

SÉRGIO JORGE PEREIRA DA BORRALHA

**PROCESSOS COGNITIVOS EM ADULTOS COM
DEPRESSÃO MAJOR**

Orientadora: Professora Doutora Marina Carvalho

Unidade Lusófona de Ciências e Tecnologia

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2011

SÉRGIO JORGE PEREIRA DA BORRALHA

**PROCESSOS COGNITIVOS EM ADULTOS COM
DEPRESSÃO MAJOR**

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de 2º
Ciclo em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia no
Curso de 2º Ciclo em Psicologia, Aconselhamento e
Psicoterapia conferido pela Universidade Lusófona de
Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Marina Carvalho

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Psicologia

Lisboa

2011

Aqueles que me têm muito amor
Não sabem o que sinto e o que sou...
Não sabem que passou, um dia, a Dor
À minha porta e, nesse dia, entrou.
E é desde então que eu sinto este pavor,
Este frio que anda em mim, e que gelou
O que de bom me deu Nosso Senhor!
Se eu nem sei por onde ando e onde vou!!

Sinto os passos de Dor, essa cadência
Que é já tortura infinda, que é demência!
Que é já vontade doida de gritar!
E é sempre a mesma mágoa, o mesmo tédio,
A mesma angústia funda, sem remédio,
Andando atrás de mim, sem me largar!

Florbela Espanca

À minha família, e a todas as pessoas importantes na minha vida!

À Professora Doutora Marina Carvalho

Agradecimentos

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E. e, especificamente, ao Departamento de Saúde Mental – Serviço de Psiquiatria - Unidade de Psicologia, pela autorização que me foi concedida para realizar a recolha dos dados no âmbito da presente Dissertação no referido Serviço, junto dos Utentes.

À Professora Doutora Marina Carvalho, pela postura correcta, o empenho, a motivação e os conhecimentos que partilhou comigo. Agradeço-lhe verdadeiramente a colaboração, o investimento e esforço acrescido e a motivação para que eu conseguisse recolher os dados necessários para a dissertação, bem como para que o resultado final correspondesse às minhas expectativas. Agradeço-lhe a confiança e o voto de incentivo, as gargalhadas, os bons momentos e, acima de tudo, o rigor técnico, científico e profissional. Pela estima que lhe sinto, por tudo o que fez pelo meu percurso académico, lhe agradeço profundamente.

À Dra. Verónica Ferreira, pelo profissionalismo com que exerce a sua profissão e a isenção junto dos pacientes. O rigor e a boa disposição são sempre algo que valorizarei e transportarei comigo na minha prática futura. Agradeço os conselhos e toda a ajuda que me deu para recolher os dados.

Ao Dr. Orlando Güete-Tur, pelos casos clínicos encaminhados, que contribuíram para que o trabalho pudesse ser concluído a tempo.

Aos Utentes do Serviço de Psiquiatria do CHBA, pela disponibilidade para a participação na recolha de dados para a presente investigação. Sem eles, este trabalho não teria sido possível.

Ao Roberto e à Milene, os meus companheiros de curso, pelo companheirismo e pela amizade constante durante todo este tempo, bem como aos meus colegas no trabalho por terem suportado algumas das minhas ausências e distrações.

Por último, e de forma muito especial, agradeço aos meus pais, ao Becas, à minha família e aos meus amigos por terem sido o meu apoio e suporte, em alturas em que me senti mais atrapalhado; pelo amor, pela amizade, apoio e pelo carinho, vos agradeço e tenho no coração.

Agradeço-te Margaret a ti, querida amiga, onde quer que estejas.

Resumo

Com vista à análise dos enviesamentos no processamento de informação e da relação entre estes processos com os esquemas maladaptativos e os pensamentos automáticos negativos em adultos com Depressão Major, foi estudada uma amostra de 60 adultos que constituíram dois grupos: um grupo clínico, de 30 indivíduos com diagnóstico de Depressão Major, 27 mulheres e 3 homens, com uma média de idades de 40,3 anos ($DP = 12,13$), e um grupo não clínico, de 30 indivíduos da população geral, sem qualquer diagnóstico clínico, 27 mulheres e 3 homens, com uma média de idades de 26,17 anos ($DP = 4,60$). Através da administração de um protocolo de auto-avaliação e do desempenho dos participantes num conjunto de tarefas, os resultados obtidos confirmaram as hipóteses colocadas, tendo demonstrado que os indivíduos com Depressão Major apresentaram enviesamentos da atenção, memória e interpretação relacionados com informação emocional relevante. As associações entre as variáveis em estudo foram, também, no sentido esperado e demonstraram, especificamente, o papel mediador dos pensamentos automáticos negativos na relação entre os esquemas maladaptativos e a sintomatologia depressiva. Estes resultados foram discutidos de acordo com a literatura e as suas implicações para a avaliação e modificação da depressão e factores relacionados.

Palavras-chave – Processamento de informação; esquemas; pensamentos automáticos negativos; depressão; adultos.

Abstract

With the purpose of analyzing information processing biases and their relationship with maladaptive schemas and negative automatic thoughts in adults with Major Depression, a sample of 60 adults assigned to one of two groups was studied: a clinical group with 30 individuals diagnosed with Major Depression, 27 females and 3 males, mean age of 40.3 years ($SD = 12.13$), and a non clinical group, with 30 individuals from the general population, without any clinical diagnosis, 27 females and 3 males, mean age of 26.17 years ($SD = 4.60$). Through the administration of a self-report protocol and participants performance on a set of tasks, the obtained results confirmed the underlying hypotheses, and demonstrated that individuals with Major Depression presented attentional, memory and interpretative biases related to relevant emotional information. The correlations between the studied variables were also in the expected direction and demonstrated, specifically, the mediating role of negative automatic thoughts in the relationship between depressive symptoms and maladaptive schemas. These results were discussed according to the literature and their implications for the assessment and modification of depression and related factors.

Key Words – information processing; schemas; negative automatic thoughts; depression, adults.

Lista de Siglas e Símbolos

%= Percentagem	MAAS= Self Report Measures of Attention Lapses
χ^2 = Qui-quadrado	MDQ= Mood Disorder Questionnaire
λ = Lambda	MFQ= Memory Functioning Questionnaire
A=Ameaça	MFS= Memory Failures
AC= Ativação comportamental	MMSE= Mini Mental State Examination
AD= Antidepressivo	ms= Milissegundos
ADN= Ácido Desoxirribonucleico	N= Frequência
AF= Ameaça Física	η = Eta
AMT= Autobiographical Memory Test	NCS= National Comorbidity Survey
ANT= Attention Network Test	NESDA= Netherlands Study of Depression and Anxiety
APA= American Psychiatric Association	NICE= National Institute for Health and Clinical Excellence
ARCES= Attentional Related Cognitive Errors	NIMH= National Institute of Mental Health
AS= Ameaça Social	OMS= Organização Mundial de Saúde
ASQ= Attributional Style Questionnaire	p= Significância
ATQ-R= Automatic Thoughts Questionnaire	PA+= Pensamentos Automáticos Positivos
AV= Acontecimentos de Vida	PA-= Pensamentos Automáticos Negativos
BAI= Beck Anxiety Inventory	PANAS= Positive and Negative Affect Scale
BDI= Beck Depression Inventory	PC= Personal Computer
BDI-II= Beck Depression Inventory II	PDQ= Previous Depression Questionnaire
BHS= Beck Hopelessness Scale	PEQ= Pos-Experimental Questionnaire
BPS= Boredom Proneness Scale	POFA= Pictures of Facial Affect
CES-D= Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	POMS= Profile of Mood State
CHBA= Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio	PP= Perturbação de Pânico
CIDI= Composite International Diagnostic Interview	PS= Perturbação Somatoforme
CPLTO= Completamento	r = Correlação
DACL-Form E= Childrens Depression Adjective Checklist	SCID= Structured Clinical Interview for DSM Disorders
DAS-A= Dysfunctional Attitude Scale Form A	SDS= Zung Self-Rating Depression Scale
DM= Depressão Major	SF-36= Short Form Health Survey
DP= Desvio Padrão	SIGN= Scottish Intercollegiate Guidelines Network
DSM-IV= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4 th edition	SQ-SF= Young Squeema Questionnaire, Short Form
ECA= Epidemiological Catchment Area	SRET= Self-Referencial Encoding and Incident Recall Task
ED= Episódio Depressivo	SST= Scrambled Sentences Test
EF= Expressões Faciais	STAI= Stait Trait Anxiety Inventory
EFA= Expressões Faciais Alegres	SV= Satisfação com a Vida
EFT= Expressões Faciais Tristes	t = t de Student
EFZ= Expressões Facias Zangadas	TCC= Terapia Cognitivo-Comportamental
EP= Erro Padrão	TIP= Terapia Interpessoal
F= Teste de diferenças de médias	TR= Tempos de Reacção
FAS= Oral Word Association Test	TR-EFA= Tempo de Reacção às Expressões Faciais Alegres
G= Grupo	TR-EFT= Tempo de Reacção às Expressões Faciais Tristes
gl= Graus de Liberdade	TR-EFZ= Tempo de Reacção às Expressões Faciais Zangadas
HAMD= Hamilton Rating Scale for Depression	TR-I-EFA= Tempo de Reacção à Intensidade das Expressões Faciais Alegres
HDRS= Hamilton Depression Rating Scale	TR-I-EFT= Tempo de Reacção à Intensidade das Expressões Faciais Tristes
HRSD-SAD= Hamilton Rating Scale for Depression-Seasonal Affective Disorder	TR-I-EFZ= Tempo de Reacção à Intensidade das Expressões Facias Zangadas
HVLT= Hopkins Verbal Learning Task	VAS= Visual Analogue Scale
IC= Intervalo de Confiança	VD= Variável Dependente
ICD-10= International Statistical Classification of Diseases and related Health problems, 10 th rev	VI= Variável Independente
IDD-L= Inventory to Diagnose Depression Lifetime	VIH= Virus da Imunodeficiência Humana
I-EFA= Intensidade das Expressões Faciais Alegres	WAIS= Wechler Adult Intelligence Scale
I-EFT= Intensidade das Expressões Faciais Tristes	WBSI= White Bear Suppression Inventory
I-EFZ= Intensidade das Expressões Faciais Zangadas	WHO= World Health Organization
LEIDS= Leiden Index of Depression Sensibility	WISC-III= Weschler Intelligence Scale for Children
M= Média	YSQ= Young Squeema Questionnaire

Índice

Introdução

Capítulo 1. Conceptualização e Aspectos Epidemiológicos da Depressão 20

1.1. Fenomenologia	22
1.2. Diagnóstico	23
1.3. Epidemiologia	26
1.4. Evolução	29
1.5. Consequências	31
1.6. Conclusão	31

Capítulo 2. Modelos Explicativos da Etiologia, Manutenção e Modificação da Depressão 32

2.1. Modelo Genético	33
2.2. Modelo Evolutivo	36
2.3. Factores Contextuais	37
2.4. Personalidade e Perturbações da Personalidade	38
2.5. Modelo Interpessoal	39
2.6. Modelo Cognitivo	40
2.7. Conclusão	42

Capítulo 3. Processamento da Informação na Depressão 43

3.1. O Modelo Cognitivo de Aaron Beck	44
3.2. Pensamentos Automáticos Negativos	45
3.3. Processamento da Informação Social e Depressão	46
3.3.1. Enviesamentos da Atenção	48
3.3.2. Enviesamentos da Memória	50
3.3.3. Enviesamentos da Interpretação	52
3.4. Esquemas Maladaptativos Precoces	55
3.5. Conclusão	56

Capítulo 4. Estudo Empírico: Processos Cognitivos em Adultos com Depressão Major

4.1. Pertinência do estudo	58
4.2. Objectivos	58
4.3. Hipóteses	59

Capítulo 5. Método

5.1.Participantes	61
5.2.Instrumentos	62
5.2.1.Medidas de Auto-Avaliação	63
5.2.1.1.Sintomatologia Depressiva	63
5.2.1.2.Pensamentos Automáticos Negativos	64
5.2.1.3. Esquemas Maladaptativos	64
5.2.2.Tarefas	65
5.2.2.1.Enviesamentos da Atenção	65
5.2.2.2.Enviesamentos da Memória Explícita e Implícita	66
5.2.2.3.Enviesamentos da Interpretação	68
5.3.Procedimento	69

Capítulo 6. Resultados

6.1.Comparações entre grupos	74
6.1.1.Comparações entre grupos para os indicadores da sintomatologia depressiva e para a satisfação com a vida	74
6.1.2.Comparações entre grupos para os indicadores dos enviesamentos da atenção	75
6.1.3.Comparações entre grupos para os indicadores dos enviesamentos da memória explícita	79
6.1.4.Comparações entre grupos para os indicadores dos enviesamentos da memória implícita	87
6.1.5.Comparações entre grupos para os indicadores dos enviesamentos da interpretação	91

6.2. Correlações entre as variáveis em estudo	97
6.2.1. Correlações entre os indicadores dos auto-relatos da depressão com as variáveis clínicas	97
6.2.2. Correlações entre a depressão com os pensamentos automáticos, domínios, satisfação com a vida, activação comportamental e acontecimentos de vida	98
6.2.3. Correlações entre os esquemas maladaptativos com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental e acontecimentos de vida	100
6.2.4. Correlações entre os enviesamentos da atenção com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental, acontecimentos de vida e esquemas maladaptativos	102
6.2.5. Correlações entre os enviesamentos da memória explícita e implícita com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental, acontecimentos de vida e esquemas maladaptativos	103
6.2.6. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da interpretação com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental, acontecimentos de vida e esquemas maladaptativos	110
6.2.7. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção, memória e interpretação	113
6.3. Análise do papel mediador dos pensamentos automáticos negativos e dos enviesamentos da memória	119
6.3.1. Análises de regressão mediadoras simples, com vista à previsão da sintomatologia depressiva no grupo clínico	119
6.3.2. Análises de regressão mediadas múltiplas, com vista à previsão dos enviesamentos da interpretação no grupo clínico e não clínico	124
Capítulo 7. Discussão	127
7.1. Interpretação dos resultados	128
7.1.1. Comparações entre grupos para os auto-relatos	128

7.1.2. Comparações entre grupos para os enviesamentos da atenção	129
7.1.3. Comparações entre grupos para os enviesamentos da memória	130
7.1.4. Comparações entre grupos para os enviesamentos da interpretação	131
7.1.5. Correlações entre as variáveis em estudo	132
7.1.6. Análise do papel mediador dos pensamentos automáticos negativos e dos enviesamentos da memória	137
7.2. Limitações e sugestões para estudos futuros	138
7.3. Implicações clínicas	140

Conclusão

Bibliografia

Anexos **I**

Anexo I – Protocolo de Auto-Avaliação **II**

Índice de Quadros

Quadro I. Critérios de diagnóstico para Depressão Major (DSM-IV e ICD-10).	25
Quadro II. Terminologia para Episódio Depressivo Major.	30
Quadro III. Modelos relacionais sobre personalidade e perturbações do humor.	38
Quadro IV. Estudos acerca dos enviesamentos da atenção.	49
Quadro V. Estudos acerca dos enviesamentos da memória.	51
Quadro VI. Estudos acerca dos enviesamentos da interpretação.	54
Quadro VII. Características sócio-demográficas da amostra por grupos.	61
Quadro VIII. Enviesamentos da atenção: Exemplos de estímulos.	65
Quadro IX. Enviesamentos da memória explícita: Exemplos de estímulos.	66
Quadro X. Exemplos de estímulos utilizados na tarefa de reconhecimento	67
Quadro XI. Acertos, falhas, respostas alarme e respostas corretas.	67
Quadro XII. Enviesamentos da memória implícita: Exemplos de estímulos.	68
Quadro XIII. Enviesamentos da interpretação: Exemplos de estímulos.	69
Quadro XIV. Análise de consistência interna do ATQ-R.	73
Quadro XV. Estatísticas descritivas relativas aos auto-relatos.	73
Quadro XVI. Comparações entre grupos para a sintomatologia depressiva e a satisfação com a vida.	75
Quadro XVII. Comparações entre grupos para os enviesamentos da atenção.	77
Quadro XVIII. Comparações entre grupos para os enviesamentos da memória explícita: Acertos.	81
Quadro XIX. Comparações entre grupos para os enviesamentos da memória explícita: Tempos de reacção.	86
Quadro XX. Comparações entre grupos para a memória implícita.	88
Quadro XXI. Comparações entre grupos para os enviesamentos da interpretação.	92
Quadro XXII. Correlações entre os os auto-relatos da depressão e as variáveis clínicas.	97
Quadro XXIII. Correlações entre os indicadores dos auto-relatos da depressão com os pensamentos automáticos, domínios, satisfação com a vida, activação comportamental e acontecimentos de vida.	98
Quadro XIV. Correlações entre os esquemas com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental e acontecimentos de vida.	100
Quadro XXV. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção com os indicadores dos auto-relatos.	102

Quadro XXVI. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da memória explícita (recordação livre e reconhecimento) com os indicadores dos auto-relatos.	104
Quadro XXVII. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da memória explícita (tempos de reacção) com os indicadores dos auto-relatos.	106
Quadro XXVIII. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da memória implícita com os indicadores dos auto-relatos.	109
Quadro XXIX. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da interpretação (atribuições e avaliação da intensidade emocional) com os indicadores dos auto-relatos.	111
Quadro XXX. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da interpretação (tempos de reacção) com os indicadores dos auto-relatos	112
Quadro XXXI. Correlações entre os enviesamentos da atenção e da memória.	113
Quadro XXXII. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção e da interpretação.	115
Quadro XXXIII. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da memória e da interpretação.	116
Quadro XXXIV. Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão a partir dos domínios de rejeição.	119
Quadro XXXV. Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da da depressão a partir dos domínios de autonomia/desempenho.	120
Quadro XXXVI. Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão a partir dos domínios de ausência de limites.	121
Quadro XXXVII. Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão a partir dos domínios dirigidos aos outros.	122
Quadro XXXVIII. Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão a partir dos domínios de hipervigilância/inibição.	123
Quadro XXXIX. Análises de regressão mediadas, com vista à previsão dos enviesamentos da atenção no grupo clínico e não clínico.	125
Quadro XXXX. Eficácia dos tratamentos psicológicos empiricamente validados para a depressão (adaptado de NICE 2009).	141

Índice de Gráficos

Gráfico I. Efeito de interacção* categoria para os enviesamentos da atenção	78
Gráfico II. Efeito de interacção grupo*categoria (3) para os enviesamentos da memória explícita: Acertos.	82
Gráfico III. Efeito de interacção grupo*categoria (4) para os enviesamentos da memória explícita: Acertos.	83
Gráfico IV. Efeito de interacção grupo*categoria (6) para os enviesamentos da memória explícita: Acertos.	84
Gráfico V. Efeito de interacção grupo*categoria (3) para os enviesamentos da memória implícita	89
Gráfico VI. Efeito de interacção grupo*categoria (4) para os enviesamentos da memória implícita	90
Gráfico VII. Efeito de interacção grupo*categoria para os enviesamentos da interpretação relativos à atribuição de uma emoção	93
Gráfico VIII. Efeito de interacção grupo*categoria para os enviesamentos da interpretação relativos à avaliação da intensidade emocional	94
Gráfico IX. Efeito de interacção de grupo*categoria para os enviesamentos da interpretação relativos aos tempos de reacção na atribuição emocional	95
Gráfico X. Efeito de interacção grupo* categoria para os enviesamentos da interpretação relativos ao tempo de reacção na avaliação da intensidade emocional	96

Índice de Figuras

Figura I. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas de rejeição	120
Figura II. Modelo mediador para os dominios relacionados com os esquemas de autonomia/desempenho.	121
Figura III. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas de ausência de limites.	122
Figura IV. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas dirigidos aos outros.	123
Figura V. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas de hipervigilância/inibição.	124
Figura VI. Modelo mediador para os enviesamentos da interpretação tendo como mediadores os enviesamentos da memória explícita e memória implícita para o grupo não clínico	126
Figura VII. Modelo mediador para os enviesamentos da interpretação tendo como mediadores os enviesamentos da memória explícita e memória implícita para o grupo clínico	126
Figura VIII. Proposta de modelo Integrativo	140

Introdução

A depressão é uma perturbação emocional cujas manifestações clínicas envolvem alterações nas esferas da cognição, emoção, comportamentos e fisiologia, caracterizando-se por elevado humor depressivo, perda de prazer e do interesse, alterações de peso, apetite e sono, fadiga, sentimentos de desvalorização ou culpa, diminuição das capacidades de pensamento, concentração e tomada de decisão. Dependendo da gravidade da sintomatologia apresentada, as suas consequências no funcionamento individual e social podem causar limitações e/ou incapacidade em diversas áreas.

De acordo com a perspectiva cognitivo-comportamental, a sintomatologia depressiva tem os seus alicerces nos enviesamentos cognitivos, nomeadamente no que respeita à atenção, memória e interpretação. Estes enviesamentos são influenciados pela activação de esquemas precoces maladaptativos (que envolvem a memória das experiências prévias relevantes) originado, consequentemente, pensamentos automáticos negativos, com temas que envolvem o próprio, os outros e o mundo, e contribuindo, desse modo, para a manutenção da sintomatologia depressiva.

O presente estudo, baseado no método empírico, compreendeu uma revisão crítica da literatura, com o objectivo de compreender os processos cognitivos que estão na base da depressão, nomeadamente no que respeita aos enviesamentos da atenção, memória e interpretação, bem como a sua relação com os pensamentos automáticos negativos e os esquemas maladaptativos precoces. Através dos resultados obtidos no presente estudo, de carácter experimental, é esperado que a análise do tipo de enviesamentos em cada um destes processos cognitivos bem como a relação entre os mesmos e as restantes variáveis, numa população clínica, possa futuramente contribuir para o desenvolvimento e implementação de programas psicoterapêuticos que visem a diminuição da sintomatologia depressiva e a consequente melhoria da qualidade de vida dos indivíduos com este tipo de perturbação, através da modificação destes enviesamentos.

Neste sentido, a componente teórica da investigação é composta por três capítulos, o primeiro dos quais relativo à conceptualização e aspectos epidemiológico das Perturbação Depressiva Major. Os restantes dois capítulos abordam de forma sequencial os modelos explicativos da etiologia, manutenção e modificação da depressão bem como as especificidades do processamento da informação social da perturbação, através da abordagem aos estudos empíricos directamente relacionados com os processos cognitivos em adultos com Depressão Major.

No Capítulo 4, é feita a fundamentação da pertinência do estudo, sendo explicitados os objectivos e hipóteses de base ao mesmo. No Capítulo 5, é uma apresentação do método de estudo, com a descrição das características sócio-demográficas e clínicas dos participantes, os instrumentos e dos procedimentos levados a cabo para a recolha dos dados.

O Capítulo 6 descreve os resultados obtidos no presente estudo, nomeadamente no que respeita às comparações entre o grupo clínico e o grupo não clínico, às correlações entre as variáveis em estudo e à análise do papel mediador dos pensamentos automáticos negativos e dos enviesamentos da memória.

A interpretação dos resultados é feita no Capítulo 7, no qual, são, também, apresentadas as limitações do presente estudo bem como sugestões para estudos futuros e as implicações dos resultados obtidos para a avaliação destes processos e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas com vista à modificação dos enviesamentos no processamento de informação. Neste capítulo, é, ainda, apresentada uma proposta de um modelo integrativo que contemple as interacções entre as principais variáveis que têm demonstrado, teórica e empiricamente, estar associadas ao surgimento e manutenção da depressão.

O presente texto rege-se pelas normas para a elaboração e apresentação de teses de Doutoramento (aplicáveis às dissertações de mestrado) da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

Capítulo 1.

Conceptualização e Aspectos Epidemiológicos da Depressão

Hoje em dia utilizado, no senso comum, de forma indiferenciada, o termo depressão tinha, até há alguns séculos, um significado completamente diferente (Trenary, & Ingram, 2005). Inicialmente proposto por Hipócrates, para quem a bÍlis acumular-se-ia no cérebro afectando as emoções, permitia a compreensão da melancolia de acordo com uma base orgânica (Afonso, 2004; Feldman, 2001; Horthersall, 2006). Desde esse momento, os antigos Gregos passaram a descrever a melancolia como sendo o equivalente actual à depressão, um estado de grande abatimento (Fernández, 2010). Retratada pela sua influência no diagnóstico e tratamento das doenças durante muitos séculos (Feldman, 2001; Horthersall, 2006), a melancolia era aqui conceptualizada como tristeza e tendência suicida, sentimentos de indiferença e agitação motora (Trenary, & Ingram, 2005), enquanto que, mais a Ocidente, sob a égide da religião Católica, era associada a pecado e a culpa.

Já nos séculos XVI e XVII, outros autores dão destaque à tristeza e à melancolia, que, no decorrer do século XVIII, passou a ser considerada como depressão (Apóstolo, 2010), para designar um estado de abatimento da vitalidade, comum a todos os indivíduos com perturbações depressivas (Fernández, 2010). De acordo com (*Esquirol*), em meados do século XIX, o estado de melancolia, por ele designado de «*Lipemania*», representava um possível estado de insanidade mental parcial, sendo, à data, aceite como uma forma de delírio, entre outras.

Freud, no início do século XX, apresentou algumas ideias, à data, inovadoras para o tratamento da depressão, tendo a psicoterapia pelo método psicanalítico, até meados dos anos 50, representado uma das suas principais formas de tratamento em diversos hospitais e clínicas a nível mundial (Horthersall, 2006).

Independentemente da evolução, em termos históricos, do significado do termo depressão, existe um conjunto de características que se mantém, e que compõe as suas manifestações clínicas, constituindo, actualmente, critérios para o seu diagnóstico objectivo e fidedigno.

No entanto, o indivíduo pode adoecer, não apresentando toda a sintomatologia característica da doença, ou apresentando-a com diferentes graus, pelo que a sua fenomenologia assume maior relevância na compreensão das questões da saúde mental, onde cada indivíduo, de forma individualizada, reflecte um passado biográfico, uma linguagem, uma cultura, e uma forma muito particular de mostrar as suas emoções e sentimentos. Estes factores concorrem para que, por exemplo, a sintomatologia depressiva assumam contornos

quase de exclusividade para cada indivíduo (American Psychiatric Association [APA], (2002).

1.1. Fenomenologia

A maior parte dos indivíduos com sintomatologia depressiva apresenta como queixas principais tristeza profunda, apreensão, sentimentos de culpa, dificuldades de sono, apetite e desejo sexual, bem como dificuldade na realização de tarefas habituais (Beck, & Alford, 2011; Montiel, Capovila, Berberan, & Capovilla, 2005; Dunn, Dalgleish, Lawrence, Cusack, & Ogilvie, 2004; Gil, & Droit-Volet, 2008; Gotlib, & Joormann, 2010; Hagen, 2003; Hollon, Thase, & Markkowitz, 2002; Pires, 2003 Tran, 2008). Esta sintomatologia pode ser observável a vários níveis:

- Aspecto geral, que pode ser abatido e/ou descuidado, apresentando uma perda acentuada de peso, evitação do contacto ocular ou fixação num ponto «transmitindo uma sensação de vazio» postura flectida e ausência ou limitação dos movimentos voluntários (APA, 2002; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Gleitman, Friedslung, & Gleitman, 2003).

