, ansiedade, stresse [48,50,53,54].

No que diz respeito à psicose, a investigação tem demonstrado associações negativas entre *Social Safeness* e sintomas psicóticos [46]. Especificamente em relação aos sintomas

negativos, Cruz (2017) verificou que os sintomas negativos e o *Social Safeness* se encontram significativa e negativamente associados [55]. Tais evidências reforçam a ideia de que SS é uma variável importante no que se refere a saúde mental em geral [56] e à psicose e sintomas negativos em particular.

Apesar de estudado o papel importante da vergonha nos sintomas psicóticos e a sua influência na proximidade e ligação aos outros [46,47], ainda não existem estudos que foquem particularmente estas relações considerando os sintomas negativos. O presente estudo pretende analisar as associações entre os sintomas negativos, a Vergonha Externa e o *Social Safeness* num grupo de doentes diagnosticados com perturbações psicóticas. Colocamos a hipótese que os sintomas negativos estejam associados positivamente com a Vergonha Externa e que ambas as variáveis estejam negativamente associadas à *Social Safeness*. Pretende-se ainda investigar o efeito mediador da Vergonha Externa na relação entre os sintomas negativos e *Social Safeness*.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

2.1. Participantes e Procedimentos

Os critérios de inclusão foram os seguintes: diagnóstico de perturbação do espectro da psicose, com idade igual ou superior a 18 anos. Os participantes seriam excluídos se apresentassem défice cognitivo ou sintomatologia que impedisse a sua participação. A amostra do estudo consistiu-se por 43 pessoas com diagnóstico de perturbação psicótica (23 homens, 20 mulheres). A **tabela 1** apresenta as características socio-demográficas e clínicas da amostra.

Os participantes foram recrutados pelos seus psiquiatras ou outro técnico responsável a partir de 5 hospitais públicos portugueses (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; Centro Hospitalar do Baixo Vouga; Centro Hospitalar Tondela-Viseu; Centro Hospitalar Leiria-Pombal; Hospital de Magalhães Lemos).

Todos os procedimentos foram aprovados pelas comissões de ética da Faculdade de Medicina e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pela Comissão Nacional de Proteção de Dados e pelas comissões de ética dos hospitais envolvidos antes de se iniciar o estudo. Cada participante teve acesso a uma breve descrição da natureza e objetivos do estudo. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade e esclarecidas todas as questões.

Após concordarem participar, os participantes assinaram um formulário de consentimento informado (baseado na Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial) e, de seguida, preencheram um conjunto de questionários na sua versão portuguesa validada, que demoravam cerca de 45 a 60 minutos a completar.

Tabela 1. Características Sociodemográficas e Clínicas da amostra.

	Total (N= 43)
Sexo, n (%)	
Masculino	23 (53.5%)
Feminino	20 (46.5%)
Idade	
<i>M (DP)</i>	31.79 (8.23)
Min – Máx	19-53
Estado Civil, n (%)	
Solteiro/a	33 (76.7%)
Em união de facto	1 (2.3%)
Casado/a	8 (18.6%)
Divorciado/a	1 (2.3%)
Ocupação profissional, n (%)	
Empregado/a	18 (41.9%)
Desempregado/a	18 (41.9%)
Estudante	6 (14.0%)
Em formação	1 (2.3%)
Anos de Escolaridade	
<i>M (DP)</i>	13.35 (3.18)
Min – Máx	9-23
Diagnóstico(s)^a, n (%)	
Esquizofrenia	31 (72.1%)
Transtorno Psicótico SOE ^b	2 (4.7%)
Perturbação Esquizofreniforme	2 (4.7%)
Perturbação Esquizoafetiva	1 (2.3%)
Perturbação Induzida por Substâncias	3 (7.0%)
Perturbação Psicótica Breve	4 (9.3%)
Idade ao Início do Tratamento	
<i>M (DP)</i>	28.41 (8.80)
Min – Máx	15-44
Duração da Doença (anos)	
<i>M (DP)</i>	3.85 (5.30)
<i>Min – Máx</i>	0-20
Nº de Hospitalizações	
<i>M (DP)</i>	1.31 (1.28)
Min – Máx	0-5
Regime de Acompanhamento	
Consulta Externa	35 (81.4%)
Internamento	8 (18.6%)
Tipo de Intervenção, n (%)	
Psiquiatria	31 (72.1%)
Psiquiatria & Psicologia	12 (27.9%)

Notas. *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão; ^aDiagnóstico de acordo com DSM-V; ^bSOE = Sem Outra Especificação.

2.2 Instrumentos

2.2.1. *Positive and Negative Symptom Scale (PANSS; [57]).*

A PANSS é um instrumento de avaliação psiquiátrica, pontuada pelo avaliador, que inclui 30 itens: 7 constituem uma Escala de Sintomas Positivos (por exemplo, delírios e alucinações), 7 uma Escala de Sintomas Negativos (p. ex., embotamento afetivo e associabilidade) e os restantes 16 uma Escala de Psicopatologia Geral (p. ex., ansiedade e depressão). Cada um dos 30 itens é cotado numa Escala de Likert com 7 níveis de resposta, em que cotações mais altas correspondem a níveis maiores de psicopatologia (1 = Ausente a 7 = Gravidade extrema). Desta forma, para as Escalas de Sintomas Positivos e Negativos o intervalo de cotação situa-se entre os 7 e os 49 pontos, enquanto para a Escala de Psicopatologia Geral se situa entre os 16 e os 112 pontos. Neste estudo apenas a Escala dos Sintomas Negativos foi utilizada. O coeficiente *Cronbach alpha* no estudo original foi de .83, enquanto que no nosso estudo foi de .90.

2.2.2. *Other as Shamer Scale-2 (OAS2; [58]).*

A OAS2 é uma versão curta da OAS original [59] e é utilizada para medir experiências de Vergonha Externa. É uma escala com 18 itens e tem como objetivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo como os outros as vêem (por exemplo, “Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom/boa”; “Sinto-me inseguro(a) acerca das opiniões dos outros sobre mim”). Cada item é cotado pelos participantes numa Escala de Likert com 5 níveis de resposta, em que cotações mais altas correspondem a níveis mais elevados de Vergonha Externa (0 = Nunca a 4 = Quase sempre). A escala apresenta boa consistência interna, com *Cronbach alpha* no estudo original de .92, enquanto que no presente estudo o *alpha* foi de .94.

2.2.3. Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS; [60, 61]).

A SSPS é um instrumento utilizado para avaliar em que medida os indivíduos experimentam prazer, sentimentos e emoções positivas em situações sociais. Esta escala compreende 11 itens (por exemplo, “Sinto-me satisfeito nas minhas relações com os outros”; “Sinto-me seguro e querido pelos outros”), cotados de 1 a 5 numa Escala de Likert (1 = Quase nunca a 5 = Quase sempre). A validação portuguesa, em amostras clínicas e não-clínicas, revelou que a SSPS tem propriedades psicométricas adequadas, com coeficiente *Cronbach alpha* a variar entre .90 e .92, respetivamente. No presente estudo, o *alpha* foi de .90.

2.3. Análise de Dados

Os dados foram analisados na versão 24 do SPSS para Windows [62]. Inicialmente, testaram-se as médias das variáveis em estudo em relação a diferenças de género e, para tal, utilizou-se a análise não paramétrica Mann-Whitney’s *U*.

De forma a explorar as associações entre os sintomas negativos nas perturbações psicóticas, a Vergonha Externa e a *Social Safeness*, recorreu-se a coeficientes de correlação de Spearman. Para analisar a magnitude das correlações utilizaram-se os critérios de Cohen (1988) [63].

De modo a averiguar melhor qual a contribuição que os sintomas negativos e a Vergonha Externa têm na perceção do mundo social enquanto seguro e tranquilizador (*Social Safeness*), foram conduzidas análises de mediação simples utilizando o PROCESS, desenvolvido por Hayes (2013) [64]. Recorreu-se a métodos de *bootstrapping*, utilizando 5000 reamostragens, para analisar os efeitos indiretos. O efeito indireto representa o impacto da variável mediadora (Vergonha Externa) na relação original e pode ser obtido multiplicando a por b. Se o zero não estiver contido no intervalo de confiança, isto sugere que a diferença entre o efeito total e o direto é diferente de zero e, como tal, o efeito indireto é significativo.

Testámos 5 modelos de mediação, em que os sintomas negativos da PANSS (total) e cada sintoma negativo avaliado individualmente por esta mesma escala foram as variáveis independentes (VIs). Em cada modelo, a *Social Safeness* (SSPS) foi a variável dependente (VD) e a Vergonha Externa (OAS) foi o mediador (M).

3. RESULTADOS

3.1. Análises Preliminares

Na **tabela 2** apresentam-se os resultados das análises preliminares. Foram testados os pressupostos da normalidade e verificou-se que os valores de assimetria se encontram todos abaixo de 3 e os de curtose abaixo de 7, o que significa que não haverá desvios significativos à normalidade. No entanto, o teste de Shapiro-Wilk indicou diferenças significativas em relação à distribuição normal para todas as variáveis. Tendo em conta esta não-congruência de resultados optou-se por realizar análises não paramétricas.

Tabela 2. Estatística descritiva: Normalidade das variáveis.

Variáveis	Média	DP	Normalidade		SW
			Assimetria	Curtose	
Sintomas Negativos total	13.00	6.22	1.54	2.01	.826***
N1 – Blunted affect	2.12	1.37	1.19	.68	.795***
N2 – Emotional Withdrawal	2.28	1.28	.81	.23	.858***
N3 – Poor Rapport	1.74	1.09	1.80	4.11	.706***
N4 – Social Withdrawal	2.30	1.32	.71	-.13	.852***
N5 – Abstract Thinking	1.49	.77	1.53	1.76	.674***
N6 – Flow of Conversation	1.60	1.07	2.45	6.67	.606***
N7 – Stereotyped Thinking	1.47	.80	1.59	1.60	.635***
OAS Total	25.16	12.53	.89	.59	.970
SSPS Total	38.74	8.76	.03	-.74	.943*

Notas. * p<.05. *** p<.001

3.2. Análises Descritivas

De forma a testar se haviam diferenças de género relativamente às médias das variáveis em estudo, utilizámos a análise não paramétrica Mann-Whitney's *U*, atendendo ao pequeno tamanho da amostra e à distribuição não normal dos dados. Os resultados (apresentados na **Tabela 3**) revelaram que não há diferenças significativas entre homens e mulheres, à exceção de um sintoma negativo avaliado pela PANSS (dificuldade no pensamento abstrato), no qual as mulheres apresentam maior cotação em média.

Tabela 3. Média e Desvio Padrão para o total da amostra (N=43), comparação entre grupos (Mann-Whitney's *U*), e valores *d* de Cohen

	Total (N=43)		Masculino (N=23)		Feminino (N= 20)		<i>U</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Sintomas Negativos (PANSS)									
N1 - <i>Blunted Affect</i>	2.12	1.37	1.96	1.33	2.30	1.42	267.00	.34	
N2 – <i>Emotional Withdrawal</i>	2.28	1.28	2.30	1.19	2.25	1.41	216.00	.72	
N3 – <i>Poor Rapport</i>	1.74	1.09	1.70	1.19	1.80	1.01	251.00	.57	
N4 – <i>Social Withdrawal</i>	2.30	1.32	2.30	1.15	2.30	1.53	216.00	.72	
N5 – <i>Abstract Thinking</i>	1.49	0.77	1.26	0.54	1.75	0.91	300.50	.04	-.68
N6 – <i>Flow of Conversation</i>	1.60	1.07	1.61	1.08	1.60	1.10	209.50	.56	
N7 – <i>Stereotyped Thinking</i>	1.47	0.78	1.26	0.62	1.70	0.92	293.50	.06	
Sintomas Negativos Total	13.00	6.22	12.39	5.54	13.70	7.00	245.50	.70	
Vergonha Externa (OAS)									
OAS Total	25.16	12.53	28.50	14.85	22.65	10.31	191.00	.25	
Social Safeness (SSPS)									
SSPS Total	38.74	0.76	36.71	8.33	40.90	8.78	299.50	.16	

Notas. PANSS = *Positive and Negative Syndrome Scale*; OAS = *Others As Shamer*; SSPS = *Social Safeness and Pleasure Scale*; *M* = Média; *DP* = Desvio Padrão.

3.3. Análises de Correlação

Foram efetuadas análises de correlação de modo a explorar a magnitude das associações entre os sintomas negativos nas perturbações psicóticas, a Vergonha Externa e a *Social Safeness*. Os resultados são apresentados na **tabela 4**.

Verificou-se que os sintomas negativos (total) estavam significativa e positivamente associados com a Vergonha Externa (correlação de magnitude moderada), bem como negativa e moderadamente associados com a *Social Safeness*. A Vergonha Externa apresentou uma associação negativa forte com a *Social Safeness*.

Os resultados demonstraram não haver associações significativas entre 3 construtos negativos da PANSS (*Blunted affect*, *Emotional Withdrawal*, *Poor rapport*) e a Vergonha Externa e a *Social Safeness*.

Tabela 4. Correlação de Spearman entre Sintomas Negativos (PANSS), Vergonha Externa (OAS) e Social Safeness (SSPS).

Variáveis	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Sintomas Negativos Total	.788**	.862**	.813**	.803**	.516**	.653**	.519**	.379**	-.395**
2. <i>Blunted Affect</i>		.710**	.670**	.499**	.345*	.528**	.341*	.151	-.218
3. <i>Emotional Withdrawal</i>			.760**	.629**	.329*	.444**	.341*	.276	-.191
4. <i>Poor Rapport</i>				.573**	.354*	.547**	.388*	.213	-.218
5. <i>Social Withdrawal</i>					.321*	.553**	.371*	.353*	-.450**
6. <i>Difficulty in Abstract Thinking</i>						.514**	.535**	.357*	-.366*
7. <i>Lack of Flow of Conversation</i>							.253	.415**	-.577**
8. <i>Stereotyped Thinking</i>								.427**	-.437**
9. Vergonha Externa									-.620**
10. <i>Social Safeness</i>									

Notas. *** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; * $p \leq .05$; PANSS = *Positive and Negative Syndrome Scale*; OAS = *Others As Shamer*; SSPS = *Social Safeness and Pleasure Scale*;

M = Média; DP = Desvio Padrão.

3.4. Análises de Mediação

Foram conduzidas análises de mediação para averiguar o papel da Vergonha Externa como mediador na relação entre os sintomas negativos e o *Social Safeness*. Os efeitos total (c), direto (c') e indireto (ab) nestas mediações foram estimados e os resultados são apresentados nas **tabelas 5 e 6**.