- Afectividade, pela tristeza profunda que origina falta de esperança «em si, no futuro e no mundo», pessimismo generalizado e anedonia (Álvarez, & Montes, 2001; APA, 2002; Beck, & Alford, 2011; Bylsma, Morris, & Rottenberg, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, [SIGN], 2010).

- Cognição, através da verbalização de pensamentos negativos com características pessimistas, de auto-desvalorização e de sentimentos de culpa, pela fixação ruminatória no passado, avaliada com pessimismo, remorso, e desejo de morte como fuga ao sofrimento. O pensamento pode estar lentificado, podendo apresentar alterações mnésicas e das capacidades de atenção/concentração (Álvarez, & Montes, 2001; Gleitman, Friedlung, & Reiseberg, 2003);

- Comportamento, pela lentificação e inibição motora, e pela perda de iniciativa voluntária que se traduz num estado de apatia, bem como por grandes quadros de inquietação e agitação (APA, 2002; Aros, & Yoshida, 2009; SIGN, 2010);

- Queixas Orgânicas, com sintomas físicos relativos a somatizações a nível gástrico, cefaleias, alterações da função sexual, perda de peso de apetite, cansaço fácil e fadiga, entre outros (Beck, & Alford, 2011; Montiel, et al., & 2005).

Os sintomas psicóticos podem também ser observáveis nas depressões mais graves, em que há uma perda de contacto com a realidade, em conjunto com delírios de inutilidade, crime e castigo, delírios niilistas, somáticos, de pobreza e ainda alucinações (Beck, & Alford, 2011; Gleitman, et al., 2003; SIGN, 2010; Neto, Yacubian, Scalco, & Gonçalves, 2001).

1.2 Diagnóstico

De acordo com Prag (2004), são três as formas de diagnóstico da psicopatologia, segundo a abordagem nosológica (taxonómica), sindrómica e, por último, dimensional, devendo o processo de diagnóstico ser enquadrado em, pelo menos, uma das taxonomias vigentes (Ross, & Frances, 2002).

A abordagem nosológica tem dominado o processo de diagnóstico até aos dias de hoje, caracterizando-se pela atribuição, às doenças mentais, de uma patologia, evolução, resultado e determinada patofisiologia (Prag, 2004). Telles-Correia e Barbosa (2009) apontam como principal vantagem desta forma de classificação a sua operacionalização, que passa pela maior facilidade de selecção dos utentes que podem beneficiar de um determinado tipo de tratamento. Para Lacerda, Miranda-Scippa, Quarantini, Powell, Fernandes, e Branco, (2009), as categorizações possibilitam uma maior concordância nos diagnósticos, critérios mais precisos e referências internacionais, bem como o acesso público à terminologia diagnóstica, facilitador do processo comunicacional com e entre utentes, familiares, e técnicos de saúde. No entanto, a mesma abordagem apresenta algumas desvantagens, relativas à inclusão de grupos sub-clínicos bem como à repetição de vários sintomas depressivos noutras categorias de diagnóstico (Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

Ao contrário do modelo anterior, que caracteriza as patologias como entidades separadas e de forma isolada, a abordagem sindrómica utiliza como único critério a sintomatologia, sendo outras variáveis relevantes (tais como a evolução, factores causais e respostas ao tratamento) consideradas em eixos diferentes, independentemente uns dos outros e da síndrome. No entanto, também esta abordagem apresenta limitações, com as duas maiores críticas a envolverem a forma completa ou incompleta com que a síndrome se

manifesta, concorrendo para o surgimento de novas síndromes, num processo de identificação quase interminável; por outro lado, cada sintoma individual pode variar, com o tempo, em termos da modificação da sua frequência, intensidade e/ou gravidade, o que não tem em consideração as diferenças intra-individuais (Prag, 2004).

Por fim, a abordagem dimensional, que ainda se encontra numa fase experimental, caracteriza-se pela apresentação, num continuum, dos sintomas psicopatológicos do doente, os quais representam, de acordo com esta forma de diagnóstico, uma forma de expressão das perturbações inerentes aos sistemas reguladores da mente humana (Lacerda, et al., 2009; Prag, 2004; Telles-Correia, & Barbosa, 2009). Para Branco e colaboradores (2009), uma das dificuldades deste tipo de classificação envolve a complexidade clínica das patologias e dos sintomas individuais e, em consequência, da comunicação clínica; no entanto, por outro lado, esta abordagem permite uma melhor compreensão da relação entre as variáveis biológicas e psicossociais (Bessa, et al., 2009; Lacerda et al., 2009; Telles-Correia, & Barbosa, 2009).

São, ainda, escassos, pela complexidade da sua natureza, os estudos realizados com vista à avaliação da relevância comparativa de cada uma destas abordagens. Numa dessas investigações, efectuada por Prisciandaro e Roberts (2005), no âmbito do estudo epidemiológico «*National Comorbidity Survey*» (NCS), no qual participaram 4,577 indivíduos com depressão, diagnosticada de acordo com a perspectiva sintomática do DSM, a depressão foi melhor conceptualizada como um constructo dimensional.

Deste modo, tendo em consideração a escassez de estudos e, nos existentes, a discrepância dos resultados obtidos, o diagnóstico de uma Perturbação do Humor será mais fidedigno e válido se for feito por recurso a uma avaliação baseada nos três sistemas e não apenas num em separado (Lurie, 2007; Prag, 2004). Nesse sentido, o diagnóstico da depressão deve ser feito com base no tipo, duração persistência e, ainda, número de sintomas que são característicos desta perturbação e que se encontram presentes no momento da avaliação. Assim, num determinado indivíduo, o humor depressivo pode ser considerado patológico se forem tidos em consideração os efeitos causados pela sintomatologia, duração, extensão e gravidade da mesma, os quais devem ser superiores aos que seria provável encontrar numa situação normativa (Moore, Moore, & Wilkinson, 2005).

O Quadro I apresenta de forma resumida e comparativa os critérios para diagnóstico de Depressão Major, de acordo com as duas taxonomias acima descritas.

Quadro I – Critérios de diagnóstico para Depressão Major (DSM-IV e ICD – 10)

DSM-IV	ICD-10
Sintomas presentes quase todos os dias (2 semanas)	Sintomas presentes quase todos os dias (2 semanas)
Alteração ao funcionamento habitual	Alteração ao funcionamento habitual
Sintomas principais (n = 2)	Sintomas principais (n = 3)
Humor deprimido e anedonia	Humor deprimido, anedonia e fadiga/perda de energia
Sintomas auxiliares (n = 7)	Sintomas auxiliares (n = 7)
Fadiga/Perda de energia, alterações no peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentidão psicomotora, sentimentos de culpa, dificuldades de concentração e Ideação suicida	Falta de confiança, alterações no peso e apetite, alterações no sono, agitação ou lentidão psicomotora, sentimentos de culpa, dificuldades de concentração e Ideação suicida
Critérios principais e auxiliares: 1 /4 (5 no total)	Critérios principais e auxiliares: Episódio ligeiro (2/2);
Mal estar significativo ou limitações funcionais	Episódio moderado (2/4); Episódio grave (3/5)
Critérios para exclusão: Episódio misto, relacionado com o consumo de substâncias, organicidade, luto, episódio psicótico.	Critérios para exclusão: história de sintomas maníacos, episódio relacionado com o consumo de substâncias, organicidade.

De acordo com o Manual de Diagnóstico das Perturbações Mentais, na sua quarta edição revista «DSM-IV-TR», da APA (2002), um Episódio Depressivo Major caracteriza-se por um conjunto de cinco, ou mais, sintomas, que devem estar presentes durante um período de duas semanas, e que têm de representar uma alteração ao funcionamento prévio do indivíduo: um dos sintomas tem que envolver o elevado humor depressivo ou a perda de prazer (anedonia) ou do interesse nas actividades habituais. Entre os outros sintomas, destacam-se as alterações no peso (perda ou aumento de peso) ou no apetite (diminuição ou aumento no apetite), perturbações no sono (insónias ou hipersónias) e da actividade psicomotora (agitação ou lentificação), fadiga ou perda de energia e alterações nos processos cognitivos, incluindo sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva, diminuição da capacidade de pensamento e concentração, bem como dificuldade no processo de tomada de decisão (APA, 2002).

Já segundo a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da World Health Organization [WHO] (1993), na sua 10ª edição, a sintomatologia que caracteriza a Depressão Major consiste em humor deprimido, perda de interesse e prazer, bem como numa redução do nível de energia e de actividade com um aumento do cansaço. Existe, ainda, um conjunto de outros sintomas caracterizados pela redução da atenção, concentração, auto-estima e autoconfiança, associados a ideias de culpa, bem como sentimentos de inutilidade e

de falta de esperança no futuro, e alterações no sono e apetite e, em muitas circunstâncias, da libido. Podem, ainda, existir ideias de auto-agressão e, mesmo, suicídio (WHO, 1993).

Estes sintomas assumem uma intensidade e/ou frequência excessivas e causam mal-estar clinicamente significativo, nas diversas áreas do funcionamento, a nível social, ocupacional ou noutra área importante, não sendo devidos a um processo de luto nem devido a efeitos fisiológicos de uma qualquer substância (APA, 2002; Beck, & Alford, 2011; Gotlib, & Joormann, 2010; Neto, et al, 2001; Karwoski, Garratt, & Ilardi, 2006; WHO, 1993).

As duas classificações partilham, ainda, duas características fundamentais para a identificação de episódios depressivos: por um lado, um número mínimo de sintomas típicos associados; por outro, a duração mínima de duas semanas. Ambas referem, também, uma outra característica que é o prejuízo, em várias áreas do funcionamento. De acordo com a APA (2002), para efectuar um diagnóstico de Depressão Major, têm de estar presentes, durante esse período de duas semanas, pelo menos, cinco sintomas (pelo menos um respeitante à perda do prazer e/ou interesse ou ao humor depressivo) que representem uma alteração ao funcionamento prévio do indivíduo. Já a «WHO», refere que o diagnóstico é feito consoante a gravidade do episódio, podendo este ser leve, moderado ou grave, consoante o número, tipo e gravidade dos episódios (WHO, 1993).

1.3. Epidemiologia

A Depressão Major representa um dos quadros clínicos mais prevalentes e com maiores consequências na morbilidade ao longo da vida, constituindo a principal causa de incapacidade no mundo e, em consequência, um grave problema de saúde pública (Nesse, 1999b; WHO, 1993). Dados relativos a 2010 mostram que é esperado que cerca de 120 milhões de pessoas no mundo inteiro sejam afectadas por esta perturbação do humor (Rutherford, Wager, & Rose, 2010; Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavon, Swensson, & Jönsson et, al., 2011).

Dados mais específicos a propósito da sua prevalência apresentam valores que variam entre 10 (Nesse, 2000) e 20% (Gotlib, & Joormann, 2010; Karwoski, et al., 2006) na população Americana, com um em cada seis indivíduos a desenvolver este tipo de patologia (Tran, 2008). Na Europa, os resultados dos estudos realizados mostram que a depressão afecta uma em cada cinco pessoas da população Escocesa (SIGN, 2010) apresentando, na

Suécia, uma probabilidade de ocorrência ao longo de toda a idade adulta igual a 27 e 45% para homens e mulheres, respectivamente (Lima, 1999).

Os resultados obtidos no âmbito do «NCS», um dos estudos epidemiológicos longitudinais realizados neste âmbito a nível internacional, têm demonstrado taxas de prevalência ao longo da vida de 19% (5% a um ano), apenas superadas pelas taxas de prevalência obtidas para as perturbações pelo uso de substâncias (aproximadamente 25%) (Kessler, & Wang, 2009). Estes resultados são bastante elevados em comparação com os obtidos no âmbito de outro estudo epidemiológico, o «*Epidemiological Catchment Area*» (ECA), do «*National Institute of Mental Health*» (NIMH), nos EUA, que apresenta taxas de prevalência iguais a 3% (um ano) e cerca de 5% (ao longo da vida) (Regier, & Robins, 1991).

Em Portugal, os estudos epidemiológicos a este propósito são escassos. O Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (Ministério da Saúde, 2004) fez uma estimativa da prevalência das perturbações psiquiátricas, apontando para uma prevalência de 30%. O terceiro senso psiquiátrico, realizado em 2001, apontou para uma predominância das depressões em consulta de ambulatório, prevendo que a depressão atingisse 20% da população e tendesse a aumentar sendo, conjuntamente com a esquizofrenia, responsável por 60% dos suicídios. Num estudo realizado com jovens em idade escolar, Cardoso, Rodrigues e Vilar (2005) demonstraram que cerca de 11% dos jovens avaliados evidenciaram sintomatologia depressiva e estudos realizados no âmbito do relatório do Concelho Europeu do Cérebro, em 2005, evidenciaram que existiam em Portugal cerca de 528 mil pessoas com patologia afectiva, incluindo a depressão (OMS, 2009). No mais recente estudo epidemiológico sobre saúde mental em Portugal, os resultados obtidos demonstraram que 43% da população Portuguesa apresentou um problema de saúde mental ao longo da vida, posicionando o nosso país com uma das taxas mais elevadas a nível Europeu (23%, a um ano) e muito semelhante à taxa obtida na população Americana. Especificamente, a taxa de prevalência obtida para a depressão foi de, aproximadamente, 8%, apenas abaixo das Perturbações Ansiosas, cerca de 17%. (Azevedo, 2010).

Apesar de poder ter o seu início na infância (Jacobs, Reinecke, Gollan, & Kane, 2008), e poder tornar-se crónica e recorrente, em média, a Depressão Major surge entre os 27 (Lacerda, et al., 2009) e os 32 anos de idade (NIMH, 2011). Neste contexto, e apesar de Dias (2010) referir que as taxas de crescimento da depressão estão inversamente relacionadas com a idade da sub-população avaliada, a idade de início precoce mostrou estar directamente

relacionada com a sua probabilidade de ocorrência na vida adulta (Horowitz, & Garber, 2006). Embora estejam disponíveis tratamentos eficazes para a depressão, esta nem sempre é bem identificada e tratada (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Almeida, 2005), sendo esperado que apenas um em cada oito indivíduos procurem tratamento para a depressão em algum momento ao longo da vida, ou seja, menos de metade destes indivíduos pode vir a receber um tratamento especializado (Alvarez et al., 2001).

Numa revisão dos estudos epidemiológicos realizados neste âmbito, Justo e Calil (2006), concluíram que a diferença nas taxas de prevalência entre os géneros é consistente e se acentua, no caso do género feminino, na adolescência. Assim, os dados dos principais estudos epidemiológicos mostram que as mulheres apresentam taxas mais elevadas que os homens (Kessler, et al., 1994; Kendler, & Prescott, 1999; SIGN, 2010), 21 e 12%, respectivamente.

As suas taxas de comorbilidade são, também, elevadas, com os resultados do NCS a apontarem para uma percentagem superior a 50% de indivíduos com um diagnóstico co-mórbido, 22% com dois diagnósticos co-mórbidos e 23% com três ou mais diagnósticos co-mórbidos (Kessler et al., 2005), de entre os eixos I, II e III do DSM-IV, nas principais síndromes psiquiátricas, perturbações do desenvolvimento e da personalidade e doenças médicas gerais, respectivamente (APA, 2002; Stefanis, & Stefanis, 2002; Thase, 2006).

Especificamente, a maior comorbilidade com outras perturbações do Eixo I refere-se, especificamente, às perturbações ansiosas (Bessa et al., 2009; Gotlib, & Joormann, 2010; Montiel, et al., 2005; Kessler, Stang, Wittchen, Ustun, Burne, & Walters, 1998; Larson, Nitschke, & Davidson, 2007; Riskind, & Williams, 2006; Trenary, & Ingram, 2005) existindo, ainda, comorbilidade com problemas do foro cardíaco, perturbações pelo uso de substâncias, em particular, consumo de tabaco (Gotlib, & Joormann, 2010) e outras doenças do foro orgânico, como a diabetes e o «VIH» (Telles-Correia, & Barbosa, 2009), constituindo, nestes casos, a depressão uma forma de continuidade heterotípica (Kessler, & Wang 2009).

Por outro lado, a perturbação co-mórbida pode, também, ter um efeito directo, negativo, na remissão da depressão, que pode estar directamente relacionado com a existência de dupla depressão, depressão sub-cínica, perturbações da ansiedade, perturbações da personalidade, abuso de substâncias e comorbilidades médicas (Keller, & Boland, 2009), originando uma acentuada redução na qualidade de vida bem como alterações na própria

evolução clínica da doença (Telles-Correia, & Barbosa, 2009) e, subsequentemente, nas suas consequências em termos do funcionamento psicosocial.

1.4. Evolução

Apesar de a depressão apresentar um início bem definido, existe uma progressão não linear na intensidade dos sintomas até se atingir a sua remissão. Os sintomas da depressão ou de um episódio depressivo major desenvolvem-se durante dias ou semanas, podendo ocorrer um período de sintomatologia ansiosa e de sintomas depressivos, com uma duração de semanas ou meses, antes do início de um episódio depressivo major completo.

Independentemente da sua idade de início, quando não tratado, um episódio depressivo major pode durar vários meses, sendo que, na maioria dos casos, os sintomas remetem completamente após esse período e o funcionamento do indivíduo retoma ao estado pré-mórbido (Beck, & Alford, 2011). No entanto, numa percentagem de entre 20 a 30% dos casos, esta sintomatologia pode persistir durante meses ou anos, na sua forma clínica ou sub-clínica, sendo a remissão parcial, após um episódio, indicadora de um funcionamento semelhante após episódios subsequentes (APA, 2002).

De acordo com a APA (2002), também o número de episódios anteriores determina, em grande parte, a sua cronicidade. Após um primeiro episódio, a probabilidade de recorrência é de 50%, aumentando consideravelmente após os seguintes, para uma taxa de, aproximadamente, 80% (Beck, & Alford, 2011; Hollon, Thase, & Markowitz, 2002; Nierenberg, Petersen, & Alpert, 2003; Teasdale, Williams, Soulsby, Segal, Ridgeway, & Lau, 2000; Westen, & Morrison, 2001).

De forma a melhor compreender a evolução de um episódio depressivo, devem ser considerados os seguintes marcadores: episódio, resposta, remissão, recaída e recorrência (Boland, & Keller, 2009; Hollon et al., 2002), especificados no Quadro II.

Quadro II. Terminologia para Episódio Depressivo Major

Episódio	Remissão	Resposta	Recaída	Recorrência
Determinado número de sintomas durante um determinado período de tempo	Momento em que o episódio termina	Remissão em resposta a um tratamento	Retorno precoce dos sintomas após uma aparente resposta	Novo episódio, após o término do anterior

Adaptado de Boland & Keller, (2009) e Hollon et al. (2002).

De acordo com esta conceptualização, existe uma diferença entre remissão e recuperação, constituindo a remissão na redução de, pelo menos, 50% da sintomatologia, enquanto a recuperação está relacionada com a melhoria dos critérios e a sua ausência durante, pelo menos, um período de dois meses. O mesmo raciocínio deve ser feito para a diferença entre recaída e recorrência, constituindo a recaída no agravamento que ocorre após a remissão, e a recorrência no agravamento que pode ocorrer após os dois meses sem sintomatologia (Costa, & Maltez, 2009).

Em termos da sua duração, Beck e Alford (2011) referem que o episódio depressivo segue, habitualmente, uma curva, onde existe um agravamento dos sintomas até atingir um estágio de sintomatologia depressiva máxima, ao qual se segue uma melhoria progressiva, até que o paciente atinja o seu funcionamento pré-mórbido. Esta curva poderá apresentar, de acordo com os autores, diferenças individuais na sua duração que, de acordo com os resultados de diferentes estudos, parece ser superior quando a depressão ocorre após os trinta anos de idade.

Numa revisão da literatura a propósito dos estudos realizados acerca da epidemiologia e evolução da depressão, Richardson (2011) concluiu que as taxas de recuperação demonstram a complexidade da evolução da perturbação e que a existência de comorbilidade pode contribuir para explicar não apenas a recuperação mas, também, a recaída e a recorrência. Deste modo, e porque esta duração apresenta implicações directas, em maior ou menor extensão, em várias áreas da vida do indivíduo, a análise das suas consequências assume especial relevância.

1.5. Consequências

A depressão é um dos problemas de saúde mental mais incapacitantes, devido à combinação dos factores relacionados com a sua duração, idade de início, grau de cronicidade e impacto no funcionamento geral. A este nível, a incapacidade provocada pela depressão é semelhante à incapacidade provocada por doenças físicas crónicas como a artrite, asma, diabetes e hipertensão arterial (Kessler, et al., 2001).

Grande parte desta incapacidade traduz-se numa redução da capacidade para trabalhar e em absentismo (Wang & Kessler, 2009; SIGN, 2010;), em dificuldades na transição de papéis, ao nível da progressão na escolaridade, assiduidade escolar e profissional, e desistência e não entrada na universidade, da gravidez na adolescência e ao nível do casamento e divórcio (Kessler et al., 1995; Kessler et al., 1997; Kessler et al., 1998) e, ainda, em termos do abuso de substâncias, em particular, álcool e medicamentos.

Quando não tratada, a depressão pode conduzir a uma redução significativa do funcionamento social, provocar outras doenças e até a morte. A longo prazo, muitos são os indivíduos que não recuperam da depressão, bem como os que tem recorrências, o que, de acordo com Wilkinson e Moore (2005), está directamente relacionado com a presença de ideação suicida e, mesmo, suicídio (Hollon, et al., 2002; Neto, et al., 2001; Riskind, & Williams, 2006).

1.6. Conclusão

A depressão é o problema de saúde mental mais debilitante e que apresenta mais custos a nível mundial (Karwoski et al., 2006). Sendo uma patologia que afecta um número significativo de indivíduos, nomeadamente do género feminino e de idade adulta, e que surge, tendencialmente, numa etapa desenvolvimental em que o indivíduo se encontra mais activo e em que se lhe colocam diferentes tarefas que envolvem escolhas e transições a nível individual, familiar e social, a compreensão dos diferentes processos relacionados com o surgimento e manutenção desta perturbação emocional pode contribuir para uma melhor compreensão da mesma e, subsequentemente, das suas formas de evolução e consequências.

Capítulo 2.

Modelos Explicativos da Etiologia, Manutenção e Modificação da Depressão

São diversos os estudos realizados com o objectivo de analisar os principais factores envolvidos no surgimento, manutenção e modificação da Depressão Major. Muitos destes estudos focam o papel das variáveis sócio-demográficas enquanto factores de risco ou protecção para o surgimento da sintomatologia depressiva. O género (feminino), a idade «adulta», o estado civil (separação/divórcio) e a história de depressão na família, representam os principais factores de risco sócio-demográficos relacionados com sua etiologia e manutenção (APA, 2002; Gleitman, et al., 2003; Weissman, et al., 1996). Por outro lado, a percepção de suporte social por parte das pessoas significativas e o estado civil, no caso das mulheres casadas, constituem, desde a perspectiva da literatura neste âmbito, alguns dos principais factores de protecção (Albrecht, & Herrick, 2006; Costa, & Maltez, 2009; Paulus, & Stein, 2009).

No entanto, um conjunto de outros factores, de entre os quais se destacam variáveis cognitivas e interpessoais, tem demonstrado desempenhar um papel fundamental na compreensão destes processos.

2.1. Modelo Genético

Do ponto de vista biológico, têm sido encontradas concentrações deficitárias de neurotransmissores, desregulação do eixo hipotálamo-hipófisário, modificações no sistema de segundos mensageiros e variações neuroimagiológicas. De acordo com Guerreiro (2009), são apontadas duas hipóteses para este facto:

- A hipótese monoaminérgica, através da depleção cerebral de serotonina, dopamina, noradrenalina e adrenalina, que, embora não consiga explicar totalmente a depressão é relevante, uma vez que a maioria dos fármacos com eficácia na depressão aumenta a actividade monoaminérgica.
- A hipótese de que a depressão resulta da diminuição de factores neurotróficos essenciais para a função de grupos particulares de neurónios, baseada nas evidências da relação entre a exposição prolongada ao stress e as alterações em determinadas funções e estruturas do cérebro.

A existência de vulnerabilidade genética para determinadas perturbações do humor tem sido demonstrada em diversos estudos. Os estudos mais importantes ao nível dos

fenótipos são feitos com famílias e gémeos, nomeadamente com base em critérios de diagnóstico que se baseiam em sinais, sintomas e curso da psicopatologia, validadas por demonstrarem o risco elevado em familiares e gémeos, nomeadamente monozigóticos (Gleitman, et al., 2003).

No entanto, o papel dos factores genéticos nas diferenças de género também não é claro. Num estudo efectuado com 3790 pares de gémeos, Kendler e Prescott (1999) concluíram que a Depressão Major era hereditária em ambos os géneros e que os factores de risco genético eram iguais para ambos os géneros; contudo, de acordo com os autores, é possível que existam genes que influenciam de forma diferente ambos os géneros.

Investigações realizadas com base em técnicas de neuroimagiologia evidenciaram alterações na área frontal e cingular do cérebro de indivíduos com depressão, bem como nas áreas límbicas e subcorticais incluindo a amígdala, hipocampo e o tálamo (Browning, Holmes, & Harmer, 2010; Seminovic, Mayberg, McIntosh, Goldapple, & Kennedy, 2004).

Num estudo recente realizado por Dichter, Felder, Petty, Bizzell, Ernst, e Smoski, (2009), com um grupo clínico de indivíduos com diagnóstico de depressão e um grupo controlo, não clínico, foram obtidos resultados que permitiram propor um modelo de patofisiologia de base à depressão major que implica a existência de um enviesamento cortico-límbico associado ao surgimento e manutenção da sintomatologia depressiva, um défice neurobiológico responsável pelo défice da resposta a estímulos agradáveis.

Contudo, o papel da genética na origem da depressão ainda carece de estudo, uma vez que a sua associação a uma sequência de ácido desoxirribonucleico, «ADN», com variância nos genes em caminhos monoaminérgicos não é clara. Alguns estudos apontam para uma interacção entre a variante de deleção/inserção funcional no gene transportador de serotonina com o stress e o início dos sintomas depressivos, enquanto que outros mostram que a influência genética é mais acentuada em indivíduos com formas mais graves de depressão e com mais sintomas biológicos, e em familiares directos (Levinson, 2005; 2009). Por outro lado, Hagen (2003) refere que são os efeitos de stress que são responsáveis pelo aumento do cortisol, que activa de forma crónica o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal; uma vez que este é o sistema hormonal de regulação da resposta de stress de fuga-luta, esta pode ser uma possível causa da depressão.

Beck e Alford (2011), referem que, apesar dos diversos estudos feitos nesta área, não foram obtidos resultados que demonstrem uma relação sólida entre um determinado substrato biológico e a depressão. Contudo fizeram-se alguns avanços na identificação da base genética das perturbações do humor, com os resultados dos estudos que envolvem as alterações dos neurónios hipocampais e da amígdala e através do estudo dos fundamentos biológicos da cognição e das emoções, que pode contribuir para uma compreensão mais adequada destes processos.

Siegle, Steinhauser, Thase, Stenger, e Carter, (2002), num estudo realizado com o objectivo de analisar a capacidade de supressão da actividade cerebral em resposta a estímulos emocionais em indivíduos com depressão major, demonstraram que estes indivíduos apresentaram uma resposta mais lenta da amígdala a todos os estímulos em comparação com os indivíduos do grupo não clínico, tendo esta diferença mostrado estar relacionada com os processos de ruminação. Ainda em 2002, Vuilleumier, levou a cabo um estudo que permitiu concluir que o cérebro está equipado com mecanismos que dão destaque à detecção e reacção a informação facial de conteúdo emocional, os quais produzem efeitos involuntários nos processos da atenção e noutras respostas comportamentais, em particular quando esta informação facial é de conteúdo negativo, ou de ameaça. Um outro estudo realizado por Davidson (2003), com o objectivo de estabelecer uma relação entre os circuitos envolvidos entre a cognição e emoção, evidenciou que estes circuitos são constituídos por vários subcomponentes que se distribuem numa rede cortical e subcortical. Já em 2008, Fales, Barch, Rundle, Mintun, Snyder, Cohen, Mathews e Sheline, num estudo sobre a interferência das alterações emocionais no controlo afectivo e cognitivo dos circuitos cerebrais na depressão major, demonstraram a desregulação tanto no circuito emocional como o circuito cognitivo da depressão, implicando um disfuncionamento nos circuitos «top-down» e «bottom-up».

Em todos os estudos, é possível observar a existência de uma interacção entre os processos biológicos e psicológicos, apontando para uma dinâmica entre os processos cognitivos com o córtex sensorial, a amígdala e as áreas pré frontais médias e ventrais. Assim, tudo indica que é a combinação de factores familiares, biológicos, psicológicos e sociais, em termos das suas interacções, que contribuem para a depressão (Baldwin, & Birtwistle, 2002; Thase, 2009).

2.2. Modelo Evolutivo

De acordo com a perspectiva da Psicologia Evolutiva, a depressão representa uma reacção exagerada face à reacção normativa, tristeza, que comporta uma função adaptativa, relativa à evitação de dano, físico e social, entre outros (Gilbert, 2001; Nesse, 1964; 1999a). Segundo esta perspectiva, alguns comportamentos representam mecanismos de defesa, que podem tornar-se patológicos, quando a resposta é muito facilmente provocada ou prolongada, ou seja, dado que deviam ser utilizadas em períodos de tempo curtos, estas defesas tornam-se maladaptativas a longo prazo, podendo originar evitamento, a solidão e rejeição (Gilbert, 2001).

De acordo com os principais modelos evolutivos da depressão, o modelo da adaptação, o modelo da desregulação e o modelo das diferenças individuais (Nettle, 2003), apesar de ser desadaptativa, existem motivos para considerar a depressão como um mecanismo de adaptação. Para Watson e Andrews (2002), Nesse (2000) e Nettle (2003), a depressão pode ser considerada evolutiva pois prevalece em todas as culturas e sociedades. Estes autores criaram um modelo para explicar a depressão em termos evolutivos, a hipótese da movimentação social¹ que propõe que as mudanças cognitivas induzidas pela depressão focam a análise de capacidades para a resolução de problemas sociais cruciais e, ainda, uma associação entre custos, anedonia e as alterações psicomotoras da depressão, que tem como objectivo persuadir os parceiros sociais a prestar ajuda. Também Hagen (2003), aponta este modelo como explicativo dos factores de risco relacionados com o surgimento da depressão (um «locus» de controlo externo, desespero, desamparo e sentimentos de derrota e encurralamento), referindo que esta pode ser causada por circunstâncias sociais quando estas ocorrem de forma reiterada na adaptação evolutiva ao ambiente.

Para Nesse (1989; 2000), Keller e Nesse (2005) e Schimmack (2005), o humor deprimido pode ser uma consequência da evolução, pelo que a selecção natural pode ter refinado determinados subtipos de humor, no sentido da protecção do organismo contra vários tipos de perigo, nomeadamente as perdas os fracassos e outras situações semelhantes. Nesse sentido, as emoções negativas desempenham um papel preponderante no sentido de alertar o indivíduo as situações a evitar (Nesse, 1989; 1998; 1999b) pela relação entre a diminuição da reactividade a estímulos positivos e negativos e o aumento dos indicadores de

¹ No original, *Social Navigation Hypothesis*, relativa à capacidade perspectivação da influência social.

anedonia (Chase, Frank, Michael, Bullmore, Sahakian, & Robbins, 2009; Larson et al., 2007).

2.3. Factores Contextuais

A definição de acontecimento de vida tem como base uma ocorrência súbita e de curta duração embora existam acontecimentos, como uma situação de luto, que envolvem consequências que podem perdurar no tempo. Outro tipo de acontecimentos de vida envolve as preocupações diárias que podem causar frustração, em particular se forem crónicas. Os acontecimentos de vida podem ser externos ou internos, com origem em várias áreas da vida (trabalho, saúde, rede social, entre outros), ou ter origem na vida psíquica do indivíduo, como é o caso das cognições (APA, 2002).

Uma das questões relevantes no estudo da relação entre os acontecimentos de vida e a depressão prende-se com a sua causa externa ou a possibilidade de constituírem uma consequência do comportamento em indivíduos com traços de personalidade que actuam como facilitadores da exposição a acontecimentos negativos, originando, dessa forma, um estado depressivo (Prag, 2004)

Habitualmente, os episódios depressivos são antecidos por uma fonte de stress psicossocial, por exemplo, a morte de uma pessoa significativa ou um divórcio, a qual pode ter um papel mais relevante no desencadear dos primeiros episódios e menor nos posteriores (APA, 2002). De entre os acontecimentos de vida directamente relevantes para a depressão, podem ser ainda destacadas outras perdas, financeiras, de estatuto e auto-estima, ou seja, situações que envolvem ameaças à vida social do indivíduo (Prag, 2004). No entanto, não é, ainda, clara se a relação entre a ocorrência de acontecimentos de vida e depressão é directa, ou se, em alternativa, esta relação pode ser mediada por outros factores, nomeadamente no que respeita aos processos cognitivos.

Monroe, Slavich Torres, e Gotlib, em 2007, realizaram um estudo com o objectivo de analisar a capacidade preditora dos acontecimentos de vida negativos ao nível das alterações nos enviesamentos cognitivos na Depressão Major, tendo os resultados obtidos demonstrado que os indivíduos expostos a fontes de stress antes do início de uma depressão relataram atitudes mais disfuncionais comparativamente com os indivíduos que não estiveram sujeitos às mesmas condições. Mais recentemente, Kwang, Wells, McGeary, Swann, e Beevers,

(2010) e Gotlib e Joormann (2010), demonstraram que os enviesamentos da atenção na direcção de informação negativa, em conjunto com a existência de acontecimentos geradores de stress, podem conduzir a um aumento da sintomatologia depressiva.

Apesar da escassez de estudos metodologicamente adequados à avaliação do impacto dos acontecimentos de vida sobre o surgimento, manutenção e modificação da sintomatologia depressiva, os resultados dos estudos existentes demonstram a existência de uma relação, estando, no entanto, ainda por explicar as diferenças individuais nos processos, em separado ou combinados, pelos quais estes acontecimentos de vida actuam.

2.4. Personalidade e Perturbações da Personalidade

São diversos os estudos clínicos que procuram compreender a relação de comorbilidade entre as perturbações de humor e a personalidade. O Quadro III mostra os principais modelos propostos como forma de explicar essa relação, incluindo as causas comuns entre personalidade e perturbações do humor (Klein, Durbin, & Shankman, 2009).

Quadro III. Modelos relacionais sobre personalidade e perturbações do humor.

Personalidade e perturbações do humor com as mesmas causas.	Personalidade e perturbações do humor derivam do mesmo conjunto de processos etiológicos.
Personalidade como precursor das perturbações do humor.	Personalidade como uma manifestação prévia das perturbações do humor.
Personalidade como predisponente para as perturbações do humor.	Características da personalidade com impacto directo na psicopatologia, aumentando o risco de perturbações do humor.
Personalidade como tendo um efeito patoplástico nas perturbações do humor.	Personalidade influencia as perturbações do humor, nomeadamente após o início das mesmas, exacerbando a gravidade dos sintomas, a resposta ao tratamento e o seu percurso e desenvolvimento.
Características de personalidade como factores dependentes do estado de humor	Disposições da personalidade retornam o seu estado inicial após o desaparecimento das alterações de humor.
Características da personalidade como complicações das perturbações do humor	Disposições da personalidade mantêm-se mesmo após o desaparecimento das alterações do humor.

Adaptado de Kleni, et al. (2009).

Neste contexto, no estudo da relação entre a personalidade e as perturbações do humor, deverão ser tidas em conta, as relações entre os traços de personalidade e os estados clínicos, embora estes traços possam independentes do estado de humor. Deste modo, é possível que alguns traços de personalidade, nomeadamente o neuroticismo, possam constituir factores etiológicos das perturbações do humor, bem como que a perturbação da personalidade depressiva esteja etiológicamente relacionada e possa ser, ainda, precursora de perturbações do humor, nomeadamente as distímias e depressões duplas. Estes dados são sustentados pelos resultados dos estudos realizados neste âmbito (e.g., Newton-Howes Johnson, & Tyrer, 2006; Morey, Shea, Markowitz, Stout, Hopwood, Gunderson, & et al., 2010), embora seja necessário ter em consideração algumas limitações metodológicas, relativas ao carácter dos desenhos de investigação utilizados, na maior parte dos casos, constituídos por estudos transversais (Klein, et al., 2009).

2.5. Modelo Interpessoal

Segundo a perspectiva interpessoal, na base dos factores de risco da depressão estão os comportamentos e estilos interpessoais. Os comportamentos estão relacionados com o défice de competências sociais, a procura excessiva de reafirmação e de «feedback» negativo, enquanto que os estilos interpessoais se relacionam com a inibição e dependência interpessoal bem como com os estilos de vinculação (Joiner, & Timmons, 2009).

No que concerne às competências sociais, à procura de reafirmação e «feedback», são escassos os estudos que confirmam a existência de uma relação directa entre estes factores e o surgimento de depressão. Não sendo, contudo, estabelecido um nexos de causalidade, estes défices são apontados como potenciais factores de risco em situações específicas, nomeadamente na presença de acontecimentos de vida negativos. No entanto, a procura de «feedback» negativo, parece ter um impacto negativo nos afectos e no auto-conceito, causando maior vulnerabilidade para a depressão após acontecimentos de vida negativos. Os estilos interpessoais podem representar traços ou estados de personalidade e padrões cognitivos relacionados com o funcionamento interpessoal que podem estar associados com a depressão. Embora a inibição interpessoal seja pouco estudada neste âmbito, é esperado que determinados comportamentos de inibição interpessoal, tais como timidez, evitação e baixa assertividade, entre outros, possam contribuir para prever a depressão (Joiner, & Timmons, 2009).

Por outro lado, os modelos internos dinâmicos da vinculação, ou seja, as representações mentais dos relacionamentos com as pessoas significativas, podem constituir factores de risco e vulnerabilidade para a depressão. Numa revisão da literatura dos estudos efectuados neste âmbito, Soares, Carvalho, Dias, Rios e Silva (2007) concluíram que a depressão se associou de forma consistente à insegurança da vinculação, especificamente à vinculação preocupada e desligada.

Deste modo, e de acordo com as teorias interpessoais, os indivíduos são sensíveis a sinais de rejeição interpessoal como, por exemplo, faces zangadas, procurando sinais de reconforto nos outros de forma a reduzir este sentimento de rejeição. Assim, determinados estímulos que são associados a rejeição são pelo próprio mais facilmente identificados (Wells, Beevers, Robinson, & Ellis, 2010).

2.6. Modelo Cognitivo

De acordo com o modelo cognitivo, as perturbações emocionais têm como base diferentes formas de processamento emocional. No caso da depressão, este processamento está relacionado com enviesamentos ao nível da atenção, memória e interpretação (Joiner, 2001; Joormann, 2009; Joormann, & Gotlib, 2010; Lim, & Kim, 2005; MacLeod, & Mathews, 2005; Wells, & Beevers, 2009; Wells et al., 2010).

O principal pressuposto deste modelo assenta na assumption de que um pensamento precede o humor. Assim a substituição de pensamentos negativos por pensamentos adaptativos terá consequências positivas no humor, no auto-conceito e comportamentos (Paulus, & Stein, 2010; Rupke, Black, Renfrow, & 2006). De acordo com Wilkinson e Moore (2005), Meites, Deveney, Steele, Holmes e Pizzagalli, (2008), Joorman (2009) e Gotlib e Joormann (2010), os pensamentos negativos, para além de serem um sintoma, são o principal factor primário de manutenção da depressão.

De entre as teorias baseadas nos modelos cognitivos, a teoria das crenças irracionais assume que, na base da depressão, estão as associações lineares entre os erros de pensamento e o início de estados emocionais, enquanto que as teorias do desamparo aprendido e da desesperança referem que, na base dos estados depressivos, está a expectativa negativa face a si, aos outros e ao futuro (Joormann, 2009). A teoria dos esquemas cognitivos disfuncionais, na qual se enquadra o modelo cognitivo de Beck (Neto, et al., 2001), refere que as estruturas

cognitivas disfuncionais do «Self», ou Esquemas, são elementos centrais no início e manutenção da depressão (Beck, & Alport, 2011; Gleitman, et al., 2003) enquanto que as teorias da rede associativa têm na base pressupostos estruturais acerca da natureza dos esquemas, que acentuam o processamento de informação, como factor chave na depressão (Mathews, MacLeod, Watts, & Williams, 1997; Trenary, & Ingram, 2005).

Segundo Tran (2008), os modelos cognitivos apontam as crenças, os pensamentos e as atitudes enquanto processos cognitivos negativos que desempenham um papel crucial no início e na manutenção da depressão (Beck, & Alport, 2011; Browning, et al., 2010; Gotlib, & Joormann, 2010; Mathews, & MacLeod, 2005). Embora possam existir várias formas de processamento de informação que possam contribuir de forma diferente para a vulnerabilidade para a depressão, processos cognitivos como o estilo atribucional negativo, os enviesamentos da memória negativos e a ruminação, entre outros, são factores que, por si, podem influenciar de formas diferentes esta vulnerabilidade (Beck, & Alport, 2011; Mathews, & MacLeod, 2005)

Gençöz, Voelz, Gençoz, Pettit, e Joiner, (2001), Tran (2008) e Gotlib e Joormann (2010), referem especificamente que os enviesamentos da cognição, em particular os da atenção e da memória, podem não apenas estar relacionados com episódios depressivos, como também podem desempenhar um papel importante na vulnerabilidade individual para o início ou recorrência da depressão. Esta ideia foi corroborada pelos resultados dos estudos realizados com o objectivo de analisar a tendência para prestar atenção preferencial a informação negativa (e.g., Beck, & Alport, 2011; Browning, e tal., 2010; Joorman, 2009; Hollon et al., 2002) e para focar a atenção nos aspectos negativos em detrimento dos positivos, bem como a maior facilidade na recordação e reforço dos mesmos (e.g., Alport & Beck, 2011; Hollon, et al., 2002; Regier et al., 2009;). Ainda Joormann (2009) e Beck e Alport (2011), referem que os indivíduos com depressão apresentam maior dificuldade em desviar a atenção dos estímulos negativos, prestando, consequentemente, mais atenção a estes estímulos pelo que, dado que a experiência de humor negativo e de acontecimentos de vida negativos está associada com a activação de material cognitivo congruente com o humor, o qual está armazenado na memória de trabalho, a ruminação pode ser predominante.

Deste modo, e desde esta perspectiva, a depressão caracteriza-se pela aumento da elaboração da informação negativa, bem como pelas dificuldades do indivíduo em se afastar dessa mesma informação e num défice de controlo cognitivo quando a mesma é processada

(Gotlib, & Joorman, 2010), que são devidos a três mecanismos de base que concorrem para estabelecer a relação entre as disfunções emocionais e os enviesamentos cognitivos: os processos inibitórios e os défices na memória de trabalho, as respostas ruminativas ao estado de humor e os acontecimentos de vida negativos e, por último, a incapacidade para utilizar estímulos positivos para regular o humor negativo.

2.7. Conclusão

Actualmente, com os avanços existentes ao nível dos métodos de avaliação da depressão, é consensual o papel desempenhado por diversos factores associados ao seu surgimento, manutenção e modificação. Alguns estudos apontam para o papel específico desempenhado por factores genéticos, individuais, interpessoais, contextuais e cognitivos no aumento da vulnerabilidade para a depressão. No entanto, a complexidade da natureza destes processos parece demonstrar que as diferenças individuais na vulnerabilidade para a depressão são melhor explicadas pelas interacções entre os mesmos, com os processos cognitivos a representarem um papel primordial neste contexto.

Capítulo 3.

Processamento da Informação na Depressão

De acordo com os modelos do processamento de informação social, as pistas às quais é prestada atenção são interpretadas com base na recuperação da informação emocionalmente relevante armazenada na memória, sendo a interpretação de situações ambíguas feita com base no ensaio mental dessa informação, em conjunto com a análise das respostas prováveis a essa mesma situação. Desta forma, e segundo estes modelos, as reacções emocionais resultam da interpretação que é feita da realidade, a qual pode não corresponder, de forma efectiva, à mesma. Nestes casos, o papel dos erros no processamento de informação assume principal destaque, na medida em que condiciona, de forma relevante, a relação entre as representações mentais das experiências prévias e as reacções emocionais negativas.

3.1. O Modelo Cognitivo de Aaron Beck

Proposto por Beck, com vista ao desenvolvimento da terapia cognitiva para a depressão, o modelo cognitivo tem como principal pressuposto a ideia de que as emoções e o comportamento de um indivíduo são consequência da forma como o mesmo estrutura o mundo (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Bylsma et al., 2008; Kuyken et al., 2007), baseando-se as cognições em pressuposições desenvolvidas com base em experiências anteriores (Hollon, & Dimidjan, 2009; Jacobs et al., 2008).

Com base neste modelo, são três os conceitos específicos que explicam os substratos psicológicos da depressão: a tríade cognitiva, os erros cognitivos e os esquemas maladaptativos (Beck et al., 1979).

A tríade cognitiva envolve os pensamentos automáticos negativos em relação a si próprio, ao mundo e ao futuro. Na depressão, predomina uma visão negativa de si, do ambiente e das experiências em geral; a atribuição das experiências desagradáveis é dirigida a factores internos e as situações são interpretadas de forma negativa (Dowd, 2004; Gotlib, & Joormann, 2010; Gotlib, Kasch, Trail, Arnow, Joormann, & Johnson, 2004; Haaga, Dyck, & Ernst, 1991; Moore, & Garland, 2003; Jacobs et al., 2008; Tran, 2008).

Os erros cognitivos referem-se às distorções no modo como a informação social é processada, os quais podem envolver, entre outros, a selectividade da atenção e o foco nas pistas negativas. Estudos realizados neste âmbito mostraram que os indivíduos com depressão prestam mais atenção e recordam-se mais de informação relevante e congruente com os seus

esquemas cognitivos negativos, demonstrando que estes enviesamentos se manifestam num vasto leque de tarefas que envolvem a avaliação dos processos da atenção da interpretação e da memória (e.g., Gotlib, et al., 2004; Gonca & Savasir, 2001).

Os esquemas envolvem as representações mentais das experiências prévias, que são activadas pela ocorrência de acontecimentos de vida (major ou minor) e, em consequência, activam as distorções cognitivas que originam, por sua vez, pensamentos automáticos negativos. Para Jacobs e colaboradores (2008), os esquemas maladaptativos, em conjunto com os estilos atributivos negativos e a percepção do próprio, representam um importante factor de risco para a depressão major.

Embora tenha sofrido algumas alterações desde a sua primeira conceptualização, sensivelmente há 40 anos (APA, 2002; Kuyken, et al., 2007) o modelo cognitivo continua a oferecer uma compreensão crítica dos processos cognitivos envolvidos na depressão, cujos estudos específicos serão, seguidamente, alvo de uma revisão aprofundada.

3.2. Pensamentos Automáticos Negativos

Segundo Teasdale (1983) e Moore e Garland (2003), os pensamentos automáticos negativos constituem uma parte importante do ciclo que mantém o humor deprimido no indivíduo. De acordo com este ciclo, a perspectiva da pessoa em relação aos acontecimentos torna-se enviesada, sendo assumidas as piores consequências possíveis para os acontecimentos de vida, ao ponto de a memória se tornar tão enviesada que a pessoa apenas consegue recordar acontecimentos negativos. Em situações de humor depressivo acentuado, os pensamentos automáticos negativos não apresentam uma relação directa com os acontecimentos que estão na sua base, surgindo de forma não controlada, sem esforço aparente e sem motivo objectivo, o que aumenta o humor depressivo, acentuando, por sua vez, os pensamentos automáticos negativos.

Num estudo efectuado por Harrel e Ryon (1983), com base no modelo cognitivo-comportamental da depressão, o grupo de indivíduos com depressão relatou significativamente mais pensamentos automáticos negativos que o grupo de controlo. Estes resultados foram consistentes com os obtidos por Pietromonaco e Marcus (1985), num estudo realizado com participantes do género feminino, com o objectivo de avaliar os pensamentos

em três tarefas cognitivas, cujos resultados evidenciaram que os pensamentos negativos relacionados com a depressão se evidenciavam mais no que respeitava a pensamentos sobre o «self», por comparação aos pensamentos sobre os outros, e com os obtidos por Roberts e Kassel, em 1996, num estudo realizado numa população não clínica, em que os resultados evidenciaram a existência de uma relação positiva entre os pensamentos automáticos negativos e a afectividade negativa.

Safren, Heimberg, Lerner, Henin, Warman, e Kendall, em 2000, realizaram um estudo com o objectivo de analisar os conteúdos diferenciais dos pensamentos automáticos negativos relacionados com a ansiedade e a depressão. Os resultados obtidos, com uma amostra não clínica, confirmaram a especificidade dos processos avaliados, com os pensamentos negativos relacionados com depressão e desesperança a associarem-se directamente com a a sintomatologia depressiva.

Já em 2010, Glashouwer, Jong, Penninx, Kerkhof, Dyck, e Ormel, no estudo Holandês sobre Depressão e Ansiedade (NESDA), analisaram a relação entre os pensamentos automáticos relacionados com o «self» e a sua relação com a ideação suicida, tendo os resultados do estudo demonstrado que as associações automáticas do «self» com a depressão e a ansiedade estavam significativamente relacionadas não apenas com a ideação suicida como também com a tentativa realizada de suicídio.

3.3. Processamento da Informação Social e Depressão

Estudos generalistas realizados com o objectivo de analisar o processamento de informação obtiveram resultados que demonstraram a existência de enviesamentos da atenção (Cavanagh, & Geisler, 2006; Dykman, Abramson, Alloy, & Hartlage, 1989; ; Joormann, & D'Avanzato, 2009; Mathews, & MacLeod, 2005; Oathes, Squillante, Ray, & Nitschke, 2010; Medeiros, & Sougey, 2010), memória (Dykman, et al., 1989; Gençöz et al., 2001; Joormann, & D'Avanzato, 2009; Joormann, 2009; Mathews, & MacLeod, 2005) e interpretação (Dykman, et al., 1989; Mathews, & MacLeod, 2005; White, Davidson, Haaga, & White, 1992) relacionados com as perturbações emocionais. No entanto, os resultados destes estudos sugerem a existência de especificidades no processamento diferencial de informação directamente relevante para cada uma das perturbações emocionais.

Assim, existem evidências da especificidade do processamento da informação na depressão. Gotlib e (2004) realizaram um estudo sobre a coerência e especificidade do processamento de informação na depressão e na fobia social, tendo os resultados obtidos demonstrado que os indivíduos com depressão apresentaram enviesamentos específicos relacionados com a tristeza. Noutro estudo, elaborado com o objectivo de analisar os mecanismos dos enviesamentos cognitivos na depressão e na ansiedade, Dunn, Stefanovich, Buchan, Lawrence, e Dalgleish, (2009), a relação entre a distorção dos enviesamentos positivos e a sintomatologia depressiva foi predominantemente mediada pela anedonia, específica da depressão.

Estes resultados são consistentes com os obtidos em estudos realizados com o objectivo de avaliar as alterações no processamento cognitivo de indivíduos com e sem depressão após uma tarefa de indução do humor (Gemar, Segal, Sagrati, & Kennedy, 2001; Meites et al., 2008) e com os obtidos em estudos longitudinais, que demonstraram que os enviesamentos no processamento de informação precedem e concorrem para o surgimento da sintomatologia depressiva (Haefel, et al., 2005; Rude, Wenzlaff, Gibbs, Vane, & Whitney, 2002).

Numa meta-análise e numa revisão da literatura acerca dos processos cognitivos envolvidos na depressão Joorman e Gotlib (2010) concluíram que os estudos realizados neste âmbito demonstraram que a depressão se caracteriza pelo aumento da relevância atribuída a informação emocional negativa, a qual contribui para a desregulação emocional que caracteriza a depressão. O processamento de informação social negativo é, nesta perturbação, caracterizado de forma geral por dificuldades em desviar a atenção das pistas negativas, pela maior facilidade em recuperar pistas negativas armazenadas na memória e por défices no controlo cognitivo, em conjunto com uma menor reactividade emocional para estímulos de valência positiva e negativa, mais acentuada no caso dos primeiros.

Seguidamente, são apresentados os estudos experimentais desenvolvidos especificamente com vista à avaliação de cada um dos principais enviesamentos no processamento de informação.

3.3.1. Enviesamentos da Atenção

Para Yiend (2010), os enviesamentos da atenção na direcção de informação emocional são um reflexo de sistemas de avaliação comprometidos que não têm capacidade de resposta adequada. As duas teorias clássicas envolvem os enviesamentos da atenção no que concerne ao processamento emocional de material congruente: a teoria de Beck, que postula que os esquemas disfuncionais negativos estão na base dos enviesamentos no processamento da informação e a teoria de Bower, do modelo associativo em rede, de acordo com a qual determinada informação activa informação semelhante.