Começámos por explorar o efeito mediador da Vergonha Externa na relação entre sintomas negativos (total - VI) e *Social Safeness* (VD). Desta forma, o efeito indireto obtido foi de -.284, sendo estatisticamente diferente de zero, uma vez que o intervalo de confiança a 95% não inclui o zero (-.633 a -.084). Isto sugere que o impacto dos sintomas negativos (total) na *Social Safeness* é mediado pela Vergonha Externa.

De seguida, testámos novos modelos de mediação utilizando como variáveis independentes apenas os construtos negativos da PANSS que apresentavam associações significativas com o mediador e a variável dependente nos estudos de correlação (*Social Withdrawal* – N4, *Abstract Thinking* – N5, *Flow of Conversation* – N6, *Stereotyped Thinking* – N7).

Os efeitos indiretos obtidos foram estatisticamente diferentes de zero nos modelos que utilizaram N4 (ab = -1.331), N6 (ab = -1.356) e N7 (ab = -2.577) como variáveis independentes, revelando que a Vergonha Externa tem um papel mediador na relação com cada um destes construtos e a *Social Safeness*. No modelo que utilizou o pensamento abstrato como variável independente, o efeito indireto não foi significativo.

A representação gráfica dos modelos que apresentaram efeito indireto significativo é apresentada nas **figuras 1 e 2**.

Tabela 5. Efeitos da mediação simples com OAS como mediador simples (M) na relação entre os Sintomas Negativos (VI) e Social Safeness (VD).

Mediador – M	Efeito de VI em M		Efeito de M em VD		Efeito Total		Efeito Direto		Efeito Indireto	
	(a)	(b)	(c)	(c')	Efeito	EP	Inferior	Superior		
Sintomas Negativos Total										
OAS	.877**	-.324**	-.622**	-.338	-.284	.135	-.633	-.084		

Tabela 6. Efeitos da mediação simples com OAS como mediador simples (M) na relação entre N4/N5/N6/N7 (VIs) e Social Safeness (VD).

Mediador – M	Efeito de VI em M		Efeito de M em VD		Efeito Total		Efeito Direto		Efeito Indireto	
	(a)	(b)	(c)	(c')	Efeito	EP	Inferior	Superior		
N4 – <i>Social Withdrawal</i>										
OAS	4.104*	-.324*	-2.938*	-1.607	-1.331	.637	-2.937	-.375		
N5 – <i>Abstract Thinking</i>										
OAS	4.671	-.367***	-3.461*	-1.747	-1.713	1.315	-5.285	.052		
N6 – <i>Flow of Conversation</i>										
OAS	4.593**	-.295**	-4.398***	-3.043**	-1.356	.705	-3.200	-.378		
N7 – <i>Stereotyped Thinking</i>										
OAS	7.407**	-.348**	-4.228*	-1.652	-2.577	1.153	-5.401	-.805		

Notas. ***p ≤ .001; **p ≤ .01; *p ≤ .05; VI = Variável Independente; VD = Variável Dependente; EP = Erro Padrão.

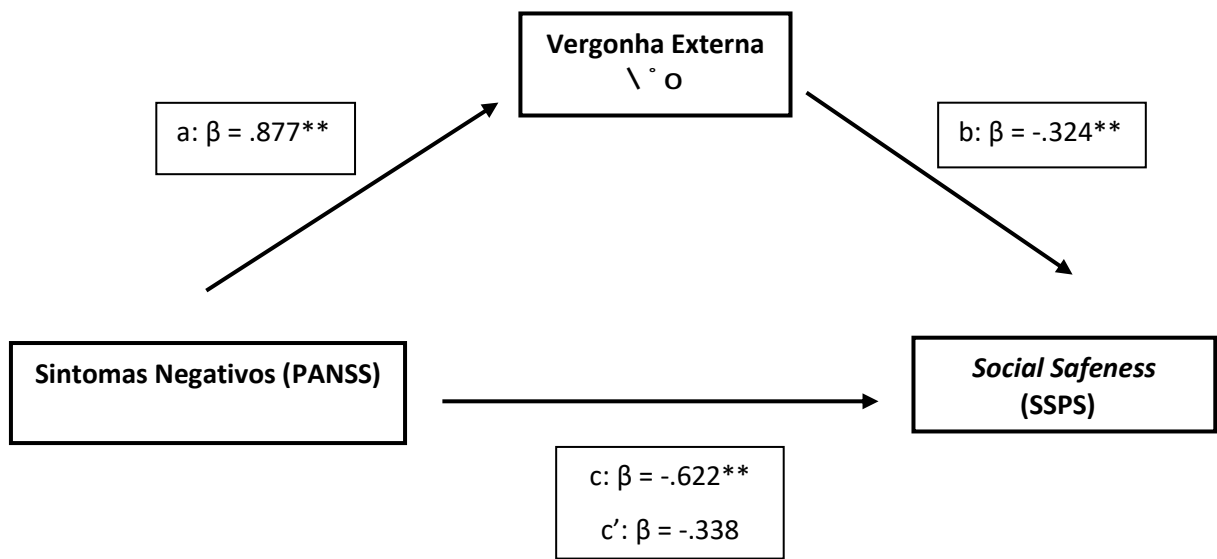


Figura 1. Modelo final da mediação simples, com Vergonha Externa como mediador na relação entre os sintomas negativos (cotação total) e a *Social Safeness*; N = 43 [*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; $p \leq .05$].

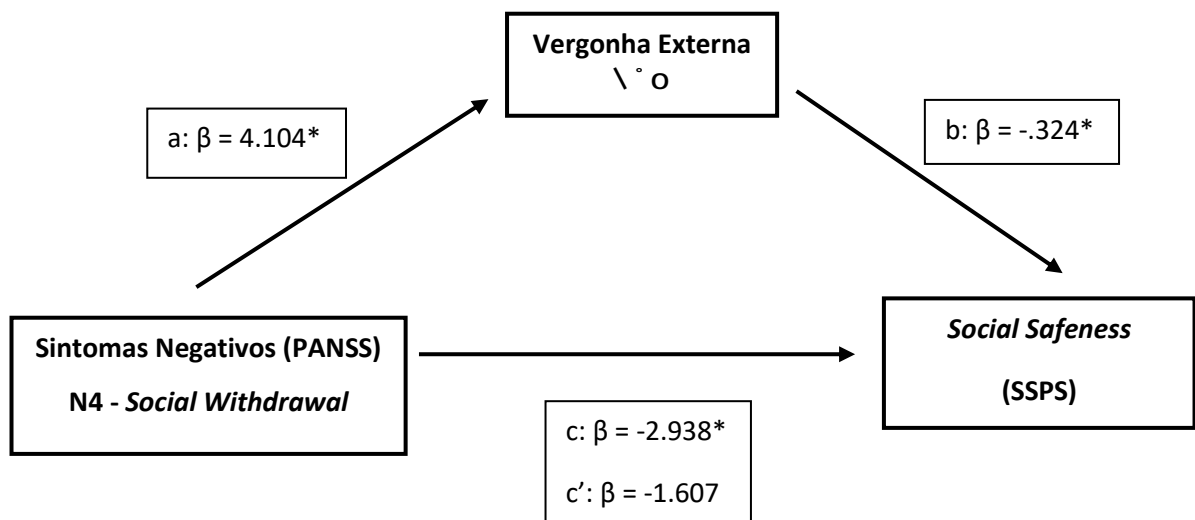


Figura 2. Modelo final da mediação simples, com Vergonha Externa como mediador na relação entre Afastamento Social (*Social Withdrawal*) e a *Social Safeness*; N = 43 [*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; $p \leq .05$].