No caso da ansiedade, a existência de enviesamentos atencionais na direcção de informação emocionalmente relevante, relacionada com ameaça, tem sido demonstrada de forma consistente (e.g., Esteves, 1999a; Esteves, 1999b; Heinrichs, & Hofmann, 2001; Tata, et al., 1986;). No que respeita à depressão, os estudos a propósito da existência deste tipo de enviesamentos, apesar de em menor número, têm, também, evidenciado a existência deste tipo de enviesamentos, embora a especificidade da informação emocional nem sempre seja demonstrada.

O Quadro IV mostra de forma resumida os principais aspectos metodológicos e resultados directamente relevantes obtidos nos estudos experimentais especificamente desenvolvidos com o objectivo de analisar os enviesamentos da atenção na depressão.

Os estudos realizados demonstram, independentemente do tipo de amostras utilizadas (clínicas, sub-clínicas ou não clínicas» e do tipo de estímulos considerados «palavras ou faces) que, na depressão é possível observar o mesmo tipo de enviesamentos atencionais, na direcção de material emocionalmente congruente com o estado de humor.

Apesar da diversidade de amostras, os estudos realizado com a tarefa de Dot-Probe evidenciaram, de forma consistente, um enviesamento da atenção na direcção de estímulos negativos, enquanto que os estudos realizados com a tarefa de Stroop modificado demonstraram, também na depressão, a existência de processos de interferência cognitiva em estímulos negativos.

Quadro IV- Estudos acerca dos enviesamentos da atenção

Referência	Amostra	Tarefas e Estímulos	Resultados Principais
MacLeod, Mathews & Tata (1986).	Dois grupos de 16 indivíduos, com e sem sintomatologia depressiva	Tarefa de Dot-Probe	Indivíduos com mais sintomatologia depressiva seleccionaram mais facilmente os estímulos negativos.
Pérez, Rivera, Fuster, & Rodríguez (1999).	15 indivíduos com DM 17 indivíduos com distímia, 11 indivíduos com BDI < 18 15 indivíduos do grupo de humor induzido 23 indivíduos do grupo de controlo	Tarefa de Stroop	Enviesamento da atenção no grupo com DM.
Beevers & Carver (2003).	77 estudantes universitários	IDD-L, BDI, POMS Escala visual analógica Questionário de eventos adversos. Tarefa de Dot Probe.	Aumento da atenção para estímulos negativos. Períodos mais longos de recuperação do estado de humor após um acontecimento negativo.
Eizenman Yu, Grupp, Eizenman, Ellenbogen, Gemar, Levian (2003).	8 indivíduos com DM	SCID, BDI e IAPS	Atenção dirigida a material congruente com o estado de humor.
Gotlib, Krasnoperova, Yue, & Joormann (2004).	19 indivíduos com DM 18 indivíduos com sintomatologia ansiosa 16 indivíduos sem sintomatologia clínica.	Tarefa de Dot-Probe	Enviesamentos atencionais no sentido do aumento de vigilância para caras tristes.
Lim, & Kim (2005).	30 indivíduos com DM 33 indivíduos com PP 25 indivíduos com PS 33 indivíduos no grupo de controlo	Tarefa de Stroop Tarefas de memória explícita e implícita BDI, STAI, WAIS	Interferência subliminar para palavras de valência negativa.
Schimmack (2005)	126 estudantes universitários	IAPS.	Estímulos de conteúdo emocional forte produziam interferência nos processos da atenção.
Joorman & Gotib (2007).	1 Grupo de 26 indivíduos com DM 1 Grupo de 23 indivíduos com história de depressão 1 Grupo de 19 indivíduos do grupo de controlo	SCID, BDI. Tarefa de Dot-probe.	Participantes com depressão actual e prévia mostraram preferência para as caras tristes.
Carriere, Cheyne, & Smilek (2008).	304 estudantes universitários	MAAS, MFS, BPS, BDI ARCES	Mediação dos erros da atenção na relação entre lapsos de atenção e falhas de memória.
Dennis, Chen, & McCandliss (2008).	63 indivíduos.	STAI. Tarefas de atenção (ANT).	Enviesamentos da atenção relacionados com a ameaça.
Wells & Beevers (2009).	34 estudantes com sintomatologia depressiva ligeira a moderada	BDI POFA	O treino da atenção permite reduzir a sintomatologia depressiva.
Leyman, Raedt, & Koster (2009).	14 indivíduos sem diagnóstico 14 indivíduos com Perturbação Bipolar na fase depressiva.	CrITÉrios de diagnóstico do DSM-IV. BDI, IDDL, MDQ, STAI Tarefas de atenção.	Déficis atencionais numa fase muito inicial dos enviesamentos.
Lo, Ho, & Hollon (2010).	72 estudantes universitários	BDI-II, VAS, ASQ	A ruminação interage com sintomatologia depressiva, prevendo os estilos atribucionais negativos.

Nota: DM= Depressão Major; BDI= Beck Depression Inventory; IDD-L= Inventory to Diagnose Depression-Lifetime; POMS= Profile of Mood States; SCID= Structured Clinical Interview for DSM Disorders; IAPS= International Affective Picture System; STAI= State-Trait Anxiety Scale; WAIS= Wechsler Adult Intelligence Scale; MAAS= Self Report Measures of Attention Lapses; MFS= Memory Failures Scale; BPS= Boredom Proneness Scale; ARCES= Attention Related Cognitive Errors; STAI= State-Trait Anxiety Inventory; ANT= Attention Network Test; POFA= Pictures of Facial Affect; MDQ= Mood Disorder Questionnaire, VAS= Visual Analogue Scale; ASQ= Attributional Style Questionnaire.

De acordo com Gotlib e Joormann, 2010, a depressão pode caracterizar-se pela dificuldade de distanciamento dos estímulos com conteúdo emocional negativo, pelo que o enviesamento na direcção de informação negativa pode não operar de igual forma para todos os aspectos da atenção selectiva, constituída por dois mecanismos: activação de informação relevante e selectiva e inibição activa da informação não selectiva irrelevante. A diferença entre estes dois mecanismos atencionais pode explicar as dificuldades em desviar a atenção destes estímulos negativos e, consequentemente, o aumento da elaboração de material negativo, uma vez que, na depressão, estes mecanismos inibitórios apresentam uma forma disfuncional de processar os estímulos negativos (Joormann, 2009).

3.3.2. Enviesamentos da Memória

A capacidade de armazenar e recuperar informação relevante tem, também, mostrado estar relacionada com as perturbações emocionais e, especificamente, com a sintomatologia depressiva. Gotlib e Joormann (2010), numa revisão da literatura acerca de vários estudos científicos neste âmbito, concluíram sobre a existência de evidências sobre os enviesamentos da memória nos processos da depressão, sendo uma das questões mais evidentes a preferência na recordação de memória associada a estímulos negativos em oposição aos positivos, bem como a recuperação de memórias generalizadas (Wells et al., 2010).

De acordo com McNally (1997), este tipo de enviesamentos da memória em pessoas com depressão é evidente, com os indivíduos que sofrem de depressão a apresentarem, habitualmente, défices na memória explícita, no que respeita a material ou informação positiva e à recuperação de material de conteúdo negativo relevante para o próprio. Segundo Walker, Skowronski e Thomson, (2003), os indivíduos recordam mais acontecimentos agradáveis que desagradáveis e os afectos relacionados com estes últimos desaparecem de forma tendencialmente mais rápida que os afectos ligados a experiências positivas; nesse sentido, a depressão ligeira origina um enviesamento desta informação emocional, facilitando a retenção de informação negativa.

O Quadro V apresenta resumidamente os resultados dos principais estudos experimentais neste âmbito.

Quadro V- Estudos acerca dos enviesamentos da memória

Referências	Amostra	Tarefas e Estímulos	Resultados principais
Kuyken & Dalgleish (1995).	33 Pacientes deprimidos 33 grupo de controlo	BDI Paradigma de palavras de valência positiva e negativa que servem de pistas para gerar memórias.	Sintomatologia depressiva relacionada com dificuldade em gerar memórias específicas. Sem diferenças no tempo de latência da recuperação.
Fernández-Rey, & Madrid (2002).	Amostra 1: 152 indivíduos Amostra 2: 184 estudantes	BDI Tarefa de decisão lexical Tarefa de facilitação subliminal, mascarada.	Enviesamentos da memória implícita indicadores de vulnerabilidade cognitiva para a depressão.
Ridout, Astell, Reid, Glen, & O'Carroll (2003).	16 indivíduos com DM 16 indivíduos sem DM actualmente 10 indivíduos sem psicopatologia	Tarefas de decisão de emoções faciais. Tarefa de reconhecimento de emoções faciais Teste Spot-the-world.	Ausência de diferenças na identificação de expressões faciais emocionais. Utentes com DM com enviesamento da memória em expressões faciais negativas (tristes).
Joormann, & Siemer (2004).	1º estudo- 119 estudantes de psicologia 2º estudo- 147 estudantes.	CES-D Tarefa de indução de humor, manipulação da resposta e reconhecimento de pistas	Disforia associada a redução da capacidade para usar a incongruência do humor na reparação de pistas negativas
Dalgleish, Spinks, Golden, & Toit (2004).	21 e 14 participantes respectivamente	HRSD- SAD, STAI, ASQ Tarefas de recordação e endosso de adjectivos	Não foi obtido um enviesamento da memória para material negativo.
Lim, & Kim (2005).	30 Indivíduos com DM, 33 com PP e 25 com PS 33 sem psicopatologia	Tarefas de Stroop, de identificação e evocação livre. BDI; STAI	Interferência supra liminar para palavras de valência negativa.
Halberstadt (2005).	1º Estudo: 177 adultos, estudantes 2º, 3º e 4º Estudos: 205, 74 e 70 adultos	Tarefa de indução de estímulos faciais	Prejuízo na memória de reconhecimento pela verbalização de estímulos negativos.
Crane, Bogner, Brown, & Gallo (2007).	355 Indivíduos	SF-36; MMSE; FAS; HVLT; CES-D; BHS; CIDI e MFQ.	Relação da sintomatologia depressiva com as queixas subjectivas de memória.
Spinhoven, Bockting, Kremers, Schene, & Williams (2007).	11 indivíduos eutímicos e 82 sujeitos com Perturbação da Personalidade Estado-Limite..	DAS-A; AMT; YSQ	Menor recuperação de memórias autobiográficas específicas em resposta a palavras-chave coincidentes com atitudes ou esquemas relevantes no grupo clínico.
Serrano, Latorre, & Gatz (2007).	185 indivíduos com idades superiores a 60 anos, 95 dos quais com sintomatologia depressiva.	CES-D; MMSE; AMT.	Maior sobregeneralização para palavras negativas, mais memórias generalistas, maiores tempos de latência e recordação de palavras negativas no grupo clínico.
White, Ratcliff, Vasey, & McKoon, (2009).	1º Estudo: 19 indivíduos não disfóricos e 19 disfóricos. 2ª e 3ª Estudos: 41 não disfóricos e 41 disfóricos.	CES-D. -Tarefas de decisão lexical e reconhecimento.	Os indivíduos não disfóricos mostraram a existência de memória preferencial para palavras positivas.
Fritzsche, Dahme, Gotlid, Joormann, Magnussen, Watz, Nutzinger, & Leupoldt (2010).	20 Indivíduos com DM 20 Indivíduos com um ED 20 com asma e sem ED 20 sem psicopatologia.	CIDI; BDI; BAI; BSI, SRET. Dot Probe: expressões faciais emocionais. Tarefa de Stroop	Os indivíduos com DM e ED demoraram mais tempo lemtos e recordaram mais palavras negativas.

Nota: DM= Depressão Major; PP= Perturbação de Pânico; PS= Perturbação Somatoforme BDI = Beck Depression Inventory; CES-D= Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; HRSD-SAD=Hamilton Rating Scale for Depression-Seasonal Affective Disorder; ASQ= Attributional Style Questionnaire; STAI= State-Trait Anxiety Inventory; SF-36= Short Form Health Survey; MMSE= Mini Mental State Examination; FAS= Oral Word Association Test ; HVLT= Hopkins Verbal Learning Task; CES-D= Self Report Depression Scale; BHS= Beck Hopelessness Scale; CIDI= Composite International Diagnostic Interview; MFQ= Memory Functioning Questionnaire; DAS-A= Dysfunctional Attitude Scale Form A; AMT= Autobiographical Memory Test; YSQ= Young Schema Questionnaire; BAI= Beck Anxiety Inventory; BSI= Brief Symptom Inventory; SRET= Self Referential Encoding and Incident Recall Task; ED= Episódio depressivo.

Estes estudos, realizados com amostras clínicas, sub-clínicas e não clínicas, e com diferentes tarefas e tipos de estímulos, demonstraram, no geral, a existência de enviesamentos da memória explícita e implícita em indivíduos com depressão, embora esteja por demonstrar a especificidade das pistas envolvidas nos mesmos.

Segundo Tran (2008) e Hertel e Brozovich (2010), os enviesamentos da memória representam o tipo de enviesamento mais consistente na depressão, suportando a ideia de que os indivíduos com esta perturbação clínica apresentam uma memória com facilitação da informação negativa, que pode, de acordo com Hertel e Brozovich (2010), ser devido ao papel desempenhado pelos processos de ruminação (acerca dos acontecimentos negativos e do próprio) no processo da memória na depressão e afectar a regulação emocional (Joormann, LeMoult, Hertel, & Gotlib, 2009).

Nesse sentido, Joormann (2009), propõe que a especificidade reduzida seja o resultado dos défices no controlo e inibição executiva, ou seja, resulte da existência de enviesamentos nos processos atencionais, os quais originam um empobrecimento das estratégias de pesquisa da informação armazenada na memória e/ou dificuldades na inibição de respostas inadequadas.

3.3.3. Enviesamentos da Interpretação

A resolução da ambiguidade é uma parte integrante do quotidiano, com a apresentação sistemática e recorrente de diversos estímulos a todos os sentidos (Blanchette, e Richards, 2009) estando a forma como esta informação é interpretada, em muitas circunstâncias, dependente do estado de humor. Desde este ponto de vista, a capacidade para interpretar de forma adequada determinados estímulos que podem ter consequências negativas é crucial para um funcionamento adaptativo.

Para Mathews e MacLeod (2005), os enviesamentos da interpretação, por oposição aos enviesamentos da memória e da atenção, são comuns a quase todas as perturbações emocionais. Contudo Gotlib e Joormann (2010), numa revisão da literatura acerca de vários estudos que analisaram os enviesamentos da interpretação em populações clínicas e não clínicas, concluíram que os resultados são ambíguos, defendendo a necessidade de mais estudos nesta área da depressão.

O Quadro VI apresenta de forma resumida os principais resultados obtidos nos estudos experimentais especificamente desenvolvidos neste âmbito.

Uma vez mais, os estudos realizados demonstram, independentemente do tipo de amostras (clínicas, sub-clínicas ou não clínicas), e do tipo de estímulos utilizados a existência de enviesamentos da interpretação, no sentido da interpretação negativa, congruente com o estado de humor, de informação ambígua.

Assim, em indivíduos com depressão, existe uma tendência para interpretar de forma negativa e ameaçadora estímulos neutros e, ainda, segundo Mathews e MacLeod (2005), Tran (2008), Blackwell e colaboradores (2010), para interpretar estímulos positivos como sendo negativos.

Estes dados foram comprovados pelos resultados obtidos por Tran (2008), num estudo realizado com o objectivo de modificar a interpretação de situações ambíguas e o efeito desta modificação na vulnerabilidade emocional e na memória, tendo os resultados obtidos apontado para a existência de implicações positivas para o efeito da manipulação positiva dos enviesamentos da interpretação sobre o humor, bem como sobre a vulnerabilidade emocional e a memória. Ainda, num estudo realizado com o objectivo de analisar os efeitos da manipulação na interpretação e as suas consequências nas memórias posteriores, Tran et al., (2010) obtiveram resultados que comprovaram a sua eficácia na indução de enviesamentos da interpretação, com os participantes do estudo a demonstrarem enviesamentos da memória no sentido esperado.

Apesar da necessidade de replicação, estes resultados parecem demonstrar a existência de uma relação entre os enviesamentos da interpretação e os enviesamentos da memória e, em segunda instância, de uma relação entre os processos associados à modificação, que indica que a modificação dos enviesamentos da interpretação pode contribuir para facilitar a modificação dos enviesamentos da memória.

Quadro VI- Estudos acerca dos enviesamentos da interpretação

Referências	Amostra	Tarefas e Estímulos	Resultados principais
Rude, Wenzlaff, Gibbs, Vane, & Whitney (2002).	339 indivíduos	BDI; IDD-L; WBSI; SST	Os enviesamentos cognitivos precedem e concorrem para o surgimento da sintomatologia depressiva. A supressão de pensamentos contribui para a vulnerabilidade cognitiva para a depressão.
Lawson, MacLeod, & Hammond (2002).	2 ensaios com 36 e 54 participantes.	Tarefas com estímulos auditivos.	O reflexo do “ piscar de olho ” altera-se em função da valência interpretativa dos estímulos ambíguos, que são interpretados negativamente, concorrendo para a vulnerabilidade à depressão.
Baudouin, & Tiberghien (2002).	48 adultos	14 Conjuntos de faces mistas compostas com diferentes graus.	A categorização prévia da face durante o processo de reconhecimento acelera os processos de comparação entre a sua apresentação e representação.
Kan, Mimura, Kamijima, & Kawasura (2004).	16 Indivíduos com DM 20 Indivíduos sem DM	DSM-IV; HDRS; SDS; MMSE. Estímulos faciais	Pacientes deprimidos tendem a interpretar expressões faciais de forma negativa.
Dunn, Dalgleish, Lawrence, Cusack, & Ogilvie (2004).	25 indivíduos com DM 25 sem psicopatologia	SCID; HDRS; BDI. -IAPS	Indivíduos com DM apresentam uma redução da excitação, prazer e felicidade em resposta a imagens positivas, não existindo diferenças entre grupos na resposta a estímulos negativos.
Wang, Brennen, & Holte (2005).	61 indivíduos com DM 42 com DM em remissão 46 sem Dn eyeyeM	BDI; PDQ; DAS; DACL; PEQ. Tarefas de escolha de auto afirmações.	Os indivíduos sem DM preferem auto-afirmações positivas. Os indivíduos com DM em remissão mostraram preferências que variaram em função das atitudes disfuncionais e sintomas disfóricos.
Gupta, & Kar (2008).	10 indivíduos com DM 10 indivíduos em remissão 10 indivíduos sem DM.	HDRS, GHQ, CBQ	Apesar da redução da gravidade da sintomatologia depressiva, os erros cognitivos são mantidos durante a remissão da depressão e podem estar na base da vulnerabilidade de recorrência.
Strunk, & Adler (2008).	85 Estudantes universitários	SCID BDI-II; HDRS Life Event Task; Personal computer task; Intelligent quotient task	A depressão está associada a vieses pessimistas, tendo a gravidade da sintomatologia depressiva estado relacionada com o maior grau de enviesamento. Participantes com maiores níveis de sintomatologia depressiva mostraram mais pessimismo nas três tarefas de julgamento.
Gollan, Pane, McCloskey, & Coccaro (2008).	37 indivíduos com DM 29 sem psicopatologia	SCID. BDI-II; HDRS IAPS	A depressão tem efeitos na percepção da intensidade de estímulos negativos, atrasa a velocidade de processamento da informação triste e enviesa a interpretação de faces neutras como tristes.

Nota: DM= Depressão Major; BDI= Beck Depression Inventory; IAPS= International Affective Picture System; IDD-L= Inventory to Diagnose Depression Lifetime; WBSI= White Bear Suppression Inventory; SST= Scrambled Sentences Test; DSM-IV= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition; HDRS= Hamilton Depression Rating Scale; GHQ= General Health Questionnaire; CBQ= Childrens Behaviour Questionnaire; SDS= Zung Self Rating Depression Scale; MMSE= Mini Mental State Examination; HDRS= Hamilton Depression Rating Scale; SCID= Structured Clinical Interview for DSM Disorders; PDQ= Previous Depression Questionnaire; DAS-Form A= Dysfunctional Attitude Scale Form A; DACL-Form E= Childrens Depression Adjective Check List; PEQ= Post Experimental Questionnaire; BDI-II= Beck Depression Inventory II.

Deste modo, torna-se necessário considerar os enviesamentos da interpretação a diferentes níveis dos processos atencionais, relacionados com os enviesamentos da atenção «Online» e «Offline», respeitando os primeiros às inferências ou interpretações feitas perante o surgimento de estímulos ambíguos e os segundos aos julgamentos previamente efectuados, respectivos à ambiguidade interpretativa do passado ou do futuro (Mathews, & MacLeod, 2005).

3.4. Esquemas Maladaptativos Precoces

Os esquemas apresentam uma base cognitiva e têm como principal objectivo a organização das experiências individuais, estando directamente relacionados com os processos cognitivos de codificação, avaliação e processamento das respostas a dar a determinada situação (Cláudio, 2009). Enquanto construtos cognitivos, os esquemas permitem uma melhor compreensão da psicopatologia, em particular da depressão (Oei, & Baranoff, 2007; Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995) e da ansiedade (Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002).

Na depressão, os esquemas, que podem ser maladaptativos ou condicionais (Rijkeboer & Bergh, 2006), contribuem para a manutenção de pensamentos negativos apesar das evidências positivas, na medida em que são activados por estímulos existentes em qualquer situação que, dessa forma, é interpretada de forma negativa (Beck, et al., 1979). De acordo com Joormann (2009), estes esquemas incluem temas como a perda, a separação, o fracasso e sentimentos de inutilidade e rejeição. Em consequência destes conteúdos, os indivíduos com depressão apresentam enviesamentos na forma como descodificam os estímulos do meio ambiente e interpretam estes estímulos ambíguos de forma congruente com os seus esquemas. Dada a sua estabilidade, estes esquemas têm uma validade muitas vezes superior à própria depressão podendo, posteriormente, servir como factores de vulnerabilidade para a recaída ou recorrência da mesma.

Deste modo, quando estes esquemas são activados por acontecimentos de vida geradores de stress, geram-se cognições específicas negativas que se traduzem em pensamentos automáticos, os quais estão, quase sempre, relacionados com pontos de vista negativos acerca de si do mundo e do futuro, mantendo presente o humor deprimido através dum ciclo vicioso entre pensamento negativo e efeito negativo (Joormann, 2009). Esta noção de esquema é completada pela ideia de que estes esquemas actuam como «templates» não só para a percepção como para áreas da codificação, armazenamento e recolha de informação (Cláudio, 2009; Stopa, & Waters, 2005).

Estudos realizados por Davis e Unruch (1981) e Woolfolk, Novalany, Gara, Allen, e Polino (1995), demonstraram a existência de esquemas constitutivos do «self», em indivíduos com depressão de curta duração, que, se tornam mais estáveis à medida que a depressão se

mantém, contribuindo fortemente para a sintomatologia depressiva, bem como para um pior prognóstico e recuperação da depressão.

Num estudo realizado com o objectivo de avaliar a relação entre as atitudes disfuncionais e os esquemas cognitivos em utentes com perturbação bipolar em fase de mania e em pacientes unipolares, Goldberg, Gerstein, Wenze, Welker, e Beck (2008), obtiveram resultados que demonstraram que os indivíduos com perturbação bipolar mostraram mais crenças centrais do que os indivíduos deprimidos e os do grupo de controlo. Já Cláudio, em 2009, refere que, em comparação com indivíduos sem psicopatologia, os indivíduos com depressão apresentam diferenças nos seis domínios de esquemas maladaptativos e, em comparação com os indivíduos com perturbação de pânico, apresentam mais esquemas que envolvem os domínios da indesejabilidade e redução da auto-expressão, os quais parecem ser caraterísticos desta perturbação, estando associados à relação com os outros e reflectindo um «self» negativo e a tríade cognitiva caraterística da depressão.

3.5. Conclusão

A análise dos processos cognitivos na depressão é fundamental para a compreensão dos factores associados ao seu desenvolvimento, manutenção e modificação. Os estudos realizados neste âmbito demonstraram a importância dos diferentes construtos postulados pela teoria cognitiva de Beck, enquanto processos associados à depressão. Especificamente, a existência de enviesamentos no processamento de informação e a sua relação com a sintomatologia depressiva tem sido demonstrada em diversos estudos que, apesar da utilização de diferentes metodologias, demonstram a importância dos processos atencionais, de memória e interpretativos no processamento de informação emocionalmente relevante para esta perturbação emocional. No entanto, os estudos que analisam as relações conjuntas e as interacções entre os diferentes tipos de enviesamentos e, em particular, as suas relações com os outros processos e produtos cognitivos são escassos, pelo que a análise destas relações, em particular em amostras clínicas, é da maior relevância para a compreensão dos factores implicados na depressão.

Capítulo 4.

Estudo Empírico: Processos Cognitivos em Adultos com Depressão Major

4.1. Pertinência do Estudo

A depressão constitui um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, dadas as suas consequências a nível individual, social e familiar.

De entre os diversos factores que, da revisão da literatura realizada, parecem estar associados à sua etiologia, manutenção e modificação, os processos cognitivos assumem uma relevância fundamental, na medida em que podem influenciar de forma diferencial a eficácia dos tratamentos psicológicos implementados com vista à redução da sintomatologia depressiva.

Deste modo, a compreensão adequada dos processos subjacentes e consequentes relacionados com os enviesamentos no processamento de informação pode contribuir para um diagnóstico mais objectivo e fidedigno da depressão e, em consequência, possibilitar o desenvolvimento e implementação de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes em indivíduos com este tipo de problemas emocionais, dirigidas a processos cognitivos específicos.

4.2. Objectivos

O presente estudo teve como principal objectivo a análise dos processos cognitivos relacionados com os enviesamentos da atenção, memória e interpretação, dos esquemas maladaptativos e dos pensamentos automáticos negativos em adultos com Depressão Major.

Foram objectivos específicos do presente estudo:

- A análise das diferenças entre os indivíduos com Depressão Major e os indivíduos sem Depressão Major no que respeita aos enviesamentos no processamento de informação social, a nível da atenção, memória explícita e implícita, e interpretação;
- No grupo de indivíduos com Depressão Major, a análise das relações entre os esquemas maladaptativos, os enviesamentos no processamento de informação e os pensamentos automáticos negativos com a sintomatologia depressiva, e
- A análise do papel mediador dos enviesamentos cognitivos e dos pensamentos automáticos negativos na relação entre os esquemas e a sintomatologia depressiva.

4.3. Hipóteses

Com base nos objectivos específicos anteriormente descritos, e tendo em consideração os resultados obtidos nos estudos descritos na revisão da literatura, foram formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

- Os indivíduos com Depressão Major apresentam enviesamentos no processamento da informação social, a nível da atenção, memória e interpretação, em comparação com os indivíduos sem Depressão Major.
- Os indivíduos com Depressão Major que relatem mais sintomatologia depressiva, relatam também mais pensamentos automáticos negativos e mais enviesamentos cognitivos.

Capítulo 5.

Método

5.1 Participantes

A amostra do presente estudo ficou composta por 60 indivíduos adultos, que foram distribuídos por dois grupos: um grupo clínico², composto por 30 indivíduos que recorreram ao Departamento de Saúde Mental do CHBA e que cumpriam critérios para diagnóstico de Depressão Major segundo a classificação Americana (APA, 2002), e um grupo não clínico³, composto por 30 indivíduos sem qualquer diagnóstico clínico.

O Quadro VII mostra os resultados obtidos pela avaliação das características sócio-demográficas em cada um dos grupos, bem como os resultados dos testes de associação entre variáveis, Qui-quadrado, e de diferença de médias, t de Student, para amostras independentes.

Quadro VII- Características sócio-demográficas da amostra por grupos

	Grupo não Clínico		Grupo clínico		χ^2
	N	%	N	%	
Género					.000
Masculino	3	10	3	10	
Feminino	27	90	27	90	
Profissão ⁴					11,53*
Técnico Superior	4	30,8	5	35,7	
Técnico			4	28,6	
Ajudante Técnico	8	61,5	1	7,1	
Operário Especializado			1	7,1	
Operário não especializado	1	7,7	3	21,4	
Estado Civil					30,40***
Solteiro	28	93,3	7	23,3	
Casado/União de Facto	2	6,7	18	60	
Divorciado			5	16,7	
Religião					4,57
Católica	23	95,8	26	86,7	
Protestante	1	4,2			
Budista			1	3,3	
Ateu			2	6,7	
Testemunha de Jeová			1	3,3	
	Grupo não clínico		Grupo clínico		T
	M	DP	M	DP	
Idade	26,17	4,60	40,03	12,13	-9,23***
Escolaridade	15,71	2,26	9,87	4,86	5.95

Nota: * $p \leq .05$; *** $p \leq .001$.

² Inicialmente composto por 36 participantes, dos quais foram excluídos 6, por não terem completado todo o protocolo de avaliação.

³ Retirado da amostra do estudo sobre Processos Cognitivos e Interpessoais na Depressão, a decorrer, e emparelhado por géneros, com o grupo clínico.

⁴ Categorização baseada no Índice de Graffar.

Em cada um dos grupos, a distribuição por género foi equivalente, com 3 indivíduos do género masculino e 27 do género feminino. Independentemente do grupo, a religião predominante foi a Católica.

Foi, no entanto, obtida uma associação estatisticamente significativa entre o tipo de grupo (clínico versus não clínico) e as variáveis sócio-demográficas relativas à profissão, $\chi^2 = 11,53$, $gl = 4$, $p = ,021$, e ao estado civil, $\chi^2 = 30,40$, $gl = 2$, $p = ,0001$. A maior parte dos participantes do grupo não clínico eram solteiros e desempenhavam funções ao nível profissional de ajudante técnico enquanto que a maior parte dos participantes do grupo clínico eram casados ou viviam em união de facto, e desempenhavam funções ao nível de técnico e técnico superior.

Os dois grupos mostraram também diferir significativamente no que respeita à idade, $t = -9,23$, $gl = 37$, $p = ,0001$, e à escolaridade, $t = -5,95$, $gl = 41$, $p = ,0001$. No grupo clínico, os participantes tinham idades que variavam entre os 25 e os 67 anos ($M = 26,17$; $DP = 4,60$) e no grupo não clínico as idades variaram entre os 20 e os 40 anos de idade ($M = 40,03$; $DP = 12,13$). No que respeita aos anos de escolaridade, o grupo não clínico apresentou valores que variaram entre os 12 e os 20 anos de escolaridade ($M = 15,70$; $DP = 2,26$), enquanto no grupo clínico os valores rondaram entre os 4 e os 18 anos de escolaridade ($M = 9,87$; $DP = 4,86$).

Especificamente, no grupo clínico, a maior parte dos participantes relatou seguir um tratamento farmacológico (90%), com prescrição de anti-depressivos (86,7%), e/ou psicológico (80%). O diagnóstico foi feito, em média, há 66,3 meses ($DP = 105,13$, variando entre os 2 meses e os 35 anos) e a avaliação do seu funcionamento global, através de hetero-avaliação (Escala de Avaliação do Funcionamento Global, APA, 2002) variou entre 50 e 80 ($M = 66,7$; $DP = 7,5$).

5.2. Instrumentos

O protocolo construído para o presente estudo foi composto por um conjunto de medidas de auto-avaliação, destinadas a avaliar a sintomatologia depressiva, os pensamentos automáticos negativos e os esquemas maladaptativos, e por um conjunto de tarefas,

desenvolvida no estudo anteriormente referido, com vista à avaliação dos enviesamentos da atenção, memória e interpretação.

5.2.1. Medidas de Auto-Avaliação

5.2.1.2. Sintomatologia Depressiva

Auto avaliada através do Beck Depression Inventory (BDI; Beck, 1961; versão Portuguesa de Carvalho, Faria, Gaspar, Ramalho, Baptista, Barradas, & Stevens, 2004), um questionário de auto-avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva em adolescentes e adultos, sendo uma das medidas de avaliação da depressão mais utilizada para avaliação da gravidade da sintomatologia depressiva em populações clínicas e não clínicas. O BDI é composto por 21 itens, com um formato de resposta numa escala ordinal de quatro pontos (0. *Ausência de sintomatologia*; 3. *Sintomatologia extrema*). A medida permite obter um resultado total que oscila entre zero e 63. Notas mais elevadas são indicadores de maior intensidade da sintomatologia depressiva.

São diversos os estudos realizados com o objectivo de analisar as qualidades psicométricas do BDI. Os resultados obtidos pelo estudo da sua fidelidade mostram valores de consistência interna, α de Cronbach, entre .86 e .95 em amostras clínicas e entre .78 e .95 em amostras não clínicas. Em termos da sua estabilidade temporal, foram obtidos valores entre .48 e .82 em amostras clínicas, e entre .60 e .90 em amostras não clínicas, com a variação na estabilidade a ser explicada pelos períodos temporais avaliados. A medida mostrou ter validade concorrente e de critério, apresentando correlações fortes com outras medidas de avaliação da depressão, associando-se também com as avaliações clínicas da depressão em amostras clínicas e não clínicas.

Num dos estudos realizados na população Portuguesa, Carvalho et al., (2004), obtiveram um valor de consistência interna, α de Cronbach, igual a .94 para o total da sintomatologia depressiva numa amostra clínica, e a medida mostrou ter validade concorrente com uma medida de auto-avaliação da ansiedade e da depressão. Neste estudo, ficou ainda demonstrado que o BDI foi independente da desejabilidade social

5.2.1.2. Pensamentos Automáticos Negativos

Auto-avaliados através do Automatic Thoughts Questionnaire – Revised (ATQ-R, Kendal, 2008), uma medida de avaliação da frequência da ocorrência dos pensamentos automáticos negativos e positivos relacionados com a depressão em adultos na semana anterior à avaliação. O ATQ-R é constituído por trinta afirmações negativas e dez afirmações positivas, com um formato de resposta numa escala de tipo Likert de cinco pontos (0. *Nunca*; 1. *por vezes*; 2. *Moderadamente*; 3. *Frequentemente*; 4. *Sempre*). A medida permite obter dois resultados, um para os pensamentos automáticos negativos e outro para os pensamentos automáticos positivos, que variam entre zero e 30 e 40, respectivamente. Resultados mais elevados em cada uma das dimensões são indicadores de maior frequência do tipo de pensamentos automáticos avaliados.

As suas qualidades psicométricas na versão original (composta apenas pela dimensão dos pensamentos automáticos negativos) mostraram ser adequadas, tendo sido obtido um valor de consistência interna, α de Cronbach, igual a .98 para os pensamentos automáticos negativos, que variou entre .89 e .91 em diferentes amostras clínicas (Harrell, & Ryon, 1983). De acordo com Nezu, Ronan, Meadows, e McClure, (2000), a medida apresenta validade de critério, discriminando indivíduos com depressão clínica de indivíduos sem depressão e com outras formas de psicopatologia. Dado que as qualidades psicométricas da versão Portuguesa da medida não estão, ainda disponíveis, os valores de fidelidade foram alvo de análise no presente estudo, sendo apresentados na secção dos resultados.

5.2.1.3. Esquemas Maladaptativos

Auto-avaliados através do Questionário de Esquemas – Versão Reduzida (SQ-SF, Young, & Brown, 1989; versão Portuguesa de Gouveia, 2008), cujo principal objectivo é a avaliação dos esquemas precoces maladaptativos. O SQ-SF é composto por 123 questões, que englobam 15 esquemas, os quais se agrupam, por sua vez, em 5 domínios de esquemas: Rejeição, Autonomia e Desempenho, Hipervigilância/Inibição, Dirigidos aos Outros e Limites. Cada um dos itens é respondido através de uma escala de seis pontos (1. *Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser*; 6. *Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente*). A medida permite obter uma nota para cada uma das dimensões dos esquemas que a compõem, bem como uma nota

para cada um dos domínios. Notas mais elevadas são indicadoras de mais esquemas maladaptativos nos domínios em avaliação.

Os estudos realizados acerca das suas qualidades psicométricas têm evidenciado valores adequados de consistência interna para as 15 dimensões dos esquemas. A medida apresenta também validade de construto, através das dimensões dos esquemas maladaptativos com o desenvolvimento de sintomas psiquiátricos (Lachenal-Chevallet, Mauchand, Bouvard, & Martin, 2006; Waller, Meyer, & Ohanian, 2001; Schmidt et al., 1995; Wellburn, et al., 2002). Num estudo realizado por Stopa, Thorne, Waters, Preston, e (2001), as duas versões do questionário, original e reduzida, mostraram valores de fidelidade e validade semelhantes.

5.2.2. Tarefas

5.2.2.1. Enviesamentos da Atenção

Avaliados através de uma tarefa de Stroop modificado, composta por 54 estímulos (palavras), nove por cada categoria: ameaça social, ameaça física, passivas, agressivas, positivas e neutras. As palavras foram seleccionadas a partir do estudo prévio anteriormente mencionado e, em cada categoria, foi utilizado um número igual de substantivos, adjetivos e verbos, emparelhados em função do número de sílabas, e do seu uso na língua portuguesa. Alguns exemplos dos estímulos utilizados podem ser observados no Quadro VIII.

Quadro VIII- Enviesamentos da atenção: Exemplos de estímulos.

AMEAÇA SOCIAL	AMEAÇA FÍSICA	NEGATIVAS	POSITIVAS	NEUTRAS	AGRESSIVAS
HUMILHAR	CONTAMINAR	DESISTIR	ADMIRAR	ENGOMAR	ESPEZINHAR

De modo a controlar os efeitos de aprendizagem e da cor associada ao significado das palavras, cada palavra foi apresentada três vezes, em cada uma de três cores: verde, encarnado e azul. Durante a tarefa, os participantes sentaram-se a cerca de 50 centímetros do monitor do PC. Após seis ensaios para treino utilizando palavras neutras, os 162 estímulos foram apresentados por ordem aleatória, com um tempo máximo de apresentação igual a 5

segundos e com um intervalo inter-ensaios igual a 2,5 segundos. Cada palavra foi apresentada separadamente no centro do ecrã, tendo sido pedido aos participantes que pressionassem, assim que possível, a tecla que correspondia à cor na qual a palavra era apresentada.

Esta tarefa permite obter dois resultados, um relativo aos tempos de reacção à nomeação da cor em cada uma das categorias e outro relativo à percentagem de erros na nomeação da cor dos estímulos. No presente estudo, foram excluídos os ensaios com erros e criados índices em função da valência emocional dos estímulos, aos quais foram subtraídos os estímulos neutros.

5.2.2.2. Enviesamentos da Memória Explícita e Implícita

Os enviesamentos da memória explícita foram avaliados através de uma tarefa de Recordação Livre e de uma tarefa de Reconhecimento de Palavras, enquanto que os enviesamentos da memória implícita foram avaliados através de uma tarefa de Completamento de Palavras.

Para este fim, foram inicialmente apresentados 54 estímulos, agrupados em seis categorias: ameaça social, ameaça física, passivas, agressivas, positivas e neutras. Uma vez mais, as palavras foram seleccionadas a partir do estudo prévio acima mencionado e, em cada categoria, foi utilizado um número igual de substantivos, adjectivos e verbos, emparelhados em função do número de sílabas, e do seu uso na língua portuguesa. Nenhuma das palavras apresentadas integrava os estímulos que avaliaram os enviesamentos da atenção. Alguns exemplos dos estímulos utilizados podem ser observados no Quadro IX.

Quadro IX - Enviesamentos da memória explícita: Exemplos de estímulos.

APRESENTAÇÃO					
AMEAÇA SOCIAL	AMEAÇA FÍSICA	PASSIVAS	POSITIVAS	NEUTRAS	AGRESSIVAS
CENSURAR	INTOXICAR	RESIGNAR	RESPEITAR	FUNCIONAR	ROUBAR

Uma vez mais, todas as palavras foram apresentadas por ordem aleatória no monitor do PC. Durante a tarefa, os participantes sentaram-se a cerca de 50 centímetros do ecrã, tendo

cada palavra sido apresentada durante 3,5 e 5 segundos, consoante se destinava à tarefa de reconhecimento ou completamento. Aos participantes, era pedido que prestassem atenção e lessem, em voz alta, as palavras que eram apresentadas. Após a apresentação dos estímulos, era pedido aos participantes para fazer uma contagem, por ordem decrescente (50, 48, 46, ...), durante dois minutos, de modo a controlar os efeitos de aprendizagem.

Posteriormente, na tarefa de reconhecimento, que incluiu 72 palavras, 12 por categoria (seis anteriormente apresentadas e seis novas), era pedido aos participantes que pressionassem a tecla “SIM” que indicava que a palavra era reconhecida como tendo sido previamente apresentada ou “NÃO”, indicando que a palavra não era reconhecida como não tendo sido previamente apresentada. O Quadro X mostra alguns exemplos dos estímulos utilizados na tarefa de reconhecimento.

Quadro X - Exemplos de estímulos utilizados na tarefa de reconhecimento.

AMEAÇA SOCIAL	AMEAÇA FÍSICA	PASSIVAS	POSITIVAS	NEUTRAS	AGRESSIVAS
REPROVAR	ASFIXIAR	DESAPARECER	ENCORAJAR	TACTEAR	ENFORCAR

A tarefa de Reconhecimento de Palavras permite obter quatro indicadores directos por categoria (ver Quadro XI) e quatro indicadores indirectos, relativos aos tempos de reacção no reconhecimento dos estímulos. No presente estudo, apenas os acertos foram alvo de análise, após a subtracção dos falsos alarmes, bem como os tempos de reacção.

Quadro XI - Acertos, falhas, falsos alarmes e respostas correctas.

Acertos	Falhas	Falsos alarmes	Respostas correctas
A palavra apresentada não foi reconhecida como tendo sido apresentada anteriormente.	A palavra apresentada foi reconhecida como tendo sido apresentada anteriormente.	A palavra não foi apresentada e não foi reconhecida como tendo sido apresentada.	A palavra não só não foi apresentada e não foi reconhecida como tendo sido apresentada.

Na tarefa de Completamento de Palavras, foi pedido aos participantes que completassem as letras em falta num conjunto de 18 palavras, três por categoria, de acordo

com duas condições, conteúdo emocional ou conteúdo neutro, uma das quais anteriormente apresentadas. Apenas as palavras completadas com letras que correspondiam às palavras anteriormente apresentadas foram tidas em consideração nas análises. O Quadro XII mostra alguns exemplos dos estímulos utilizados.

Quadro XII- Enviesamentos da memória implícita: Exemplos de estímulos

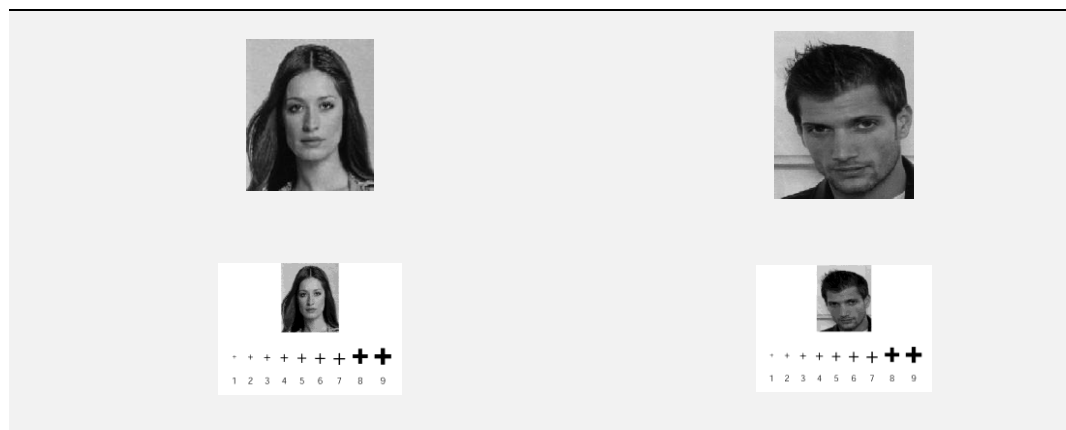
AMEAÇA SOCIAL	AMEAÇA FISICA	PASSIVAS	POSITIVAS	NEUTRAS	AGRESSIVAS
TRE_ _ R	_O_ RER	_ _ _AR	_ _NC_ _	MO_ _AR.	_A_ _ AR

Por fim, na tarefa de Recordação Livre, foi solicitado aos participantes que registassem numa folha, num período máximo de cinco minutos, todas as palavras que se recordavam de terem sido apresentadas anteriormente. Com base nestes resultados, foi constituído um índice relativo ao número de palavras correctamente recordadas, de entre as palavras apresentadas nas tarefas de avaliação da memória explícita.

5.2.2.3. Enviesamentos da Interpretação

Os enviesamentos da interpretação foram avaliados através de uma tarefa de Expressões Faciais Ambíguas. Os estímulos consistiam em 30 fotografias de expressões faciais masculinas e femininas, com nove por dez centímetros, previamente classificadas como ambíguas. As imagens, a preto e branco, foram recolhidas e seleccionadas a partir de diferentes fontes de informação e emparelhadas em função da faixa etária e características faciais, tendo sido apresentadas de forma aleatória durante cinco segundos. O Quadro XIII mostra alguns exemplos das expressões faciais apresentadas.

Quadro XIII- Enviesamentos da Interpretação: Exemplos de estímulos.



À semelhança das tarefas anteriores, todas as faces foram apresentadas por ordem aleatória no monitor do PC durante um tempo máximo de exposição de cinco segundos, com os participantes sentados a cerca de 50 centímetros do ecrã. A cada participante, foi pedido para pressionar a tecla que melhor correspondia à expressão facial que estava a ser apresentada, correspondente a uma expressão facial negativa (zangada ou triste) ou positiva (alegre) e, posteriormente, para avaliar a intensidade da emoção negativa ou positiva identificada, pressionando a tecla de um a nove (1. *Quase nada*; 9. *Extremamente*) correspondente à intensidade da expressão facial da emoção identificada.

Esta tarefa permite obter dois resultados, relativos ao número de expressões emocionais em cada categoria e à avaliação da intensidade das emoções, bem como aos respectivos tempos de reacção.

5.3.Procedimento

O pedido de consentimento informado aos participantes do grupo não clínico foi feito de forma directa, após a explicação dos objectivos do estudos e dos aspectos éticos de base ao mesmo, nomeadamente, anonimato, confidencialidade, liberdade de participação e desistência, e apropriabilidade do estudo.

No que respeita à amostra clínica, foi inicialmente solicitado ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, o pedido de consentimento informado para a recolha dos dados junto dos utentes do Serviço de Psiquiatria com diagnóstico, de Depressão Major. Posteriormente, aos participantes que foram seleccionados pelo Médico Psiquiatra e Psicólogas assistentes, foi, também solicitado o consentimento

informado para a participação no presente estudo, através da explicação dos objectivos do mesmo e dos aspectos éticos subjacentes, em particular, confidencialidade, liberdade de participação e desistência, e apropriabilidade do estudo.

Aos indivíduos que aceitaram participar no presente estudo foi solicitado, de forma contra-balançada, o preenchimento do questionário de auto-avaliação e o desenhamento nas tarefas para avaliação do processamento de informação.

O protocolo de investigação consistiu numa secção de dados sócio-demográficos (e clínicos no caso da amostra clínica) e num conjunto de questões destinadas à avaliação da satisfação com a vida e a sintomatologia depressiva (avaliados através do BDI e da avaliação dimensional dos critérios de diagnóstico do DSM). Especificamente, no grupo clínico, e tendo em consideração os objectivos do presente estudo, foi, ainda, recolhida informação a propósito dos pensamentos automáticos negativos (avaliados através do ATQ-R) e dos esquemas maladaptativos (avaliados através do SQ). O protocolo de avaliação pode ser observado no Anexo I.

A administração do protocolo de auto-avaliação foi feita individualmente, numa sala sem estímulos distractores, e demorou, 45 minutos, enquanto que as tarefas demoraram, em média aproximadamente, 30 minutos. Dado o tempo necessário para a recolha de dados, nos casos em que a administração das provas era mais demorada, optou-se por proceder a duas sessões de avaliação. Todas as provas foram administradas de forma contra-balançada, de modo a controlar o efeito da apresentação das provas e dos estímulos nos resultados que viessem a ser obtidos. Especificamente, no caso das tarefas, o contra-balanceamento foi feito de modo a que a tarefa de expressões faciais ambíguas fosse sempre apresentada entre as tarefas de Stroop e Reconhecimento/Completamento, por forma a reduzir o risco de contaminação entre tarefas. A tarefa de Recordação Livre foi sempre apresentada no final da administração do protocolo.

Com excepção da tarefa de Completamento de Palavras e da tarefa de Recordação Livre, as restantes tarefas foram administradas através de um PC (Pentium IV), com um ecrã a cores de 15 polegadas, permitindo, dessa forma, o registo directo das respostas. Os estímulos foram apresentados através de uma aplicação informática, o SuperLab para o Windows (Cedrus Corporation, 2002).

Independentemente das tarefas, em cada um dos ensaios, era previamente apresentado um ecrã branco, durante um segundo, seguido de um ponto preto, apresentado no centro do ecrã, durante 500 milissegundos, com o objectivo de facilitar o foco da atenção. No início de cada tarefa, eram apresentadas as instruções da mesma, as quais eram, ainda, lidas em voz alta pelo experimentador, de modo a esclarecer eventuais dúvidas.

Capítulo 6.

Resultados

De modo a testar as hipóteses em estudo, os resultados principais apresentados neste capítulo obtidos foram agrupados em três subcapítulos, relativos às comparações entre grupos (clínico versus não clínico), correlações entre variáveis (grupo clínico) e ao teste de dois modelos mediadores (grupo clínico versus grupo não clínico).

Dado que a medida de auto-avaliação dos pensamentos automáticos negativos, o «Automatic Thoughts Questionnaire – Revised» não foi, até ao momento, alvo de análise das suas qualidades psicométricas na população Portuguesa e uma vez que é a única medida de auto-avaliação utilizada sem adaptação à nossa população, procedeu-se a análise da consistência interna das dimensões que o compõem. O Quadro XIV mostra os valores de consistência interna e homogeneidade obtidos para cada uma das dimensões da medida, os quais demonstraram ser adequados.

Quadro XIV- Análise de consistência interna do ATQ-R

	α de Cronbach	Correlações medias entre itens	Correlação item-total
Pensamentos Automáticos Negativos (30 itens)	.91	.50	.42 - .75
Pensamentos Automáticos Positivos (10 itens)	.94	.36	.33 - .80

São, seguidamente, apresentados os resultados das estatísticas descritivas relativos aos auto-relatos que foram alvo de comparação entre os dois grupos (indicadores da sintomatologia depressiva e satisfação com a vida) e, especificamente, os dados relativos à distribuição das variáveis em análise, que se assemelha à da curva normal (Kline, 1998) e justifica a utilização de estatísticas paramétricas.

Quadro XV- Estatísticas descritivas relativas aos auto-relatos

	M	DP	Amplitude	Assimetria	Curtose
Nota total do BDI	11,48	13	0 - 48	.82	-.56
Crítérios do DSM	14.23	12.11	0 - 36	.09	-1.146
Satisfação com a vida	20.73	8.74	5 - 33	.48	-1.19

Dada a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em algumas das variáveis sócio-demográficas avaliadas (estado civil, idade e escolaridade), as mesmas foram alvo de análises específicas com vista à avaliação do seu efeito sobre os resultados obtidos. A associação entre o estado civil e os indicadores da sintomatologia depressiva não foi estatisticamente significativa, à semelhança da correlação entre a escolaridade e estes indicadores, pelo que apenas a idade foi considerada como possível fonte de co-variância nas comparações entre grupos cujos resultados são, seguidamente, apresentados.

6.1. Comparações entre grupos

As comparações entre grupos (clínico versus não clínico) para os auto-relatos (sintomatologia depressiva e satisfação com a vida) foram estudadas através de análises univariadas de covariância enquanto que as comparações entre os grupos para os indicadores dos enviesamentos do processamento da informação (atenção, memória explícita e implícita e interpretação) foram analisadas através de análises multivariadas de covariância com medidas repetidas.

6.1.1. Comparações entre grupos para os indicadores da sintomatologia depressiva e para a satisfação com a vida

Com o objectivo de analisar as diferenças entre o grupo clínico e o grupo não clínico para os indicadores da sintomatologia depressiva baseados na abordagem dimensional e síndrómica (nota total do BDI e nos critérios de diagnóstico do DSM), e por forma a garantir a validade por referência ao critério que serviu de base à constituição dos grupos (a existência de um diagnóstico clínico previamente realizado), foram levadas a cabo análises univariadas de covariância, com o tipo de grupo (clínico versus não clínico) como variável independente, a idade como covariante, e os indicadores da sintomatologia depressiva e a satisfação com a vida como variáveis dependentes.

O Quadro XVI mostra os valores médios e de desvio-padrão, por grupo, e os resultados do teste *F* de diferença de médias entre os grupos.

Quadro XVI- Comparações entre grupos para a sintomatologia depressiva e a satisfação com a vida⁵

	Grupo não clínico		Grupo clínico		F
	M	DP	M	DP	
Nota Total do BDI	1,00	1,07	21,93	10,83	28,52***
CrITÉrios do DSM	6,80	11,84	21,66	6,62	10,12**
Satisfação com a vida	26,93	4,74	14,76	7,21	8,23**

Nota: ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$. A idade (37.10) foi integrada no modelo como covariante.

Foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a sintomatologia depressiva avaliada pela nota total do BDI, $F(1) = 28,52$, $p = .0001$, $\eta^2 = .33$, e pelos critérios de diagnóstico do DSM, $F(1) = 10,12$, $p = .002$, $\eta^2 = .15$, bem como para a satisfação com a vida, $F(1) = 8,23$, $p = .006$, $\eta^2 = .13$.