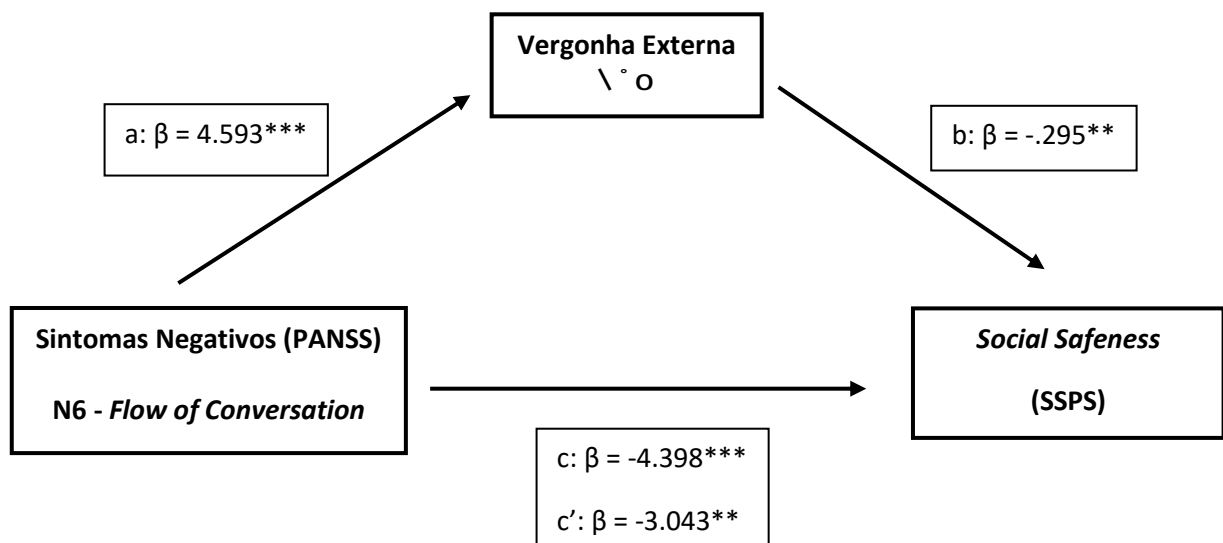


Figura 3. Modelo final da mediação simples, com Vergonha Externa como mediador na relação entre o Reduzido Fluxo de Conversação (*Flow of Conversation*) e a *Social Safeness*; N = 43 [*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; $p \leq .05$].

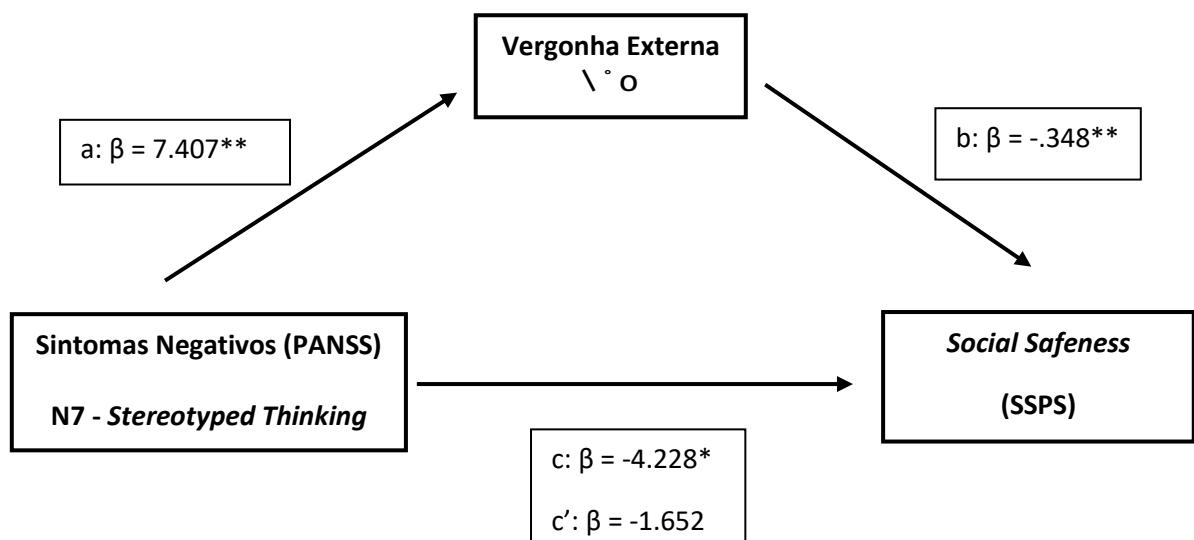


Figura 4. Modelo final da mediação simples, com Vergonha Externa como mediador na relação entre o pensamento estereotipado (*Stereotyped Thinking*) e a *Social Safeness*; N = 43 [*** $p \leq .001$; ** $p \leq .01$; $p \leq .05$].

4. DISCUSSÃO

Os sintomas negativos, tais como anedonia, amotivação e associabilidade, são atualmente reconhecidos como construtos centrais nas perturbações psicóticas, estando bem documentado o impacto deletério que têm no funcionamento interpessoal e funcionalidade global do indivíduo [6-9].

O presente estudo pretendeu explorar as associações entre Sintomas Negativos, Vergonha Externa e *Social Safeness*.

Inicialmente, avaliou-se a existência de diferenças de género em relação às variáveis em causa, tendo apenas surgido diferenças ao nível das dificuldades no Pensamento Abstrato, em que as mulheres apresentam maior cotação em média. Os resultados obtidos não estão de acordo com a literatura existente, que demonstra que em mulheres pré-menopáusicas, o curso da doença é geralmente mais benigno, com menor deterioração [65]. Esta discordância pode ser um viés decorrente do tamanho da amostra utilizada.

Os resultados relativos ao estudo correlacional revelaram que os SN estavam significativa e positivamente correlacionados com a Vergonha Externa. Apesar de esta já ter sido associada à psicopatologia em geral [30,45], e aos sintomas positivos das perturbações psicóticas [46,47], não temos conhecimento de estudos que correlacionem a Vergonha Externa com os SN. Uma explicação possível para os resultados obtidos será o facto de o sistema defesa-ameaça estar sobredesenvolvido nas perturbações psicóticas [32], podendo os sintomas negativos ser conceptualizados como respostas defensivas de desmobilização. Esta é, simultaneamente, uma forma de lidar com a vergonha, ao evitar expor-se aos outros, distanciando-se e, assim, prevenindo a rejeição social. Paradoxalmente, esta alienação do indivíduo gera sentimentos de aprisionamento que vão aumentar a vergonha e contribuir para a manutenção dos sintomas negativos (gerando um círculo vicioso).

Os nossos resultados revelaram ainda que os SN estavam negativa e moderadamente associados com a *Social Safeness*, o que vai ao encontro dos resultados do estudo de Cruz (2017). Para compreender esta associação é relevante salientar que, para perceber o comportamento dos outros num ambiente social, é muitas vezes necessário ter em conta os pontos de vista alheios e fazer inferências acerca dos seus estados mentais, baseando-se em pistas sociais e no contexto social. Foi proposto que os SN estariam associados a um decréscimo nesta competência de inferir estados mentais de outrem, incluindo as suas intenções, crenças e emoções (Teoria da Mente relacionada com a cognição social; [17]). Estas dificuldades sociais poderão contribuir para que haja uma avaliação de situações aparentemente benignas como sendo ameaçadoras. Neste contexto há ativação sistema defesa-ameaça em detrimento do sistema de afiliação-tranquilização e, uma vez que estes indivíduos demonstram uma diminuição nas competências que lhes permitiriam lidar com esta ameaça, seja ela externa – pelos comportamentos alheios – ou interna – emoções e pensamento do próprio – [66], terão uma perceção do mundo social como não seguro/tranquilizador (menor *Social Safeness*). Por outro lado, os SN ligados à amotivação, avolição e anedonia, foram associados a piores resultados em termos sociais [16,18], pelo que faz sentido que estejam associados ao *Social Safeness*.