Os resultados obtidos mostraram que o grupo clínico relatou níveis médios mais elevados de sintomatologia depressiva, através da nota total do BDI ($M = 21,93$; $DP = 10,83$) e dos critérios de diagnóstico do DSM ($M = 21,66$; $DP = 6,62$), em comparação com o grupo não clínico, que relatou níveis médios mais elevados de satisfação com a vida ($M = 26,93$; $DP = 4,75$).

6.1.2. Comparações entre grupos para os indicadores dos enviesamentos da atenção

O estudo das diferenças entre os participantes com diagnóstico de Depressão Major e os participantes sem qualquer diagnóstico clínico em relação aos enviesamentos da atenção foi feito com base no indicador directo obtido através da tarefa de Stroop modificado, os tempos de reacção à nomeação da cor dos estímulos (palavras) com conteúdo emocional (positivo e negativo) e neutras, os quais foram objecto de uma análise prévia com o objectivo de controlar a variabilidade intraindividual.

Com essa finalidade, todos os tempos de reacção fora da amplitude da média ± 2 desvios-padrão para cada um dos participantes foram excluídos das análises (1.8%). Da mesma forma, todos os dados relativos aos ensaios com erros na nomeação da cor das

⁵ Avaliada através dos itens da Satisfaction with Life Scale (SWLS) de Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

palavras foram eliminados. Por fim, e de forma a controlar o seu efeito, os tempos de reacção à nomeação da cor das palavras neutras foram subtraídos a cada uma das condições emocionais.

Posteriormente, com vista às comparações entre os grupos para os enviesamentos da atenção, foram realizadas três análises multivariadas de covariância com medidas repetidas, que apresentaram como variáveis independentes o tipo de grupo (clínico versus não clínico) e a categoria dos estímulos apresentados na tarefa de Stroop modificado (condição 1: conteúdo negativo versus positivo; condição 2: conteúdo de ameaça, depressivo e positivo; condição 3: conteúdo de ameaça social e física, passivo e agressivo, e positivo) e como variáveis dependentes o tempo médio de reacção em cada uma das condições à nomeação da cor das palavras. A variável idade foi integrada no modelo como covariante.

O Quadro XVII mostra os valores médios e de desvio-padrão em cada um dos grupos (clínico versus não clínico) no que respeita aos tempos de reacção na nomeação da cor dos estímulos apresentados, em cada uma das comparações, bem como os resultados dos efeitos principais e de interacção obtidos.

Quando consideradas duas condições relativas à categoria dos estímulos (negativos versus positivos), os resultados da primeira análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria, demonstraram a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 94,38$, $p = .0001$, $\eta^2 = .62$, e da categoria emocional dos estímulos, λ de Wilks = .614, $F(1, 57) = 35,88$, $p = .0001$, $\eta^2 = .38$. Foi, ainda, obtido um efeito de interacção estatisticamente significativo entre o grupo e a categoria dos estímulos, λ de Wilks = .326, $F(1, 57) = 117,71$, $p = .0001$, $\eta^2 = .67$.

O grupo clínico demorou, em média, menos tempo na nomeação da cor dos estímulos, em comparação com o grupo não clínico (diferença média igual a 135,188, $p = .0001$).

Independentemente do tipo de grupo, os estímulos com conteúdo emocional negativo apresentaram um menor tempo de latência, em comparação com os estímulos com conteúdo emocional positivo (diferença média igual a -334,539, $p = .0001$).

Quadro XVII- Comparações entre grupos para os enviesamentos da atenção

	Grupo Não Clínico (N = 30)								Grupo Clínico (N = 30)								F EF	F G*EF	F E				
	Negativas				Positivas				Negativas				Positivas										
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP									
Tempo de Reacção (ms)	-155,52	34,23			,95	24,73			-513,47	91,08			-,87	30,75			35,88***	117,71***	94,38***				
	Grupo Não Clínico (N = 30)								Grupo Clínico (N = 30)								F EF	F G*EF	F E				
	Ameaça		Negativas		Positivas		Ameaça		Negativas		Positivas												
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP									
TR (ms)	5,66	25,09	4,58	20,88	,95	24,73			-22	26,90	-1	32,89	-,87	30,75			1,04	,19	1,14				
	Grupo Não Clínico (N = 30)										Grupo Clínico (N = 30)										F EF	F G*EF	F E
	A.Social		A Física		Passivas		Agressivas		Positivas		A.Social		A.Fisica		Passivas		Agressivas		Positivas				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
TR (ms)	7,50	31,53	3,82	24,03	5,11	21,05	4,05	26,49	,95	24,73	-5,53	32,81	5,09	31,84	8,25	35,19	-10,42	41,96	-,87	30,75	2,91*	1,08	1,31

Nota: **p ≤ .01; ***p ≤ .001. ms = milissegundos; A = Ameaça. A idade (37.10) foi integrada no modelo como covariante.

A representação gráfica do efeito de interação pode ser observada no Gráfico I e mostra, especificamente, que o grupo clínico, em comparação com o grupo não clínico, demorou significativamente menos tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo emocional negativo, demonstrando maior rapidez na detecção deste tipo de estímulos.

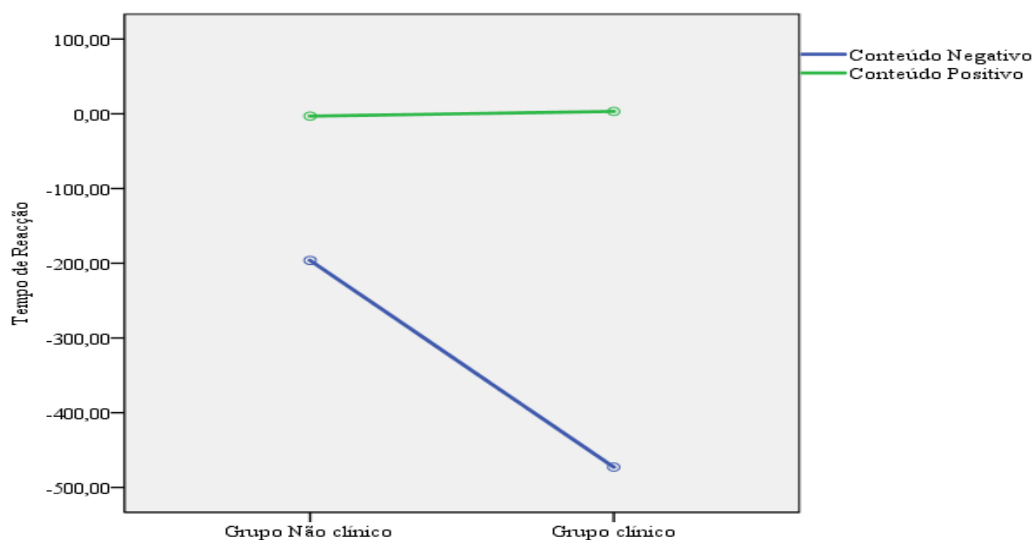


Gráfico I. Efeito de interação grupo * categoria para os enviesamentos da atenção.

Já quando tidas em consideração as três condições relativas à categoria dos estímulos «ameaça, negativas e positivas», os resultados da segunda análise multivariada de co-variância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria, demonstraram apenas a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 1,14$, $p = .288$, $\eta^2 = .020$. O efeito da categoria emocional dos estímulos, bem como o efeito de interação entre o grupo e a categoria dos estímulos não foram significativos, $p > .05$.

Estes resultados mostraram que o grupo clínico demorou, em média, menos tempo na nomeação da cor independentemente da categoria dos estímulos, em comparação com o grupo não clínico (diferença média igual a -9,689, $p = .28$).

Por fim, o estudo das cinco condições relativas à categoria dos estímulos (ameaça social, ameaça física, negativas, agressivas e positivas), através da terceira análise multivariada de co-variância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria, demonstrou a existência de um efeito principal estatisticamente significativo da

categoria emocional dos estímulos, λ de Wilks = ,822, $F(4, 54) = 2,914$, $p = ,030$, $\eta^2 = ,18$. Não foi obtido qualquer efeito principal estatisticamente significativo do tipo de grupo e, da mesma forma, o efeito de interacção não foi estatisticamente significativo, $p > .05$.

Através de comparações múltiplas, estes resultados mostraram que, independentemente do diagnóstico, os tempos de reacção a nomeação da cor dos estímulos com conteúdo passivo foram superiores aos tempos de reacção à nomeação da cor dos estímulos com conteúdo agressivo (diferença média igual a -9,87, $p = .013$).

6.1.3. Comparações entre grupos para os indicadores dos enviesamentos da memória explícita

As comparações entre os participantes com diagnóstico de Depressão Major e os participantes sem qualquer diagnóstico clínico em relação aos enviesamentos da memória explícita foram feitas com base nos indicadores da tarefa de reconhecimento de palavras, relativos ao número de acertos (definido como o número de palavras reconhecidas como tendo sido anteriormente apresentadas e que efectivamente o foram) e ao tempo de reacção no reconhecimento dessas palavras, agrupadas em duas categorias principais, palavras com conteúdo emocional (negativo e positivo) e palavras neutras.

De modo a controlar a variabilidade intraindividual, também nesta tarefa todos os tempos de reacção fora da amplitude da média ± 2 desvios-padrão para cada um dos participantes foram excluídos das análises (2.1%), tendo, da mesma forma, todos os dados relativos aos ensaios com erros sido eliminados. No que respeita à análise dos acertos, procedeu-se a três análises multivariadas de covariância com medidas repetidas, que apresentaram como variáveis independentes o tipo de grupo (clínico versus não clínico) e a categoria dos estímulos apresentados na tarefa de reconhecimento das palavras previamente apresentadas (condição 1: negativas, positivas e neutras; condição 2: ameaça, negativas, positivas e neutras; condição 3: ameaça social, ameaça física, passivas, agressivas, positivas e neutras) e como variável dependente o número de acertos. A variável idade foi integrada no modelo como covariante.

O Quadro XVIII mostra os valores médios e de desvio-padrão em cada um dos grupos (clínico versus não clínico) no que respeita ao número de acertos, bem como os resultados dos efeitos principais e de interacção obtidos.

Quadro XVIII- Comparações entre grupos para os enviesamentos da memória explícita: Acertos.

Grupo Não Clínico (N = 30)										Grupo Clínico (N = 30)								F EF	F G*EF	F E			
Negativas				Positivas				Neutras		Negativas				Positivas				Neutras					
M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP					
Acertos																				4,4*	19** *	24,17***	
Grupo Não Clínico (N = 30)										Grupo Clínico (N = 30)								F EF	F G*EF	F E			
Ameaça		Negativa		Positivas		Neutras		Ameaça		Negativas		Positivas		Neutras									
M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP					
Acertos																				4,9**	12,19 ***	24,17***	
Grupo Não Clínico (N = 30)										Grupo Clínico (N = 30)								F EF	F G* EF	F E			
Ameaça social		Ameaça física		Passivas		Agressivas		Positiv as		Neutra s		Ameaça social		Ameaça física		Passiva		Agresivas		Positiva s		Neutras	
M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP	
Ac erto s																				3,4**	5,01 ***	24,17* **	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$. A idade (37.10) foi integrada no modelo como covariante.

Quando consideradas três condições relativas à categoria dos estímulos «negativas, positivas e neutras», os resultados da primeira análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria, demonstraram a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 24,17$, $p = .0001$, $\eta^2 = .29$, e da categoria emocional dos estímulos, λ de Wilks = .863, $F(2,56) = 4,43$, $p = .001$, $\eta^2 = .01$, bem como um efeito de interação estatisticamente significativo entre o grupo e a categoria dos estímulos, λ de Wilks = .596, $F(2,56) = 19$, $p = .0001$, $\eta^2 = .40$.

O grupo clínico reconheceu, em média, mais palavras do que o grupo não clínico (diferença média igual a 3,656, $p = .0001$). Independentemente do tipo de grupo, o número de acertos nas palavras negativas foi superior comparativamente com o número de acertos nas palavras com conteúdo emocional positivo (diferença média igual a 8,467, $p = .0001$) e neutro (diferença média igual a 8,433, $p = .0001$).

A representação gráfica do efeito de interação pode ser observada no Gráfico II mostra, especificamente, que o grupo clínico, reconheceu mais palavras com conteúdo emocional negativo do que positivo ou neutro.

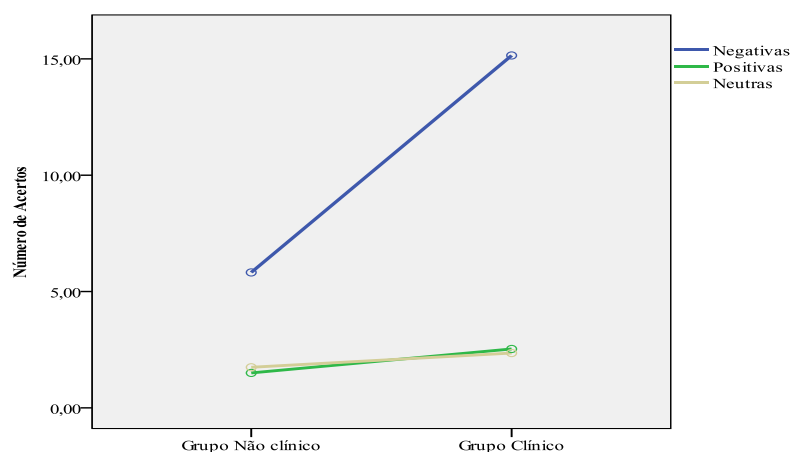


Gráfico II. Efeito de interação grupo*categoria (3) para os enviesamentos da memória explícita: Acertos.

Quando consideradas quatro condições relativas à categoria dos estímulos (ameaça, negativas, positivas e neutras), os resultados da análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por condição, demonstraram, uma vez mais, a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) =$

24,17, $p = .0001$, $\eta^2 = .29$, e da categoria emocional dos estímulos, λ de Wilks = .788, $F(3,55) = 4,92$, $p = .001$, $\eta^2 = .21$, bem como um efeito de interação estatisticamente significativo entre o grupo e a categoria dos estímulos, λ de Wilks = .600, $F(3,55) = 12,19$, $p = .0001$, $\eta^2 = .40$.

O grupo clínico reconheceu, em média, mais palavras do que o grupo não clínico (diferença média igual a 2,742, $p = .0001$). Independentemente do tipo de grupo, o número de acertos nas palavras com conteúdo emocional negativo (ameaça e negativas) foi superior ao número de acertos nas palavras com conteúdo emocional positivo (diferença média igual a 2,933 e 3,517, respectivamente, $p = .0001$) e neutras (diferença média igual a 2,900 e 3.483, respectivamente, $p = .0001$).

A representação gráfica do efeito de interação pode ser observada no Gráfico III mostra, especificamente, que o grupo clínico reconheceu mais palavras com conteúdo emocional negativo, na condição de palavras com conteúdo de ameaça e palavras com conteúdo negativo.

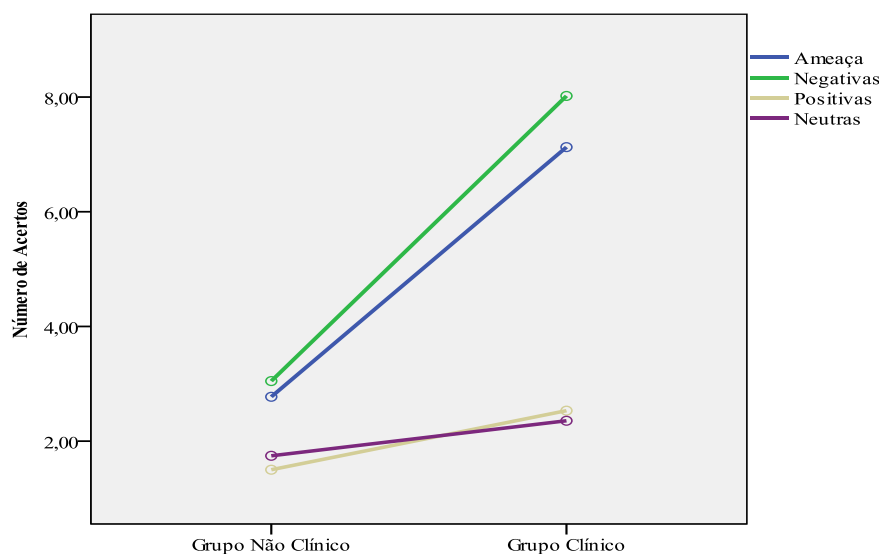


Gráfico III. Efeito de interação grupo*categoria (4) para os enviesamentos da memória explícita: Acertos.

Por fim, quando especificadas seis condições relativas à categoria dos estímulos (ameaça social, ameaça física, passivas, agressivas, positivas e neutras), os resultados da análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria de estímulos, demonstraram a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 24,17$, $p = .0001$, $\eta^2 = .29$, e da categoria emocional dos estímulos, λ de Wilks = .757, $F(5,53) = 3,40$, $p = .001$, $\eta^2 = .24$, bem como um efeito de interação estatisticamente significativo entre o grupo e a categoria dos estímulos, λ de Wilks = .679, $F(5,53) = 5,01$, $p = .0001$, $\eta^2 = .32$.

O grupo clínico reconheceu, em média, mais palavras do que o grupo não clínico (diferença média igual a 1,828, $p = .0001$). Independentemente do tipo de grupo, o número de acertos nas palavras com conteúdo de ameaça física, passivas e agressivas foi superior ao número de acertos nas palavras com conteúdo emocional positivo e neutras «diferença média» entre as palavras com conteúdo de ameaça física e as palavras positivas e neutras igual a .683, $p = .006$ e .655, $p = .027$, respectivamente; diferença média entre as palavras com conteúdo passivo e as palavras positivas e neutras igual a .733, $p = .015$ e .700, $p = .021$, respectivamente; diferença média entre as palavras com conteúdo agressivo e as palavras com conteúdo positivo e neutro igual a .767, $p = .004$ e .733, $p = .0001$.

A representação gráfica do efeito de interação pode ser observada no Gráfico IV mostra, especificamente, que o grupo clínico, apresentou um maior número de acertos nas palavras com conteúdo emocional agressivo.

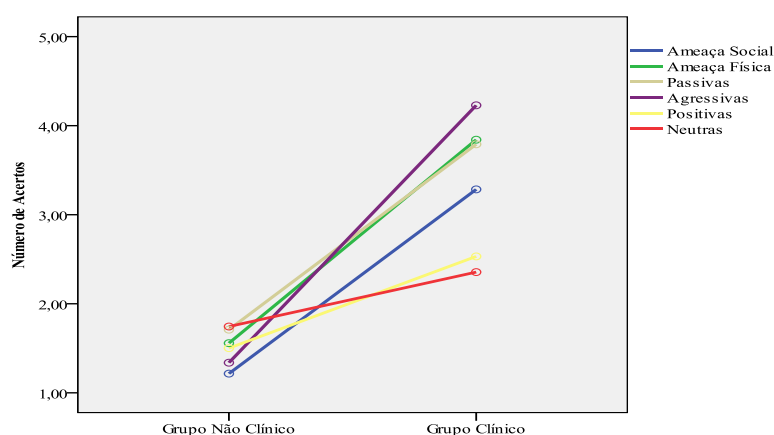


Gráfico IV. Efeito de interação grupo*categoria (6) para os enviesamentos da memória explícita: Acertos.

Para as comparações entre grupos nos tempos de reacção ao reconhecimento das palavras previamente apresentadas, procedeu-se também a três análises multivariadas de covariância com medidas repetidas, que apresentaram como variáveis independentes o tipo de grupo (clínico versus não clínico) e a categoria dos estímulos apresentados na tarefa de reconhecimento das palavras previamente apresentadas (condição 1: negativas, positivas e neutras; condição 2: ameaça, negativas, positivas e neutras; condição 3: ameaça social, ameaça física, passivas, agressivas, positivas e neutras) e como variável dependente o tempo de reacção ao número de palavras completadas com as palavras anteriormente apresentadas. A variável idade foi integrada no modelo como covariante.

O Quadro XIX mostra os valores médios e de desvio-padrão em cada um dos grupos (clínico versus não clínico) no que respeita o tempo de reacção às palavras reconhecidas, bem como os resultados dos efeitos principais e de interacção obtidos.

Quando consideradas três condições relativas à categoria dos estímulos (negativas, positivas e neutras), os resultados da primeira análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria, demonstraram apenas a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 20,27$, $p = .0001$, $\eta^2 = .26$. O efeito principal da categoria dos estímulos e o efeito de interacção entre o grupo e a categoria dos estímulos não foram estatisticamente significativos, $p > .05$.

O grupo clínico apresentou maior tempo de reacção no reconhecimento das palavras do que o grupo não clínico (diferença média igual a 995,644, $p = .0001$).

Quando consideradas quatro condições relativas à categoria dos estímulos (ameaça, negativas, positivas e neutras), os resultados da segunda análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por condição, demonstraram também a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 22,62$, $p = .0001$, $\eta^2 = .28$. Uma vez mais, o efeito principal da categoria dos estímulos e o efeito de interacção entre o grupo e a categoria dos estímulos não foram estatisticamente significativos, $p > .05$.

O grupo clínico apresentou maior tempo de reacção no reconhecimento das palavras do que o grupo não clínico (diferença média igual a 1024,771, $p = .0001$).

Quadro XIX - Comparações entre grupos para os enviesamentos da memória explícita: Tempos de reacção.

Grupo Não Clínico (N = 30)												Grupo Clínico (N = 30)						F	F	F																																	
Negativas				Positivas				Neutras				Negativas				Positivas				Neutras				EF	G*EF	E																											
M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP																																			
1807		615		1872		737		1949		765		3166		411		3075		471		3108		572		,09		1,0		24,27***																									
TR																																																					
Grupo Não Clínico (N = 30)												Grupo Clínico (N = 30)						F	F	F																																	
Ameaça				Negativas				Positivas				Neutras				Ameaça				Negativas				Positivas				Neutras				EF	G*EF	E																			
M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP																											
1849		710		1765		610		1872		737		1949		765		3242		455		3091		440		3075		471		3108		572		19		91		22,62***																	
TR																																																					
Grupo Não Clínico (N = 30)												Grupo Clínico (N = 30)						F	F	F																																	
Ameaça social				Ameaça física				Passivas				Agressivas				Positivas				Neutras				EF	G*EF	E																											
M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP		M		DP																							
1724		601		1974		916		1897		994		1633		676		1872		737		1949		765		3343		494		3142		549		3130		448		3051		490		3075		471		3108		572		,11		1,5		24,79**	
TR																																																					

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$ TR = Tempo de Reacção.

Por último, quando consideradas seis condições relativas à categoria dos estímulos (ameaça social, ameaça física, passivas, agressivas, positivas e neutras), os resultados da terceira análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria, replicaram o padrão de resultados anteriormente obtido, demonstrando a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 24,79$, $p = .0001$, $\eta^2 = .30$. O efeito principal da categoria dos estímulos e o efeito de interacção entre o grupo e a categoria dos estímulos não foram estatisticamente significativos, $p > .05$. O grupo clínico apresentou maior tempo de reacção no reconhecimento das palavras do que o grupo não clínico (diferença média igual a 1053,898, $p = .0001$).

6.1.4. Comparações entre grupos para os indicadores dos enviesamentos da memória implícita

O estudo das diferenças entre os participantes com diagnóstico de Depressão Major e os participantes sem qualquer diagnóstico clínico em relação aos enviesamentos da memória implícita foi feito com base no indicador da tarefa de completamento de palavras, relativo ao número de palavras completadas com a palavra anteriormente apresentada, agrupadas em duas categorias principais, palavras com conteúdo emocional (negativo e positivo) e palavras neutras.

Com vista à comparação entre os grupos, procedeu-se a duas análises multivariadas de covariância com medidas repetidas, que apresentaram como variáveis independentes o tipo de grupo (clínico versus não clínico) e a categoria dos estímulos apresentados na tarefa de completamento de palavras (condição 1: negativas, positivas e neutras; condição 2: ameaça, negativas, positivas e neutras⁶) e como variáveis dependentes o número de palavras completadas com as palavras anteriormente apresentadas. A variável idade foi integrada no modelo como covariante.

O Quadro XX mostra os valores médios e de desvio-padrão em cada um dos grupos (clínico versus não clínico) no que respeita ao número de palavras completadas, bem como os resultados dos efeitos principais e de interacção obtidos.

⁶ Nesta análise, não foi considerada a especificidade dos conteúdos de ameaça e negativos, dado que as análises preliminares mostraram a inexistência de respostas em alguns destes campos.

Quadro XX- Comparações entre grupos para a memória implícita

	Grupo Não Clínico (N = 30)						Grupo Clínico (N = 30)						F EF	F G*EF	F E				
	Negativas		Positivas		Neutras		Negativas		Positivas		Neutras								
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP							
Acertos	1,3	,95	,20	,40	,23	,43	3,5	1,6	1	,58	,56	,72	14,74***	14,17***	76,09***				
	Grupo Não Clínico (N = 30)						Grupo Clínico (N = 30)						F EF	F G*EF	F E				
	Total ameaças		Total negativas agressivas		Positivas		Neutras		total ameaça		Total negativas agressivas					positivas		neutras	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP				M	DP	M	DP
Acertos	,56	,56	,73	,90	,20	,40	,23	,43	3,2	1,5	,26	,52	1	,58	,56	,72	5,5**	14,71***	76,09***

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$. A idade (37.10) foi integrada no modelo como covariante.

Quando consideradas três condições relativas à categoria dos estímulos (negativas, positivas e neutras), os resultados da primeira análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria, demonstraram a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 76,09$, $p = .0001$, $\eta^2 = .57$, e da categoria emocional dos estímulos, λ de Wilks = .655, $F(2,56) = 14,74$, $p = .0001$, $\eta^2 = .34$, bem como um efeito de interação estatisticamente significativo entre o grupo e a categoria dos estímulos, λ de Wilks = .664, $F(2,56) = 14,17$, $p = .0001$, $\eta^2 = .33$.

O grupo clínico completou, em média, mais palavras do que o grupo não clínico (diferença média igual a 1,814, $p = .0001$). Independentemente do tipo de grupo, foram completadas mais palavras negativas do que palavras com conteúdo emocional positivo (diferença média igual a 1,817, $p = .0001$) e neutro (diferença média igual a 2,017, $p = .0001$).

A representação gráfica do efeito de interação pode ser observada no Gráfico V mostra, especificamente, que o grupo clínico, completou mais palavras com conteúdo emocional negativo.