A Vergonha Externa apresentou uma associação negativa e forte com a *Social Safeness*, o que está de acordo com estudos que têm demonstrado que as ameaças sociais parecem estar particularmente ligadas à vergonha em pessoas com perturbação psicótica [46]. Isto pode ser explicado pelo facto de a Vergonha Externa estar relacionada com sentimentos desvalorização pessoal, em que o indivíduo se considera portador de características indesejáveis em termos sociais [38] e, como tal, sentir-se-á menos seguro em relação ao mundo social. Pelo contrário, perceber o mundo social como seguro e tranquilizador irá

contribuir para minimizar estes sentimentos de desvalorização pessoal e, nesse sentido, a *Social Safeness* apresenta-se como antídoto da vergonha [67,68].

Os resultados demonstraram não haver associações significativas entre 3 construtos de sintomas negativos da PANSS (*Blunted Affect*, *Emotional Withdrawal*, *Poor Rapport*) e a Vergonha Externa e a *Social Safeness*. Para explicar estes resultados, é de referir que, em estudos prévios, diferentes sintomas negativos foram associados a diferentes medidas: sintomas relacionados com diminuição de expressividade foram preditores das competências sociais, mas apresentaram menor valor preditivo de pior funcionamento social quando comparado com o domínio da amotivação [18], que foi correlacionada diretamente com *outcomes* sociais do dia-a-dia [69]. Assim, o Afeto Embotado (*Blunted Affect*), ao referir-se a responsividade emocional diminuída, com decréscimo na expressão facial, estará mais relacionado com competências internas e não tanto com o desenrolar de interações sociais.

O Contacto Difícil (*Poor Rapport*) é avaliado na entrevista através da relação que se gera entre entrevistado e entrevistador. Inclui evitamento de contacto visual, redução na comunicação verbal e não-verbal, podendo estar associado a défices cognitivos ou dificuldades relacionadas com os défices na expressividade emocional. Assim, estará relacionado com alterações intrapessoais e não necessariamente com outras interações sociais.

O Afastamento Emocional (*Emotional Withdrawal*) refere-se a uma falta de interesse e de envolvimento nos eventos da vida diária. Poderá estar associada a disfunções neurobiológicas relacionadas com a DMN, que já foram largamente estudadas nas perturbações psicóticas [33]. Estas alterações impossibilitam a antecipação de consequências positivas a partir de determinadas ações, o que resulta em baixos níveis de motivação para procurar atingir certos objetivos. Estas alterações mais biológicas, internas, podem levar a negligência pessoal e interrelacional, não despoletando sentimentos de vergonha porque o

doente não se predispõe internamente a esses sentimentos. Há um embotamento, desconexão, não atribuindo valor às opiniões alheias nem ao seu envolvimento com o mundo social.

Adicionalmente, o nosso estudo pretendeu ainda explorar o impacto da Vergonha Externa como mediadora na relação entre os SN e o SS. Este papel mediador da vergonha já foi estudado nos sintomas positivos, tendo-se verificado que a influência da ideação paranóide no decréscimo de *Social Safeness* operava através de sentimentos de Vergonha Externa [46]. No entanto, pelo conhecimento que temos até à data, ainda não há estudos que avaliem o efeito mediador da Vergonha Externa em amostras de doentes com perturbações psicóticas, focando particularmente os sintomas negativos. Os resultados das análises de mediação sugerem que o impacto dos SN no decréscimo da perceção do mundo social como seguro e tranquilizador é veiculado pela Vergonha Externa.

As perturbações psicóticas são marcadas por intensos sentimentos de ameaça, com sobreativação do sistema defesa-ameaça, encontrando-se também descrito um subdesenvolvimento do sistema de afiliação-tranquilização nesta população [27], interferindo com a produção de sensações de calma, conexão e tranquilidade com o mundo social que os rodeia. Os nossos resultados permitem-nos inferir que a presença de sintomas negativos aliada à falta ou bloqueio das competências para lidar com a ameaça, leva ao surgimento de avaliações negativas do próprio (considerando que possui características pouco desejáveis em termos sociais – Vergonha Externa) e que através destas interfere nos sentimentos de segurança e tranquilização no mundo social.

Estudando modelos de mediação com cada sintoma negativo da PANSS como variáveis independentes, concluímos que a VE influencia a relação entre o Afastamento Social (*Social Withdrawal* – SW) e *Social Safeness*. SW está relacionado com passividade, apatia, anergia ou avolição, conduzindo ao evitamento social. Este potencia a emergência de vergonha, por exemplo, através da não exposição a um contexto que gera ansiedade, por

acreditar que desilude aqueles que lhe são mais próximos, ou através do estigma social envolvido que pode ser internalizado, ou ainda ao sentir-se diferente pela sua própria experiência com sintomas negativos. Assumindo a Vergonha Externa como uma emoção que despoleta comportamentos de evitamento, esta irá conduzir a uma menor procura de contactos sociais e do prazer obtido nestes e, deste modo, não se criam relações de suporte e ligações aos outros que geram conforto e transmitem segurança, o que se traduz em níveis mais baixos de *Social Safeness*. Assim, surge eventualmente um círculo vicioso que promove e mantém o isolamento.

Por outro lado, a VE influencia a relação entre o Reduzido Fluxo de Conversação (*Diminished Flow of Conversation*) e *Social Safeness*. Este sintoma negativo encontra-se igualmente relacionado com apatia e avolição e pode ser interpretado como uma atitude defensiva. Este associado à Vergonha Externa levará a menor interação social e disponibilidade para se ligar e conectar aos outros, ou seja, menores níveis de SS.

A VE influencia ainda a relação entre o pensamento estereotipado (*Stereotyped Thinking – ST*) e *Social Safeness*. ST relaciona-se com espontaneidade, flexibilidade e fluidez de pensamento que, no caso da psicopatologia podem estar comprometidas. Indivíduos com pensamento estereotipado mantêm crenças rígidas que podem parecer pouco razoáveis ou excessivas, as conversas resumem-se a um tema recorrente e o indivíduo é incapaz de alternar de tópico [1]. Este sintoma pode conduzir a comportamentos de evitamento social e ao surgimento de vergonha, que irá contribuir para a manutenção destes comportamentos de evitamento e, assim, agrava as dificuldades em sentir-se seguro nas relações sociais, logo, menores níveis de SS.

Adicionalmente, reportando-nos a princípios da Cognição Social, é de salientar que somos constantemente convidados a fazer inferências em relação a comportamentos, pistas sociais e estados mentais de outras pessoas nos mais diversos contextos sociais. No caso dos

indivíduos com pensamento estereotipado, estes apresentam pensamentos repetitivos ou estéreis que podem interferir com a sua forma de pensar. Assim, se a competência de fazer inferências em relação a estados mentais dos outros estiver comprometida (como já tem sido associado aos sintomas negativos), um maior número de estímulos pode ser erradamente interpretado como ameaça, ativando estratégias e emoções defensivas e a menores sentimentos de tranquilização (*soothing*).

Verificou-se que a VE não tinha um papel mediador na relação entre o Pensamento Abstracto (*Abstract Thinking – AT*) e *Social Safeness*. Este construto relaciona-se com a dificuldade em conceptualizar para além da natureza concreta das relações. Está associado com ambas as variáveis, quer positivamente com a VE (logo, maiores dificuldades no pensamento abstrato estão associadas a maior Vergonha Externa), quer negativamente com o SS (pelo que maiores dificuldades no AT estão associados a menores níveis de SS); no entanto, o impacto do AT nesta variável não é intermediado pela Vergonha Externa, indicando que, apesar da importância da Vergonha Externa quer no pensamento abstrato e na ligação aos outros, outras variáveis serão responsáveis pela mediação desta interação.

Várias limitações devem ser tidas em conta no presente estudo e devem tentar ser colmatadas em estudos futuros que pretendam replicar estes resultados. Dada a natureza transversal do estudo, não nos é possível inferir causalidade, pelo que deverão ser feitos estudos longitudinais que confirmem os nossos resultados. Uma vez que temos uma amostra pequena, apesar de recorrermos ao método de *bootstrapping*, os resultados devem ser interpretados com cuidado.

Detetámos poucas diferenças relativamente ao género, no entanto, pelo tamanho da amostra, a probabilidade de detetar diferenças de género era menor. Estudos futuros deverão fazer análises separadas por género na variável que demonstrou diferenças (no nosso estudo não o fizemos por ser uma amostra pequena).

Adicionalmente, é importante referir que a pontuação dos SN não é muito elevada, o que pode ser justificado pelo facto de ser uma amostra com poucos anos de duração de doença (3.85 anos de doença, em média), pois, por vezes, a sintomatologia negativa só é mais marcada com a progressão da doença. Por outro lado, pelos dados clínicos da amostra, verificamos que a maior parte dos doentes é acompanhado em consulta externa, podendo apresentar maior estabilização do seu quadro e, por isso, menos SN. Outra explicação poderá ser a eventual discrepância entre os indivíduos da amostra em relação aos SN, ou seja, umas pessoas com SN mais marcados e outros com menos e, por se tratar de uma amostra com N pequeno, a média desce. Assim, em estudos futuros, para avaliar mais fidedignamente o impacto da variável SN, deverá recorrer-se a amostra clínica com sintomatologia mais marcada, excluindo, eventualmente, os doentes que não apresentem sintomas negativos ou comparando os resultados por grupos (com versus sem SN).

Por outro lado, o facto de recorrermos a uma amostra com diferentes diagnósticos (Esquizofrenia, Perturbação Esquizofreniforme, Perturbação Esquizoafetiva, entre outras), impossibilitou que retirássemos conclusões específicas de cada categoria diagnóstica.

O uso de questionários de auto-resposta, apesar de validados e comumente usados, pode ser visto como uma limitação porque é necessário ter em conta a capacidade de integração e processamento da informação contida e pretendida dos questionários, que pode estar diminuída nestes doentes. Além disso, estudos futuros deverão utilizar instrumentos que contemplem a conceptualização mais recente dos SN (CAINS [70]; BNSS baseada no Consenso NIMH-MATRICES [15]).

Por fim, é de assinalar que este estudo foi pioneiro a explorar as relações entre as variáveis apresentadas. Salienta-se também que se recorreu a uma amostra clínica para o desenvolvimento do mesmo e que a avaliação dos sintomas negativos foi feita através de

entrevista. Tais factos constituem mais valias em termos de contributo para uma abordagem clínica baseada na evidência.

5. CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Os resultados do presente estudo surgem como evidência empírica que suporta e inova face a estudos prévios que relacionam a vergonha e as perturbações psicóticas [46].

As evidências obtidas permitem uma melhor compreensão dos mecanismos pelos quais os sintomas negativos impactam no funcionamento social dos doentes, fornecendo pistas para que futuras investigações contribuam para melhorar a abordagem terapêutica destes doentes.

Os resultados sugerem que poderá ser relevante abordar a Vergonha Externa como um alvo terapêutico complementar a outras estratégias farmacológicas, tendo em vista a recuperação de indivíduos com sintomas negativos nas perturbações psicóticas. Para tal, poderá recorrer-se a terapias cognitivo-comportamentais baseadas na compaixão, já existindo intervenções psicológicas especificamente dirigidas à vergonha [71,72]. Estas terapias deverão promover o desenvolvimento de comportamentos de auto-tranquilização, levá-los a atingir metas psicossociais, de forma a que se sintam mais valorizados, com objetivos e, assim, minimizar a forma como os sintomas interferem com o seu “potencial máximo” nos diversos campos do quotidiano.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Lieberman, J., Stroup, T., & Perkins, D. (2006). *Textbook of Schizophrenia*. Washington, DC: The American Psychiatric Publishing, Inc.
- [2] Semple, D., & Smyth, R. (2004). *Oxford Handbook of Psychiatry* (3rd ed.). Oxford University Press.
- [3] Carpenter WT Jr, Buchanan RW (1994). Schizophrenia. *New England Journal of Medicine*, 330(10): 681- 690.
- [4] American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- [5] Birchwood, M., Fowler, D. & Jackson, C. (2002). Early intervention in psychosis: A guide to concepts, evidence and interventions. Bangor, UK: The Wiley Series in Clinical Psychology.
- [6] Bottlender, R., Strauss, A., Moller, H.J. (2010). Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15 years after first admission. *Schizophr Res; 116*:9-15.
- [7] Bow-Thomas, C.C., Velligan, D.I., Miller, A.L., Olsen, J. (1999). Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Res; 86*:131-42.
- [8] Fitzgerald, P.B., Williams, C.L., Corteling, N., Folia, S.L., Brewer, K., Adams, A. et al. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand; 103*:387-92.
- [9] Rudnick A & Kravetz S. (2011). The relation of social supportseeking to quality of life in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis; 189*:258-62.
- [10] Malaspina, D., Walsh-Messinger, J., Gaebel, W., Smith, L.M., Gorun, A., Prudent, V., et al. (2014). Negative symptoms, past and present: a historical perspective and moving to

DSM-5. *European Neuropsychopharmacology*; 24(5):710-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.10.018>

[11] Foussias, G.; Agid, O.; Fervaha, G.; & Remington, G (2014). Negative symptoms of schizophrenia: clinical features, relevance to real world functioning and specificity versus other CNS disorders. *European Neuropsychopharmacology*; 24(5):693-709. <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.10.017>

[12] Berrios, G.E. (1985). Positive and negative symptoms and Jackson. A conceptual history. *Archives of General Psychiatry*; 42(1):95-7 <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1985.01790240097011>

[13] Andreasen, N.C. (1982). Negative Symptoms in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*; 39:784-8. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290070020005>

[14] Blanchard, J.J.; & Cohen A.S (2006). The structure of negative symptoms within schizophrenia: Implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2): 238-245.

[15] Kirkpatrick, B., Strauss, G.P., Nguyen, L., Fischer, B.A., Daniel, D.G., Cienfuegos, A., Marder, S.R., (2011). The brief negative symptom scale: psychometric properties. *Schizophr. Bull.* 37 (2): 300-305.

[16] Strauss, G.P., Horan, Q.P., Kirkpatrick, B., Fischer, B.A., Keller, W.R., Miski, P., Buchanan, R.W., Green, M.F., Carpenter, W.T. (2013). Deconstructing negative symptoms of schizophrenia: Avolition e apathy and diminished expression clusters predict clinical presentation and functional outcome. *Journal of Psychiatric Research* 47: 783-790.