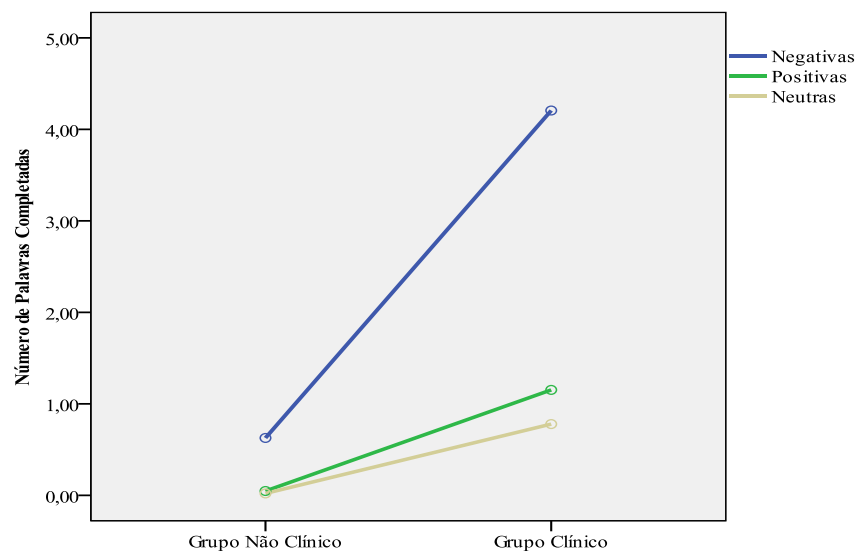


Gráfico V. Efeito de interação grupo*categoria (3) para os enviesamentos da memória implícita

Os resultados da segunda análise multivariada de co-variância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) tendo em consideração quatro categorias (ameaça, negativas, positivas e neutras), confirmaram os resultados anteriores, demonstrando a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do grupo, $F(1) = 44,94$, $p = .0001$, $\eta^2 = .57$, da categoria emocional dos estímulos, λ de Wilks = .769, $F(3,55) = 5,51$, $p = .001$, $\eta^2 = .23$, e um efeito de interação estatisticamente significativo entre o grupo e a categoria dos estímulos, λ de Wilks = .555, $F(3,55) = 14,71$, $p = .0001$, $\eta^2 = .44$.

O grupo clínico completou em média mais palavras do que o grupo não clínico (diferença média igual a 1,360, $p = .0001$). Independentemente do tipo de grupo, foram completadas mais palavras com conteúdo emocional de ameaça comparativamente com as palavras com conteúdo emocional negativo (diferença média igual a 1,417, $p = .0001$), positivo (diferença média igual a 1,317, $p = .0001$) e conteúdo neutro (diferença média igual a 1,517, $p = .0001$).

A representação gráfica do efeito de interação pode ser observada no Gráfico VI e mostra, especificamente, que o grupo clínico completou mais palavras com conteúdo de ameaça.

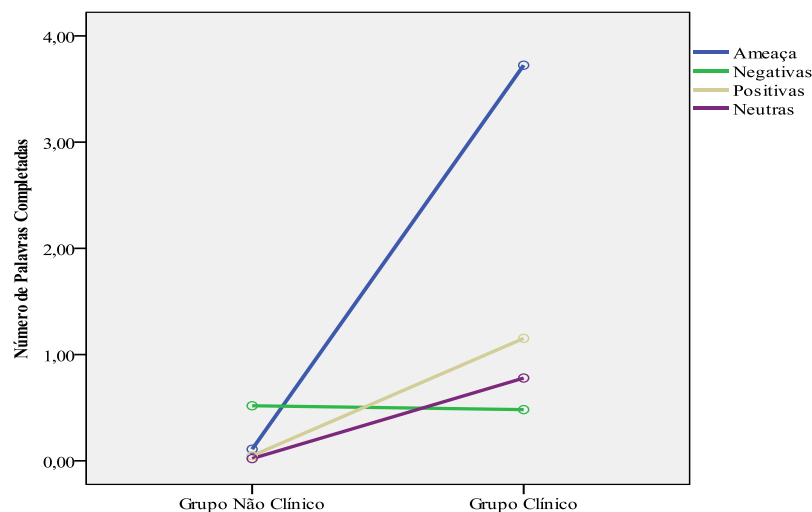


Gráfico VI. Efeito de interação grupo*categoria (4) para os enviesamentos da memória implícita

6.1.5. Comparações entre grupos para os indicadores dos enviesamentos da interpretação

O estudo das diferenças entre os participantes com diagnóstico de Depressão Major e os participantes sem qualquer diagnóstico clínico em relação aos enviesamentos da interpretação foi feito com base em quatro indicadores obtidos através da tarefa de expressões faciais ambíguas: (1) as atribuições, negativas (zangado, triste) ou positivas (alegre), de uma emoção às expressões faciais ambíguas; (2) a avaliação da intensidade dessas atribuições e (3, 4) os tempos de reacção às atribuições e à intensidade das mesmas.

À semelhança da análise prévia efectuada para os tempos de reacção nas tarefas de Stroop modificado e da memória explícita, também os tempos de reacção na tarefa de expressões faciais ambíguas foram objecto de uma análise prévia, uma vez mais com o objectivo de controlar a variabilidade intraindividual, com todos os tempos de reacção fora da amplitude da média ± 2 desvios-padrão para cada um dos participantes a serem excluídos das análises (1.3%).

Posteriormente, com vista às comparações entre os grupos para os enviesamentos da interpretação, foram realizadas quatro análises multivariadas de covariância com medidas repetidas, que apresentaram como variáveis independentes o tipo de grupo (clínico versus não clínico) e a categoria dos estímulos apresentados na tarefa de expressões faciais ambíguas (expressões faciais zangadas, tristes e alegres) e como variáveis dependentes o número de expressões faciais identificadas em cada categoria, a avaliação da intensidade dessas emoções e tempo médio de reacção à atribuição e à avaliação da intensidade da emoção nas expressões faciais apresentadas. Tal como para a análise dos enviesamentos da atenção, a variável idade foi integrada no modelo como covariante.

O Quadro XXI mostra os valores médios e de desvio-padrão em cada um dos grupos (clínico versus não clínico) no que respeita ao número de expressões faciais identificadas em cada categoria, a avaliação da intensidade dessas emoções, e os tempos de reacção à atribuição e à avaliação da intensidade da emoção nas expressões faciais apresentadas, bem como os resultados dos efeitos principais e de interacção obtidos.

Quadro XXI- Comparações entre grupos para os enviesamentos da interpretação

	Grupo não clínico (N = 30)						Grupo clínico (N = 30)						F EF	F G* EF	F G
	<u>EFZangadas</u>		<u>EFTristes</u>		<u>EFAlegres</u>		<u>EFZangadas</u>		<u>EFTristes</u>		<u>EFAlegres</u>				
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP			
Atribuições	5,1	3,5	10,1	3,5	14,7	4,7	9,2	6,0	14,1	6,7	4,5	3,3	4,2*	21,3***	0,6
Intensidade	19,4	10,7	34,2	19,2	50,8	29,5	47,4	26,0	52,7	22,2	29,7	14,0	1,2	9***	11,2***
TR (ms) Atribuição	16462	13518	36895	27467	39908	25780	36070	21009	57720	25554	18096	14576	4,8*	15***	,9
TR(ms) Intensidade	5236	4393	13765	13186	16261	16411	47438	27676	77057	35294	24455	198662	6,4**	14,2***	103,8***

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$. EF = Expressões Faciais; TR = Tempo de Reacção; G = Grupo; ms = milissegundos. A idade (37.10) foi integrada no modelo como covariante.

Os resultados da análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria «zangada, triste e alegre» relativos ao número de expressões faciais emocionais identificadas demonstraram a existência de um efeito principal estatisticamente significativo da categoria emocional dos estímulos, λ de Wilks = .867, $F(2, 56) = 4,281$, $p = ,019$, $\eta^2 = ,13$, e da interacção entre o grupo e a categoria dos estímulos, λ de Wilks = ,567, $F(2, 56) = 21,368$, $p = .0001$, $\eta^2 = ,43$. O efeito principal do grupo não foi estatisticamente significativo, $p = .05$.

Através de comparações múltiplas, estes resultados demonstraram que, independentemente do grupo, foram atribuídas menos expressões faciais de zanga, que tristeza e alegria (diferença média entre zanga e tristeza igual a -4,967, $p = .0001$; diferença média entre zanga e alegria igual a -2,467, $p = .0001$).

A representação gráfica do efeito de interacção pode ser observada no Gráfico VII e mostra, especificamente, que o grupo clínico, em comparação com o grupo não clínico, identifica menos expressões alegres do que zangadas e que o grupo não clínico identifica menos expressões zangadas do que alegres.

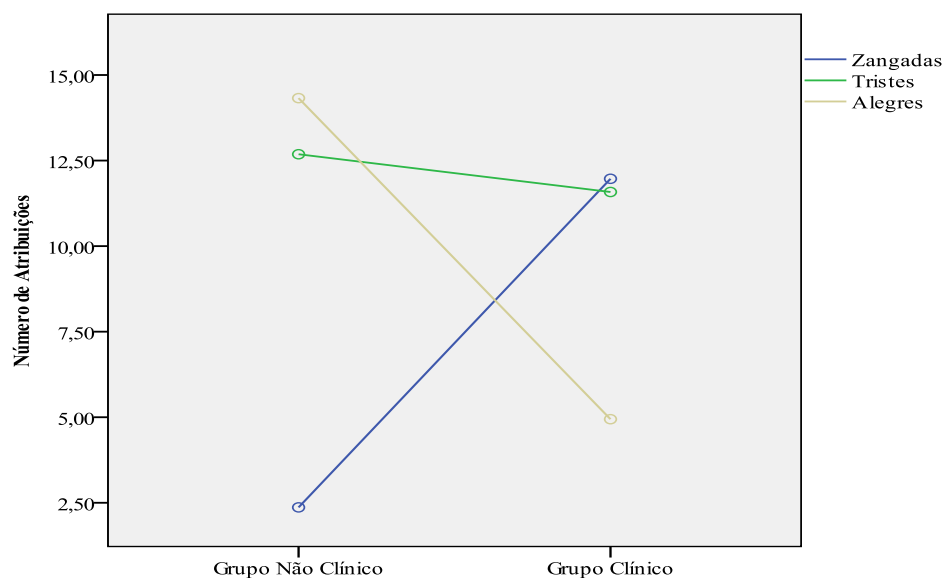


Gráfico VII. Efeito de interacção grupo*categoria para os enviesamentos da interpretação relativos à atribuição de uma emoção.

Os resultados da análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria (zangada, triste e alegre) relativos à avaliação da intensidade das emoções demonstraram a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do tipo de grupo, $F(1) = 11,213$, $p = .002$, $\eta^2 = .211$. O efeito de interacção entre o grupo e a categoria dos estímulos foi também estatisticamente significativo λ de Wilks = .694, $F(2, 41) = 9,031$, $p = .0001$. O efeito principal relativo à categoria dos estímulos não foi significativo, $p > .05$.

O grupo não clínico avaliou, em média, as expressões emocionais como menos intensas, em comparação com o grupo clínico (diferença média igual a -16,607, $p = .0001$).

A representação gráfica do efeito de interacção pode ser observada no Gráfico VIII e mostra, especificamente, que o grupo clínico, em comparação com o grupo não clínico, avaliou como mais intensas as emoções negativas (zangadas e tristeza) enquanto o grupo não clínico avaliou como mais intensas a emoção positiva, alegria.

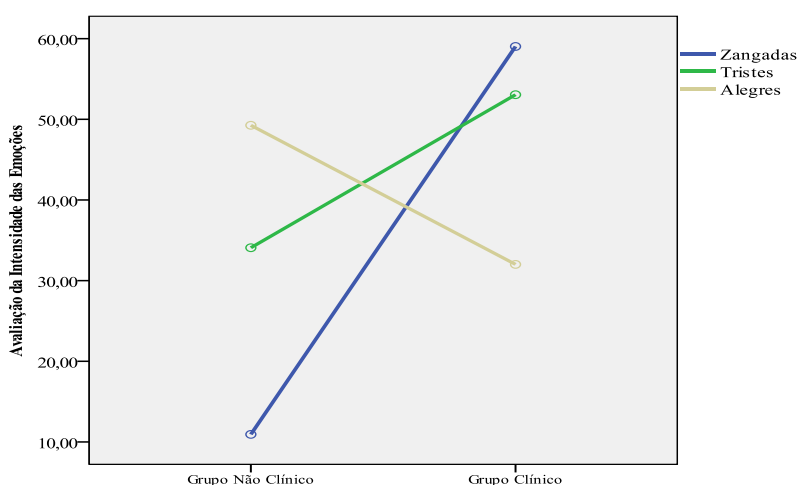


Gráfico VIII. Efeito de interacção grupo*categoria para os enviesamentos da interpretação relativos à avaliação da intensidade emocional.

Os resultados da análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria (zangada, triste e alegre) relativos ao tempo médio de reacção à atribuição da emoção demonstraram a existência de um efeito principal estatisticamente significativo da categoria dos estímulos, λ de Wilks = .853, $F(2, 56) =$

4,842, $p = ,01$, $\eta^2 = ,147$ e da interacção entre o grupo e a categoria dos estímulos λ de Wilks = .651, $F(2, 56) = 15,002$, $p = ,0001$, $\eta^2 = ,349$. O efeito de grupo não foi estatisticamente significativo, $p > .05$.

Através de comparações múltiplas, estes resultados demonstraram que, independentemente do grupo, o tempo médio de reacção à atribuição da tristeza foi inferior ao da zanga e alegria (diferença média entre zanga e tristeza igual a -21040,950, $p = .0001$; diferença média entre zanga e alegria igual a -18304,900, $p = .0001$).

A representação gráfica do efeito de interacção pode ser observada no Gráfico IX e mostra, especificamente, que o grupo clínico, em comparação com o grupo não clínico, apresentou maior tempo de reacção à atribuição de uma das emoções negativas «zangada» enquanto o grupo não clínico apresentou maior tempo de reacção à atribuição da emoção positiva «alegria», que demorou mais tempo na atribuição desta emoção.

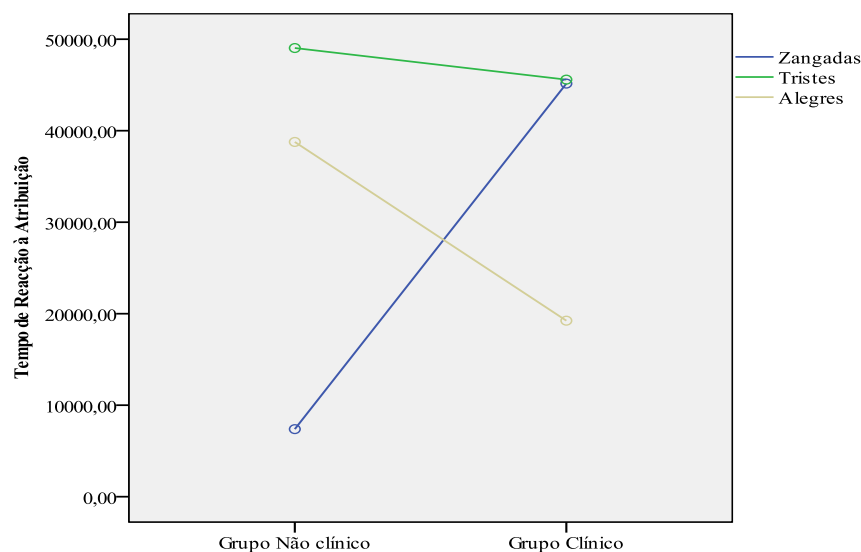


Gráfico IX. Efeito de interacção grupo*categoria para os enviesamentos da interpretação relativos aos tempos de reacção na atribuição emocional.

Os resultados da análise multivariada de covariância com medidas repetidas, grupo (clínico versus não clínico) por categoria (zangada, triste e alegre) relativos ao tempo médio de reacção à avaliação da intensidade das emoções demonstraram a existência de um efeito principal estatisticamente significativo do tipo de grupo, $F(1) = 103,830$, $p = .0001$, $\eta^2 =$

.646. O efeito de interacção entre o grupo e a categoria dos estímulos foi também estatisticamente significativo, λ de Wilks = .663, $F(2, 56) = 14,226$, $p = ,0001$, $\eta^2 = .337$, bem como o efeito de categoria dos estímulos, λ de Wilks = .812, $F(2, 56) = 6,471$, $p = ,003$, $\eta^2 = .188$.

Os resultados relativos à comparação entre dois os grupos mostraram que o grupo clínico demorou mais tempo a avaliar a intensidade das emoções que o grupo não clínico (diferença média igual a -3753,275, $p = .0001$).

Através de comparações múltiplas, os resultados relativos ao efeito principal da categoria dos estímulos demonstraram que, independentemente do grupo, o tempo médio de reacção à avaliação da intensidade das emoções foi maior na tristeza do que na zanga e na alegria (diferença média entre zanga e tristeza igual a -19074,083; $p = .0001$; diferença média entre zanga e alegria igual a -25053,000, $p = .0001$).

A representação gráfica do efeito de interacção pode ser observada no Gráfico X e mostra, especificamente, que o grupo clínico, em comparação com o grupo não clínico, demorou mais tempo a avaliar a intensidade de uma das emoções negativas (zanga) que o grupo não clínico.

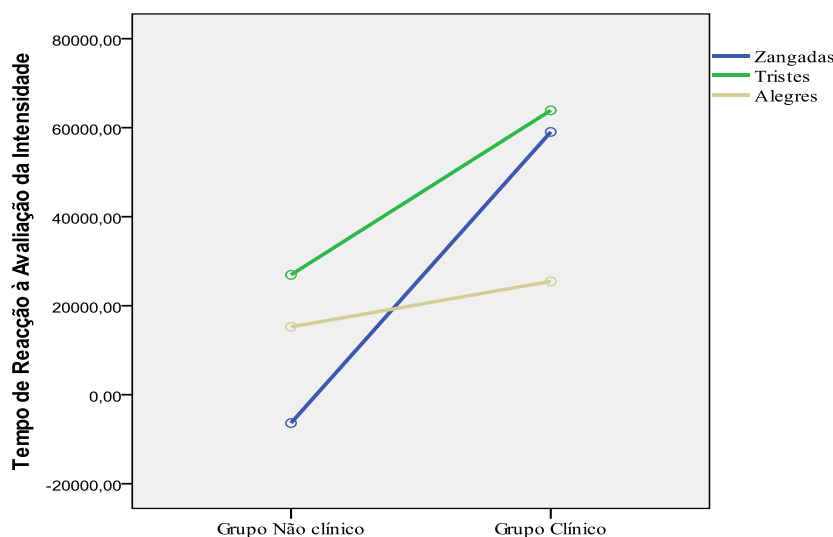


Gráfico X. Efeito de interacção grupo*categoria para os enviesamentos da interpretação relativos ao tempo de reacção na avaliação da intensidade emocional.

6.2. Correlações entre as variáveis em estudo

As correlações entre os índices dos auto-relatos e os indicadores das tarefas utilizadas para a avaliação dos enviesamentos no processamento da informação social foram estudadas, no grupo clínico, através dos coeficientes de correlação de Pearson.

6.2.1. Correlações entre os indicadores dos auto-relatos da depressão com as variáveis clínicas

As associações entre os indicadores dos auto-relatos da depressão e das variáveis clínicas no grupo clínico foram estudadas através do coeficiente de Pearson e podem ser observadas no Quadro XXII

Quadro XXII- Correlações entre os auto-relatos da depressão e as variáveis clínicas.

	Depressão BDI	Depressão Critérios DSM
Tempo de diagnóstico	,06	,08
Nº sessões de psicoterapia	-,18	-,05
Avaliação do funcionamento global	-,62**	-,48**

Nota: ** $p \leq .01$.

Foi obtida uma correlação negativa e estatisticamente significativa entre avaliação do funcionamento global com a nota total do BDI ($r = -,62$; $p = ,0001$) e com os critérios de diagnóstico do DSM ($r = -,48$; $p = .007$).

Estes resultados indicaram que os indivíduos do grupo clínico com mais sintomatologia depressiva, avaliada através do BDI e dos critérios de depressão do DSM, relataram um maior comprometimento do funcionamento global.

6.2.2. Correlações entre a depressão com os pensamentos automáticos, domínios, satisfação com a vida, activação comportamental e acontecimentos de vida

As associações entre os indicadores da depressão com os pensamentos automáticos, os domínios, a satisfação com a vida, a activação comportamental e os acontecimentos de vida no grupo clínico foram estudadas através do coeficiente de Pearson e podem observar-se no QuadroXXIII.

Quadro XXIII- Correlações entre os indicadores dos auto-relatos da depressão com os pensamentos automáticos, domínios, satisfação com a vida, activação comportamental e acontecimentos de vida

	Depressão BDI	Depressão DSM	PA-	PA+	SV	AC	AV
Depressão Critérios DSM	,66**						
Pensamentos automáticos							
Negativos	,67**	,49**					
Positivos	-,73**	-,53**	-,52**				
Satisfação vida	-,67**	-,67**	-,63**	,76**			
Activação comportamental	-,70**	-,48**	-,39*	,70**	,54**		
Acontecimentos de vida	,08	,16	,29	,11	-,09	,18	
Domínios							
Rejeição	,47**	,13	,51**	-,48**	-,53**	-,36	,05
Autonomia e desempenho	,58**	,29	,57**	-,68**	-,55**	-,55**	-,16
Limites	,42*	,26	,24	-,20	-,04	-,22	,00
Dirigidos aos outros	,63**	,47**	,59**	-,59**	-,64**	-,46**	,19
Hipervigilância/inibição	,43*	,12	,49**	-,17	-,24	-,17	,36*

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. PA- = Pensamentos Automáticos Negativos; PA+ = Pensamentos Automáticos Positivos; SV = Satisfação com a Vida; AC = Activação Comportamental; AV = Acontecimentos de Vida.

A sintomatologia depressiva, avaliada pelo BDI, correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com os pensamentos automáticos, a satisfação com a vida, a activação comportamental e os domínios, com valores que variaram entre -,70 (activação comportamental, $p = ,0001$) e ,63 (domínios relacionados com os esquemas dirigidos aos outros, $p = ,0001$).

Por outro lado, a sintomatologia depressiva, avaliada através dos critérios de diagnóstico do DSM, correlacionou-se de modo estatisticamente significativo com pensamentos automáticos, a satisfação com a vida e a activação comportamental, com valores que variaram entre -,70 (activação comportamental, $p = ,006$) e ,49 (pensamentos automáticos negativos $p = ,005$), bem como uma correlação positiva estatisticamente significativa com os

domínios relacionados especificamente com os esquemas dirigidos aos outros ($r = ,47$; $p = ,008$).

Os pensamentos automáticos mostraram estar correlacionados com a satisfação com a vida, a activação comportamental, e os domínios relacionados com os esquemas de rejeição, autonomia e desempenho e dirigidos aos outros, tendo os valores variado entre $-,63$ e $,76$ (pensamentos automáticos negativos e positivos com a satisfação com a vida, respectivamente, $p = ,0001$). Especificamente, os pensamentos automáticos negativos associaram-se de forma positiva e estatisticamente significativa com os domínios relacionados com os esquemas de hipervigilância e inibição ($r = ,49$; $p = ,005$).

A satisfação com a vida associou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a activação comportamental ($r = ,54$; $p = ,002$) e de forma negativa, mas também estatisticamente significativa com os domínios relacionados com os esquemas de rejeição, autonomia e desempenho e dirigidos aos outros, com valores entre $-,64$ (dirigidos aos outros, $p = ,0001$) e $-,53$ (rejeição, $p = ,002$).

Por fim, a activação comportamental associou-se de forma negativa e estatisticamente significativa com os domínios relacionados com os esquemas de autonomia e desempenho, e os esquemas dirigidos aos outros, enquanto que os acontecimentos de vida se associaram de forma estatisticamente significativa especificamente aos domínios relacionados com os esquemas de hipervigilância e inibição, com valores entre $-,55$ (activação comportamental e domínios relacionados com os esquemas de autonomia e desempenho, $p = ,001$) e $,36$ (acontecimentos de vida e domínios relacionados com os esquemas de hipervigilância e inibição, $p = ,04$).

Estes resultados indicaram, no geral, que os indivíduos do grupo clínico com mais sintomatologia depressiva relataram menor frequência de pensamentos automáticos positivos e maior frequência de pensamentos automáticos, menor satisfação com a vida e menor activação comportamental, bem como mais esquemas maladaptativos. Os acontecimentos de vida, bem como os domínios relacionados com os esquemas relativos aos limites foram independentes da maior parte das variáveis em análise.

6.2.3. Correlações entre os esquemas mal adaptativos com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental e acontecimentos de vida

As associações entre os esquemas mal adaptativos com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação de vida, activação comportamental e com os acontecimentos de vida no grupo clínico foram estudadas através do coeficiente de Pearson e podem observar-se no Quadro XXIV.

Quadro XXIV - Correlações entre os esquemas com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental e acontecimentos de vida

	Depressão BDI	Depressão DSM	PA-	PA+	SV	AC	AV
Esquemas							
Dependência e incompetência	,36*	,51**	,38*	-,38*	-,46**	-,36	,38
Subjugação	,62**	,46**	,50**	-,59**	-,59**	-,45*	,16
Vulnerabilidade à doença	,41*	-,13	,38*	-,50**	-,26	-,36*	-,24
Auto controlo insuficiente	,63**	,41*	,43*	-,48**	-,32	-,45*	-,14
Privação emocional	,36*	,15	,35	-,37*	-,58**	-,29	-,01
Abandono-instabilidade	,37*	,12	,42	-,47**	-,52**	-,39*	-,03
Desconfiança e abuso	,28	-,09	,38*	-,26	-,11	-,16	,17
Isolamento/alienação social	,51**	,14	,58**	-,46*	-,42*	-,30	,04
Vergonha-inferioridade	,24	,22	,19	-,28	-,36	-,22	,01
Procura de aprovação	,50**	,37*	,54**	-,45*	-,55**	-,37*	,18
Fracasso	,57**	,44*	,55**	-,67**	-,60**	-,57**	-,04
Punição	,45*	,21	,37*	-,32	-,38*	-,36*	,27
Inibição emocional	,58**	,40*	,56**	-,39*	-,43*	-,44*	,15
Hiper crítica	-,01	-,21	,15	,21	,15	,26	,29
Grandiosidade	,06	,03	-,02	,15	,27	,08	,15

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. PA- = Pensamentos Automáticos Negativos; PA+ = Pensamentos Automáticos Positivos; SV = Satisfação com a Vida; AC = Activação Comportamental; AV = Acontecimentos de Vida.

A sintomatologia depressiva, avaliada pelo BDI, correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com os esquemas de dependência e incompetência, subjugação, vulnerabilidade à doença, auto controlo insuficiente, privação emocional, abandono-instabilidade, isolamento/alienação social, procura de aprovação, fracasso, punição, e inibição social, com valores que variaram entre ,36 (dependência/incompetência e privação emocional, $p = ,05$ e $p = ,04$, respectivamente) e ,63 (auto controlo insuficiente, $p = ,0001$).