[17] Madeira, N., Caldeira, S., Bajouco, M., Pereira, A.T., Martins, M.J., & Macedo, A. (2016). Social Cognition, Negative Symptoms and Psychosocial Functioning in Schizophrenia. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*; 3:1. <http://dx.doi.org/10.21035/ijcnmh.2016.3.1>

- [18] Galderisi, S., Bucci, P., Mucci, A., Kirkpatrick, B., Pini, S., Rossi, A., Vita, A., Maj, M. (2013). Categorical and dimensional approaches to negative symptoms of schizophrenia: Focus on long-term stability and functional outcome. *Schizophrenia Research* 147: 157-162.
- [19] Moller, H.J. (2007). Clinical evaluation of negative symptoms in schizophrenia. *European Psychiatry*; 22:380-6
- [20] Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2005). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of Psychiatry*, 8th ed. Lippincott Williams & Wilkins, PP:1329-1559.
- [21] Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rossler, A., Schultze-Lutter, F., et al. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*; 70(1):107-20.
- [22] Boonstra, N., Klaassen, R., Sytema, S., Marshall, M., De Haan, L., Wunderink, L., et al. (2012). Duration of untreated psychosis and negative symptoms--a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Schizophrenia Research*; 142(1-3):12-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.08.017>
- [23] Gilbert P. (2005). *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy*. London: Taylor and Francis Group: 17-34.
- [24] Marks, I. (1987). Fears phobias and rituals: panic, anxiety and their disorders. *Ethology and Sociobiology*, 15: 247-261.
- [25] 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.
- [26] Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defenses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27.

- [27] Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., & Gilbert, P. (2010). A Compassion Focused Model of Recovery after Psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2): 186-201.
- [28] Gilbert, P. (2005a). 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.
- [29] Panskepp, J. (1998). *Affective neuroscience*. New York: Oxford University Press.
- [30] Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., et al. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and in patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychology*, 6: 135-143.
- [31] 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 em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- [32] Kelly, A., & Dupasquier, J. (2016). Social Safeness mediates the relationship between recalled parental warmth and the capacity for self-compassion and receiving compassion. *Personality and Individual Differences*, 89: 157-161.
- [33] Martins, M.J., Carreiras, D., Bajouco, M., Barreto Carvalho, C., Pereira, A.T., Macedo, A., & Castilho, P. (2017). Mindfulness and negative symptoms of psychosis: a review and discussion on an integrative theoretical model. In B. Muireadhach & G. Colin (Eds). *Mindfulness: Past, Present and Future Perspectives*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- [34] Martins, M.J., Castilho, P., Carvalho, C.B., Pereira, A.T., Santos, V., Gumley, A. & Macedo, A. (2017). A Review of Evidence for Schizophrenia, Schizoaffective and Bipolar Disorders. *European Psychologist* (2017), 22(2), 83-100. doi: 10.1027/1016-9040/a000283

- [35] Martins, M.J., Carvalho, C.B., Castilho, P., Pereira, A.T., A. & Macedo, A. (2015). The “Clinical Interview for Psychotic Disorders” (CIPD): Development and expert evaluation. *IJCNMH*; 2:7
- [36] Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (2007). *The self-conscious emotions: Theory and research*. New York, NY: Guilford.
- [37] 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.
- [38] Tangney, J. P. & Miller, R. S. (1996). Are shame, guilt and embarrassment instinct emotions? *Journal of Personality and Social Psychology*, 70: 1256-1269.
- [39] Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2006). Social anxiety and the shame of psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45: 1025-1037. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2006.07.011>
- [40] Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robins, & J. P. Tangney (Eds.), *The self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). New York, NY: Guilford.
- [41] Hayes, S.C., Follete, V.M., & Lineham, M.M. (2004). *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York, London: Guildford Press.
- [42] Brown, G. W., Harris, T. D., & Hepworth, C. (1995). Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison. *Psychological Medicine*, 25: 7-21.
- [43] Gilbert, P. (1992). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hove, UK: Erlbaum.
- [44] Iqbal, Z., Birchwood, M., Chadwick, P., & Trower, P. (2000). Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis 2. Testing the validity of a social ranking model. *British Journal of Psychiatry*, 177: 522-528.

- [45] 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
- [46] Castilho, P., Pinto, A.M., Viegas, R., Carvalho, S., Madeira, N. & Martins, MJ (2017). Mediator effect of external shame in the relationship between paranoia and Social Safeness in psychosis. *Australian Psychological Society*.
- [47] Wood, L. & Irons, C. (2016). Exploring the associations between social rank and external shame with experiences of psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 44(5): 527-38. doi: 10.1017/S1352465815000570.
- [48] 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. *J Posit Psychol*.
- [49] Gilbert, P. (1993). Defense and safety: Their function in social behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 32: 131-154.
- [50] Kelly, A., Zuroff, D., Leybman, m., & 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.
- [51] Argyle, M. (1987). *The Psychology of Happiness*. London: Methuen.
- [52] Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117: 497-529.
- [53] Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J., & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychol Psychother*; 85(4): 374-90.
- [54] Akin, U., & Akin, A. (2015) Examining mediator role of the Social Safeness on the relationship between vengeance and life satisfaction. *Soc Indic Res*; 125(3): 1053-63.

- [55] Cruz, T. (2017). *Uncovering socio-emotional origins of psychosis: The impact of negative symptoms of psychosis through affiliative fears on Social Safeness*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- [56] Alavi, K., Moghadam, M.A., Rahiminezhad, A., Farahani, H., & Gharavi, M. (2017). Psychometric properties of Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS). *Journal of Fundamentals of Mental Health*; 19(1): 5-13.
- [57] Kay, S., Fiszbein, A., & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13 (2): 261-276. doi:10.1093/schbul/13.2.261
- [58] 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, 611. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.09.037>
- [59] 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. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90149-X](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-X)
- [60] Gilbert, P., McEwan, K., Mitra, R., Richter, A., Franks, L., Mills, A., et al. (2009). An exploration of different types of positive affect in students and in patients with bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 6, 135-143.
- [61] Dinis, A., Castilho, P, Xavier, A. & Pinto-Gouveia, J. (2014). Social Safeness: Confirmatory factor analysis of the EPLO in clinical and non-clinical samples. Manuscript in preparation.
- [62] IBM Corp. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 24.0) [Software]. IBM Corp: Armonk, NY.

- [63] Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- [64] Hayes, A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis. A Regression-Based Approach*. New York: Guilford Press.
- [65] Häfner, H. (2003). Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*; 2:17-54.
- [66] Dimaggio, G, & Lysaker, P.H., (2015). Metacognition and Mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 71(2), 17-124. <http://doi.org/10.1002/jclp.22147>
- [67] 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. *Clin Psychol Psychother*; 13(6): 353-79.
- [68] Kelly, A.C., Carter, J.C. (2014). Eating disorder subtypes differ in their rates of psychosocial improvement over treatment. *J Eat Disord*; 2(2): 1-10.
- [69] Kalin, M., Kaplan, S., Gould, F., Pinkham, A.E., Penn, D.L., Harvey, P.D. (2015). Social cognition, social competence, negative symptoms and social outcomes: Inter-relationships in people with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*; 68: 254-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.07.008>
- [70] Kring, A.M., Gur, R.E., Blanchard, J.J., Horan, W.P., & Reise, S.P. (2013). The clinical assessment interview for negative symptoms (CAINS): final development and validation. *American Journal of Psychiatry*, 170(2): 165-172.
- [71] Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). 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. <https://doi.org/10.1111/bjc.12009>.

[72] 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(5): 511-526. <https://doi.org/10.1017/S1352465809990233>.

----- **ANEXOS** -----

Anexo I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas.

A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao investigador responsável do estudo. Durante o estudo e sempre que quiser, posso receber informação sobre o seu desenvolvimento. O investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.

4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e os meus tratamentos no estrito respeito do sigilo profissional e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo. Aceito em colaborar com o investigador e informá-lo(a) imediatamente das alterações do meu estado de saúde e bem-estar e de todos os sintomas inesperados e não usuais que ocorram.
6. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado.

Eu posso exercer o meu direito de retificação e/ ou oposição.

8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados médicos. Eu tenho conhecimento que o investigador tem o direito de decidir sobre a minha saída prematura do estudo e que me informará da causa da mesma.
9. Fui informado que o estudo pode ser interrompido por decisão do investigador, do promotor ou das autoridades reguladoras.

Pedimos-lhe o seu consentimento para a participação nos vários procedimentos de recolha de dados deste estudo, por favor assinale as opções que correspondem à sua vontade.

- Não permito que tenham acesso ao meu processo clínico.
- Não aceito que a informação por mim disponibilizada seja utilizado em estudos futuros.
- Não aceito voltar a ser contactado em caso de necessidade após o termino deste estudo.

Nome do Participante _____

Assinatura : _____ **Data:** ____/____/____

Nome de Testemunha / Representante Legal: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do Estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

Anexo II – Social Safeness and Pleasure Scale (SSPS)

SSPS

(Gilbert et al., 2009; Dinis, Matos, & Pinto Gouveia, 2008)

Instrução:

Estamos interessados em saber como as pessoas experimentam prazer, sentimentos e emoções positivas em situações sociais.

Em baixo, encontra-se um conjunto de afirmações acerca de como se pode sentir em diferentes situações. Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e faça um círculo à volta do número que melhor descreve o que sente.

	1	2	3	4	5
	Quase nunca			Quase sempre	
1. Sinto-me satisfeito nas minhas relações com os outros.	1	2	3	4	5
2. Sinto-me facilmente acalmado/ tranquilizado pelos que estão à minha volta.	1	2	3	4	5
3. Sinto-me ligado aos outros.	1	2	3	4	5
4. Sinto que sou parte de algo maior que eu mesmo.	1	2	3	4	5
5. Sinto que sou cuidado pelos outros.	1	2	3	4	5
6. Sinto-me seguro e querido pelos outros.	1	2	3	4	5
7. Tenho um sentimento de pertença.	1	2	3	4	5
8. Sinto que sou aceite pelos outros.	1	2	3	4	5
9. Sinto-me compreendido pelos outros.	1	2	3	4	5
10. Sinto que as pessoas com quem me relaciono me tratam calorosamente.	1	2	3	4	5
11. É fácil sentir-me acalmado/ tranquilizado pelas pessoas que me são próximas.	1	2	3	4	5

Anexo III – *Other as Shamer Scale-2 (OAS2)*

OAS

(Goss, K., Gilbert, P. & Allan, S., 1994; Lopes, B., Pinto Gouveia, J. & Castilho, P., 2005)

Instruções: Esta escala tem como objectivo perceber o que as pessoas pensam acerca do modo com os outros as vêem. De seguida é apresentada uma lista de afirmações que descrevem sentimentos ou experiências referentes à forma como sente que os outros a vêem (visão que os outros têm de si).

Leia atentamente cada uma das afirmações, e assinale com um círculo o número que indica a frequência com que sente ou experiência o que está descrito na frase.

	Nunca	Raramente	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
	0	1	2	3	4
1. Sinto que as outras pessoas não me vêem como sendo suficientemente bom/boa.	0	1	2	3	4
2. Penso que as pessoas me desprezam.	0	1	2	3	4
3. As outras pessoas deitam-me muitas vezes abaixo.	0	1	2	3	4
4. Sinto-me inseguro(a) acerca das opiniões dos outros sobre mim.	0	1	2	3	4
5. As outras pessoas olham-me como se eu não estivesse à altura deles (as)	0	1	2	3	4
6. As outras pessoas vêem-me como se eu fosse pequeno(a) e insignificante.	0	1	2	3	4
7. As outras pessoas vêem-me como se eu fosse uma pessoa defeituosa.	0	1	2	3	4
8. As pessoas vêem-me como pouco importante em relação aos outros.	0	1	2	3	4
9. As outras pessoas procuram os meus defeitos.	0	1	2	3	4
10. As pessoas vêem-me a lutar pela perfeição mas acham que não serei capaz de alcançar os meus objectivos.	0	1	2	3	4
11. Acho que os outros são capazes de ver os meus defeitos.	0	1	2	3	4
12. Os outros criticam-me ou punem-me quando eu cometo um erro.	0	1	2	3	4
13. As pessoas afastam-se de mim quando eu cometo erros.	0	1	2	3	4
14. As outras pessoas lembram-se sempre dos meus erros.	0	1	2	3	4
15. Os outros vêem-me como sendo frágil.	0	1	2	3	4
16. Os outros vêem-me como sendo vazio(a) e insatisfeito(a).	0	1	2	3	4
17. Os outros pensam que há qualquer coisa que falta em mim.	0	1	2	3	4
18. As outras pessoas pensam que eu perdi o controlo do meu corpo e dos meus sentimentos.	0	1	2	3	4

Anexo IV –

PANS SRATING FORM

		<u>absent</u>	<u>minimal</u>	<u>mild</u>	<u>moderate</u>	<u>moderate severe</u>	<u>severe</u>	<u>extreme</u>
P1	Delusions	1	2	3	4	5	6	7
P2	Conceptual disorganisation	1	2	3	4	5	6	7
P3	Hallucinatory behaviour	1	2	3	4	5	6	7
P4	Excitement	1	2	3	4	5	6	7
P5	Grandiosity	1	2	3	4	5	6	7
P6	Suspiciousness/persecution	1	2	3	4	5	6	7
P7	Hostility	1	2	3	4	5	6	7
N1	Blunted affect	1	2	3	4	5	6	7
N2	Emotional withdrawal	1	2	3	4	5	6	7
N3	Poor rapport	1	2	3	4	5	6	7
N4	Passive/apathetic social withdrawal	1	2	3	4	5	6	7
N5	Difficulty in abstract thinking	1	2	3	4	5	6	7
N6	Lack of spontaneity & flow of conversation	1	2	3	4	5	6	7
N7	Stereotyped thinking	1	2	3	4	5	6	7
G1	Somatic concern	1	2	3	4	5	6	7
G2	Anxiety	1	2	3	4	5	6	7
G3	Guilt feelings	1	2	3	4	5	6	7
G4	Tension	1	2	3	4	5	6	7
G5	Mannerisms & posturing	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depression	1	2	3	4	5	6	7
G7	Motor retardation	1	2	3	4	5	6	7
G8	Uncooperativeness	1	2	3	4	5	6	7
G9	Unusual thought content	1	2	3	4	5	6	7
G10	Disorientation	1	2	3	4	5	6	7
G11	Poor attention	1	2	3	4	5	6	7
G12	Lack of judgement & insight	1	2	3	4	5	6	7
G13	Disturbance of volition	1	2	3	4	5	6	7
G14	Poor impulse control	1	2	3	4	5	6	7
G15	Preoccupation	1	2	3	4	5	6	7
G16	Active social avoidance	1	2	3	4	5	6	7