A sintomatologia depressiva, avaliada pelos critérios de diagnóstico do DSM, correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com os esquemas de dependência e incompetência, subjugação, auto controlo insuficiente, procura de aprovação e, inibição

social, com valores que variaram entre ,37 (procura de aprovação, $p = ,04$) e ,51 (dependência e incompetência, $p = ,004$).

Por sua vez, os pensamentos automáticos mostraram estar correlacionados com os esquemas de dependência/incompetência, subjugação, vulnerabilidade à doença, auto-controlo insuficiente, isolamento e alienação social, procura de aprovação, fracasso e inibição emocional, tendo os valores variado entre -,67 (pensamentos automáticos positivos e fracasso, $p = ,0001$) e ,58 (pensamentos automáticos negativos e isolamento/alienação social, $p = ,001$). Especificamente, os pensamentos automáticos negativos associaram-se de forma positiva e estatisticamente significativa com os esquemas relacionados com punição ($r = ,37$, $p = ,04$).

A satisfação com a vida associou-se de forma negativa mas estatisticamente significativa com os esquemas de dependência e incompetência, subjugação, privação emocional, abandono e instabilidade, isolamento e alienação social, procura de aprovação, fracasso, punição e inibição social, com valores entre -,42 (isolamento/alienação social, $p = ,02$) e -,60 (fracasso, $p = ,0001$).

Por fim a activação comportamental associou-se de forma negativa mas também estatisticamente significativa com os esquemas de subjugação, vulnerabilidade à doença, auto-controlo insuficiente, abandono e instabilidade, procura de aprovação, fracasso, punição e inibição social, com valores que variaram entre -,37 (procura de aprovação, $p = ,04$) e -,57 (fracasso, $p = ,001$).

Estes resultados indicaram, no geral, que os indivíduos do grupo clínico com mais sintomatologia depressiva e maior frequência de pensamentos automáticos negativos relataram mais esquemas maladaptativos relacionados com dependência e incompetência, subjugação, auto-controlo insuficiente, procura de aprovação, e fracasso e inibição social. Por outro lado, estes indivíduos relataram que a uma maior frequência de pensamentos automáticos positivos, mais satisfação com a vida e maior activação comportamental se associaram menos esquemas maladaptativos com o mesmo tipo de conteúdos.

À semelhança da análise anterior, não existiu qualquer relação entre a ocorrência de acontecimentos de vida e os esquemas maladaptativos. Ainda, os esquemas maladaptativos relacionados com desconfiança e abuso, hipercrítica e grandiosidade, demonstraram ser independentes das variáveis relacionadas com a sintomatologia depressiva estudada.

6.2.4. Correlações entre os enviesamentos da atenção com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental, acontecimentos de vida e esquemas maladaptativos

As associações entre os enviesamentos da atenção com a depressão, os pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental, acontecimentos de vida e os esquemas maladaptativos foram estudadas através do coeficiente de Pearson e podem observar-se no Quadro XXV.

Quadro XXV- Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção com os indicadores dos auto-relatos .

	TR Ameaça	TR Ameaça social	TR Ameaça física	TR Total negativas	TR Nega tivas	TR Agressi vas	TR Positi vas
Sintomatologia depressiva							
Nota total do BDI	,04	-,00	,07	-,05	,03	-,10	,01
Critérios do DSM	-,02	-,05	,01	-,13	,05	-,25	,09
Pensamentos Automáticos							
Negativos	,17	,19	,09	,07	,06	,06	,17
Positivos	-,04	,04	-,12	-,03	-,09	,02	-,21
Domínios							
Rejeição	,16	,07	,19	,10	-,02	,17	-,08
Autonomia e desempenho	,22	,02	,34	,06	,15	-,03	,08
Limites	-,07	-,00	-,12	-,07	,04	-,15	-,05
Dirigidos aos outros	,24	,13	,28	,09	,06	,09	-,05
Hipervigilância/Inibição	,07	,00	,12	-,06	-,11	-,00	-,28
Esquemas							
Dependência e incompetência	,14	-,08	,32	-,03	,18	-,21	,11
Subjugação	,10	,05	,11	,08	,05	,09	-,05
Vulnerabilidade ao dano e doença	,23	,13	,25	,21	,11	,23	,00
Auto controlo insuficiente	,07	,07	,04	,01	,08	-,04	,06
Privação emocional	,00	-,04	,04	,14	,09	,14	-,05
Abandono-instabilidade	,04	-,06	,14	,03	-,00	,05	-,02
Desconfiança e abuso	,33	,35	,19	,27	-,01	,44*	,13
Isolamento e alienação social	,22	,11	,26	-,03	-,15	,07	-,14
Vergonha-inferioridade	,01	-,09	,13	-,14	-,09	-,14	-,32
Procura de aprovação	,35	,19	,40*	,09	,07	,08	-,04
Fracasso	,10	-,04	,21	-,10	,04	-,19	,08
Punição	-,05	-,11	,02	,03	,10	-,03	-,12
Inibição emocional	,26	,11	,33	-,00	,03	-,03	-,10
Hipercrítica	-,03	,00	-,06	-,12	-,26	,03	-,29
Grandiosidade	-,20	-,08	-,26	-,14	-,00	-,21	-,16
Satisfação Vida	,04	,12	-,04	,05	-,03	,12	-,19
Activação comportamental	-,06	,06	-,18	-,14	-,41*	,12	-,24
Acontecimentos de vida	,15	,24	,00	,09	-,07	,20	,07

Nota: * $p \leq .05$. TR = Tempo de Reacção.

O estudo das correlações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção com os auto-relatos mostrou apenas a existência de uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre o tempo de reacção às palavras de ameaça física e o esquema de procura de aprovação ($r = ,40, p = ,02$) e entre o tempo de reacção às palavras agressivas com o esquema de desconfiança e abuso ($r = ,44, p = ,01$).

Foi, ainda obtida uma correlação negativa, mas também estatisticamente significativa entre o tempo de reacção à nomeação das palavras com conteúdo emocional negativo e a activação comportamental ($r = -,41, p = ,02$).

Estes resultados indicaram que os indivíduos do grupo clínico com mais esquemas de desconfiança e abuso e de procura de aprovação demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo agressivo e de ameaça física e, ainda que a uma menor activação comportamental se associou uma maior interferência cognitiva relacionada com estímulos com conteúdo emocional negativo.

6.2.5. Correlações entre os enviesamentos da memória explícita e implícita com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental, acontecimentos de vida e esquemas maladaptativos

As associações entre os enviesamentos da memória explícita e implícita com a depressão, a satisfação de vida, a activação comportamental e os acontecimentos de vida e os esquemas mal adaptativos foram estudadas através do coeficiente de correlação de Pearson.

O Quadro XXVI apresenta os resultados obtidos pela análise das correlações entre o número de acertos na tarefa de recordação livre e na tarefa de reconhecimento de palavras com as restantes variáveis em análise.

Foi apenas obtida uma correlação positiva estatisticamente significativa entre o número de palavras recordadas e a activação comportamental ($r = ,37, p = ,04$). Os participantes que recordaram mais palavras previamente apresentadas relataram também maior activação comportamental.

Quadro XXVI- Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da memória explícita(recordação livre e reconhecimento) com os indicadores dos auto-relato

	Recordação livre	Reconhecimento								
		Total negativas	Ameaça	Ameaça social	Ameaça Física	Total Negativas	Passivas	Agressivas	Positivas	Neutras
Sintomatologia depressiva										
Nota total do BDI	-,17	-,14	-,06	-,02	-,08	-,21	-,33	,03	-,18	,06
Crítérios do DSM	-,04	-,21	-,18	-,17	-,14	-,21	-,40	,11	-,21	,05
Pensamentos Automáticos		,09	,07	,17	-,07	,10	,27	-,15	-,01	-,17
Negativos	-,07									
Positivos	,10	-,18	-,13	-,24	,03	-,21	-,26	-,05	-,18	,01
Domínios		,02	-,02	,05	-,10	,07	,25	-,18	-,01	-,12
Rejeição	-,09									
Autonomia e desempenho	-,12	,11	,10	,00	,19	,11	,04	,16	,01	-,04
Limites	-,17	-,27	-,27	-,33	-,12	-,23	-,24	-,12	-,12	-,11
Dirigidos aos outros	-,10	-,06	,04	,12	-,05	-,17	-,24	-,01	-,06	-,11
Hipervigilância/Inibição	,06	-,10	-,14	-,21	-,02	-,05	-,07	-,00	-,03	-,03
Esquemas		-,06	,01	,09	-,08	-,12	-,05	-,17	-,29	-,03
Dependência e incompetência	-,10									
Subjugação	-,10	-,45	-,46	-,46	-,35	-,38	-,44	-,15	-,34	-,24
Vulnerabilidade ao dano e doença	-,19	-,01	-,05	-,11	,04	,01	-,05	,11	,04	-,05
Auto controlo insuficiente	-,26	-,01	-,01	-,08	,07	-,00	,07	-,11	,12	-,07
Privação emocional	-,26	-,10	-,02	,00	-,04	-,17	-,28	,04	,05	-,19
Abandono-instabilidade	-,20	,18	,14	-,00	,28	,19	,04	,32	,09	,06
Desconfiança e abuso	,16	,14	,06	-,06	,20	,19	,13	,20	,30	,08
Isolamento e alienação social	,01	,05	,09	,08	,07	,00	,00	,01	-,14	-,33
Vergonha-inferioridade	-,10	-,00	,02	-,01	,06	-,04	-,03	-,03	-,04	-,01
Procura de aprovação	-,09	,01	-,01	-,02	,01	,04	,03	,03	-,14	,04
Fracasso	,05	-,18	-,23	-,28	-,10	-,12	-,07	-,13	-,13	-,00
Punição	-,14	-,22	-,21	-,28	-,07	-,20	-,29	,00	-,15	,04
Inibição emocional	,06	-,05	,01	,10	-,09	-,11	-,15	-,01	-,32	-,08
Hipercrítica	,14	-,43	-,38	-,29	-,38	-,42	-,36	-,34	-,44	-,10
Grandiosidade	-,02	,23	,27	,28	,18	,16	,26	-,02	,05	,06
Satisfação Vida	,22	-,00	,10	,21	-,05	-,12	-,12	-,06	-,17	,00
Activação comportamental	,37*	,00	-,04	-,09	,02	,05	,21	-,18	,04	,05
Acontecimentos de vida	,21	,02	-,02	-,18	,18	,06	,07	,03	-,01	,16

Nota: * $p \leq .05$.

O Quadro XXVII mostra agora os resultados obtidos pela análise das correlações entre os tempos de reacção aos acertos na tarefa de reconhecimento de palavras com as restantes variáveis em análise.

O tempo de reacção ao reconhecimento das palavras negativas correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com a nota total do BDI e os critérios de diagnostico do DSM, os pensamentos automáticos negativos, os domínios relacionados com os esquemas de autonomia/desempenho e dirigidos a outros, e especificamente com os esquemas de dependência e incompetência, vulnerabilidade ao dano e doença, auto controlo insuficiente, procura de aprovação e fracasso, e com os acontecimentos de vida e a activação comportamental, com valores que variaram entre $-.52$ (activação comportamental, $p = .003$) e $.59$ (esquemas de autonomia e desempenho, $p = .001$).

Os tempos de reacção ao reconhecimento das palavras com conteúdo emocional de ameaça correlacionaram-se de forma positiva e estatisticamente significativa com os domínios relativos aos esquemas de autonomia/desempenho e dirigidos aos outros, e com os esquemas de dependência e incompetência, vulnerabilidade ao dano e doença, procura de aprovação e fracasso, com valores que variaram entre $.37$ (esquema de procura de aprovação, $p = .04$) e $.60$ (domínios de autonomia/desempenho, $p = .0001$). Foi, ainda obtida uma correlação negativa mas estatisticamente significativa com a activação comportamental ($r = -.45$, $p = .01$).

Os tempos de reacção relativos ao reconhecimento específico de palavras com conteúdo de ameaça social correlacionaram-se de forma positiva e estatisticamente significativa com os domínios de autonomia/desempenho ($r = .50$, $p = .005$) e com os esquemas de vulnerabilidade ao dano e doença ($r = .59$, $p = .001$) e de forma negativa mas estatisticamente e significativa com os pensamentos automáticos positivos ($r = .41$, $p = .02$). Já os tempos de reacção ao reconhecimento específico de palavras com conteúdo de ameaça física correlacionaram-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva avaliada através dos critérios do DSM, com os domínios de autonomia/desempenho e dirigidos a outros, e com os esquemas de dependência e incompetência, de auto-controlo insuficiente, vergonha e inferioridade, procura de aprovação e fracasso, com valores que variaram entre $.38$ (domínios dirigidos aos outros e esquemas de auto-controlo insuficiente, $p = .03$) e $.54$ (domínios de autonomia/desempenho, $p = .002$).

Quadro XXVII- Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da memória explícita (tempos de reacção) com os indicadores dos auto-relatos.

	Total negativas	Ameaça	Ameaça social	Ameaça Física	Negativas	Passivas	Agressivas	Positivas	Neutras
Sintomatologia depressiva									
Nota total do BDI	,37*	,26	,14	,31	,42*	,46*	,34	,29	,25
Crítérios do DSM	,43*	,26	,03	,40*	,53**	,62**	,39*	,34	,27
Satisfação com a vida	-,39	-,31	-,23	-,30	-,42*	-,56**	-,23	-,40	-,26
Pensamentos Automáticos									
Negativos	,36*	,30	,16	,35	,36*	,48**	,21	,29	,23
Positivos	-,43*	-,44*	-,41*	-,35	-,36*	-,43*	-,24	-,37	-,24
Domínios									
Rejeição	,10	,11	,16	,04	,08	,15	,01	,30	,06
Autonomia e desempenho	,59**	,60**	,50**	,54**	,46*	,39*	,46**	,51**	,36*
Limites	,20	,09	-,08	,23	,28	,28	,24	,05	,12
Dirigidos aos outros	,38*	,38*	,28	,38*	,30	,35	,22	,49**	,32
Hipervigilância/Inibição	-,08	-,04	-,15	,05	-,11	-,00	-,20	-,03	-,06
Esquemas									
Dependência e incompetência	,50**	,41*	,19	,51**	,52**	,45*	,52**	,34	,25
Subjugação	,29	,32	,31	,25	,21	,24	,16	,40*	,21
Vulnerabilidade ao dano e doença	,38*	,49**	,59**	,27	,21	,09	,29	,37*	,33
Auto controlo insuficiente	,41*	,29	,10	,38*	,46**	,45*	,42*	,24	,29
Privação emocional	,14	,05	,09	-,00	,22	,29	,13	,43*	,10
Abandono-instabilidade	,16	,25	,31	,13	,04	,10	-,01	,32	,14
Desconfiança e abuso	-,15	-,05	,05	-,13	-,22	-,19	-,22	-,04	-,12
Isolamento e alienação social	,05	,07	,06	,06	,02	,01	-,05	,07	-,02
Vergonha-inferioridade	,23	,22	,13	,24	,21	,21	,18	,35	,16
Procura de aprovação	,39*	,37*	,18	,46*	,34	,40*	,24	,48**	,37*
Fracasso	,45*	,45*	,27	,49**	,37*	,43*	,27	,45*	,23
Punição	-,08	-,04	-,01	-,06	-,10	,02	-,21	,05	,08
Inibição emocional	,29	,26	,10	,34	,28	,26	,26	,22	,13
Hipercrítica	-,28	-,22	-,29	-,10	-,29	-,19	-,35	-,23	-,24
Grandiosidade	-,07	-,13	-,25	,00	-,00	,01	-,02	-,16	-,09
Activação comportamental	-,52**	-,45*	-,32	-,46**	-,50**	-,50**	-,44*	-,50**	-,44*
Acontecimentos de vida	-,38*	-,32	-,25	-,30	-,37*	-,20	-,49**	-,24	-,28

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

Foi, ainda, obtida uma correlação negativa mas estatisticamente significativa entre os tempos de reacção ao reconhecimento específico de palavras com conteúdo de ameaça física e a activação comportamental ($r = -.46, p = .01$).

Por outro lado, os tempos de reacção ao reconhecimento de palavras com conteúdo negativo correlacionaram-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a nota total do BDI e os critérios de diagnóstico do DSM, a satisfação com a vida, os pensamentos automáticos, os domínios de autonomia/desempenho, e os esquemas de dependência e incompetência, auto-controlo insuficiente, procura de aprovação, activação comportamental e acontecimentos de vida, com valores que variaram entre $-.50$ (activação comportamental, $p = .005$) e $.53$ (sintomatologia depressiva avaliada pelos critérios do DSM, $p = .002$).

Os tempos de reacção ao reconhecimento de palavras com conteúdo passivo correlacionaram-se de forma estatisticamente significativa com a nota total do BDI e os critérios de diagnóstico do DSM, a satisfação com a vida, os pensamentos automáticos, os domínios de autonomia/desempenho, os esquemas de dependência e incompetência, auto-controlo insuficiente, procura de aprovação e fracasso e, ainda, a activação comportamental, com valores que variaram entre $-.56$ (satisfação com a vida, $p = .001$) e $.62$ (critérios de diagnóstico do DSM, $p = .002$).

Os tempos de reacção ao reconhecimento de palavras com conteúdo agressivo correlacionaram-se de forma estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva avaliada através dos critérios de diagnóstico do DSM, os domínios de autonomia/desempenho, e os esquemas de dependência/incompetência, auto-controlo insuficiente, a activação comportamental e os acontecimentos de vida, com valores que variaram entre $-.49$ (acontecimentos de vida, $p = .006$) e $.52$ (esquemas de dependência/incompetência, $p = .003$).

Os tempos de reacção ao reconhecimento de palavras com conteúdo positivo correlacionaram-se de forma estatisticamente significativa com os domínios de autonomia/desempenho e dirigidos aos outros, os esquemas de subjugação, vulnerabilidade ao dano e doença, privação emocional, vergonha e inferioridade e fracasso e, ainda, a activação comportamental, com valores que variaram entre $-.50$ (activação comportamental, $p = .005$) e $.51$ (domínios de autonomia/desempenho, $p = .004$).

Por fim, os tempos de reacção ao reconhecimento de palavras com conteúdo neutro correlacionaram-se de forma estatisticamente significativa com os domínios de autonomia/desempenho, os esquemas de procura de aprovação e a activação comportamental, variando os valores entre $-.44$ (activação comportamental, $p = .01$) e $.37$ (procura de aprovação, $p = .04$).

Estes resultados indicaram que os indivíduos do grupo clínico com mais sintomatologia depressiva, mais pensamentos automáticos negativos, mais domínios de esquemas relacionados com autonomia e desempenho, dirigidos aos outros, mais esquemas de dependência e incompetência, vulnerabilidade ao dano e fracasso, demoraram mais tempo no reconhecimento de palavras com conteúdo negativo, de ameaça, passivas e agressivas. Por outro lado, os indivíduos que relataram mais activação comportamental e mais pensamentos automáticos positivos demoraram menos tempo a reconhecer palavras com conteúdo negativo.

Seguidamente, são apresentados no Quadro XXVIII os resultados obtidos pela análise das correlações entre o indicador da memória implícita, relativo ao número de palavras completadas com as palavras previamente apresentadas, com as restantes variáveis em análise.

O número de palavras completadas com conteúdo negativo correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com os domínios relacionados com rejeição, hipervigilância e inibição e, ainda, com os esquemas de desconfiança/abuso, isolamento e alienação social, vergonha/inferioridade e hipercrítica, com valores que variaram entre $.37$ (esquemas de vergonha/inferioridade, $p = .03$) e $.57$ (esquemas de hipercrítica, $p = .001$).

Já o número de palavras completadas com conteúdo de ameaça correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com os domínios de rejeição, hipervigilância/inibição, e com os esquemas de desconfiança/abuso, isolamento/alienação social e hipercrítica, com valores que variaram entre $.40$ (domínios de rejeição e esquemas de isolamento/alienação social, $p = .02$) e $.53$ (domínios de hipervigilância/inibição, $p = .003$).

Quadro XXVIII- Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da memória implícita com os indicadores dos auto-relatos

	Negativas	Ameaça	Ameaça Social	Ameaça Física	Negativas e agressivas	Agressivas	Negativas	Positivas
Sintomatologia depressiva								
Nota total do BDI	-,16	-,11	-,08	-,10	-,20	-,32	-,02	-,09
Crítérios do DSM	-,35	-,30	-,27	-,22	-,23	-,17	-,18	-,21
Pensamentos Automáticos								
Negativos	,08	,05	,17	-,13	,09	,06	,07	-,09
Positivos	,22	,17	,17	,11	,19	,32	,00	,19
Domínios								
Rejeição	,44*	,40*	,38*	,27	,22	,11	,21	,05
Autonomia e desempenho	,03	-,06	-,01	-,09	,28	,18	,24	-,18
Limites	-,05	,04	,06	,00	-,29	-,45*	-,04	,25
Dirigidos aos outros	,18	,11	,10	,09	,23	,08	,25	-,05
Hipervigilância/Inibição	,56*	,53*	,52*	,33	,24	,05	,29	,22
Esquemas								
Dependência e incompetência	-,03	-,10	-,01	-,18	,18	,17	,11	-,01
Subjugação	,17	,14	,12	,10	,15	-,01	,22	-,11
Vulnerabilidade ao dano e doença	,00	-,08	-,04	-,10	,25	,14	,23	-,19
Auto controlo insuficiente	-,13	-,08	-,05	-,08	-,19	-,33	,00	,16
Privação emocional	,26	,27	,16	,31	,03	,07	-,01	-,03
Abandono-instabilidade	,16	,07	,11	-,01	,29	,18	,25	-,21
Desconfiança e abuso	,44*	,42*	,47**	,17	,17	,05	,19	,10
Isolamento e alienação social	,46**	,40*	,42*	,21	,29	,07	,33	,19
Vergonha-inferioridade	,37*	,35	,29	,30	,16	,09	,14	,20
Procura de aprovação	,14	,06	,05	,05	,28	,19	,23	,03
Fracasso	,12	,06	,02	,09	,19	,10	,18	-,18
Punição	,10	,15	,13	,12	-,11	-,33	,11	,01
Inibição emocional	,35	,30	,30	,17	,24	,14	,21	,07
Hipercrítica	,57**	,51**	,51**	,31	,28	,19	,24	,28
Grandiosidade	,05	,16	,17	,09	-,31	-,42*	-,08	,26
Satisfação Vida	,17	,11	,12	,04	,22	,23	,12	,17
Activação comportamental	,22	,18	,11	,22	,14	,34	-,06	,12
Acontecimentos de vida	,15	,09	,14	-,00	,18	,09	,17	,09

Nota: * $p \leq .05$.

Por último, o número de palavras completadas com conteúdo específico de ameaça social correlacionou-se de forma estatisticamente significativa com os domínios de rejeição e hipervigilância/inibição, e com os esquemas de desconfiança/abuso, isolamento/alienação social e hipercrítica, com valores que variaram entre ,38 (domínios de rejeição, $p = ,03$) e ,52 (domínios de hipervigilância/inibição, $p = ,003$).

Estes resultados mostraram que os indivíduos do grupo clínico que completaram mais palavras relacionadas com conteúdos negativos, especificamente de ameaça social, relataram mais domínios de rejeição e hipervigilância/inibição e mais esquemas de desconfiança/abuso, isolamento, vergonha e hipercrítica.

6.2.6. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da interpretação com a depressão, pensamentos automáticos, satisfação com a vida, activação comportamental, acontecimentos de vida e esquemas maladaptativos

As associações entre os indicadores dos enviesamentos da interpretação relativos às atribuições emocionais e à avaliação da intensidade das emoções atribuídas com os indicadores dos auto-relatos no grupo clínico foram estudadas através do coeficiente de Pearson e podem observar-se no Quadro XXIX.

O número de expressões faciais identificadas como alegres correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com os domínios relacionados com limites ($r = ,40$, $p = ,02$) e os esquemas de auto controlo insuficiente ($r = ,50$, $p = ,005$) enquanto que a intensidade das expressões faciais avaliadas como zangadas se associou de forma positiva e estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva avaliada pelos critérios de diagnóstico do «DSM» ($r = ,48$, $p = ,01$) e a intensidade das expressões faciais avaliadas como tristes se associou de forma positiva e estatisticamente significativa com os esquemas de auto controlo insuficiente ($r = ,42$, $p = ,02$). Estes resultados demonstraram que os indivíduos do grupo clínico que identificaram mais expressões faciais alegres relataram mais domínios relacionados com esquemas de limites e de auto controlo insuficiente, que os indivíduos que identificaram mais expressões faciais zangadas relataram mais sintomatologia depressiva e, por fim, que os indivíduos que identificaram mais expressões faciais como tristes relataram menos esquemas de auto controlo insuficiente.

Quadro XXIX- Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da interpretação (atribuições e avaliação da intensidade emocional) com os indicadores dos auto-relatos.

	EFZ	EFT	EFA	I-EFZ	I-EFT	I-EFA
Sintomatologia depressiva						
Nota total do BDI	-,19	-,09	,28	-,37	,18	,05
Crítérios do DSM	-,28	-,03	,32	-,48*	,23	,06
Pensamentos Automáticos						
Negativos	-,15	,05	,24	-,33	,16	,05
Positivos	,21	,22	-,33	,36	-,26	,04
Domínios						
Rejeição	,10	-,05	,03	,22	,03	-,16
Autonomia e desempenho	-,07	-,16	,18	,03	,09	,02
Limites	-,28	-,09	,40*	-,31	,31	,16
Dirigidos aos outros	-,07	,01	,14	-,03	,13	,00
Hipervigilância/Inibição	,05	-,14	,05	,06	,09	-,18
Esquemas						
Dependência e incompetência	,05	-,29	,21	,14	,06	-,06
Subjugação	-,19	,04	,25	-,17	,18	,09
Vulnerabilidade ao dano e doença	-,12	,01	,07	,03	-,01	,16
Auto controlo insuficiente	-,34	-,13	,50**	-,34	,42*	,07
Privação emocional	,09	,00	-,01	,22	-,05	-,13
Abandono-instabilidade	-,06	,01	,03	-,00	,08	-,11
Desconfiança e abuso	,10	,04	,01	,25	,06	,06
Isolamento e alienação social	,04	-,11	,09	,06	,10	-,28
Vergonha-inferioridade	,19	-,23	,01	,31	-,01	-,18
Procura de aprovação	,07	-,02	-,00	,12	,04	-,11
Fracasso	-,07	-,15	,14	-,10	,21	-,10
Punição	-,08	-,14	,00	-,20	-,15	-,20
Inibição emocional	,18	-,15	,03	,19	,03	-,08
Hipercrítica	,01	-,02	,06	,10	,22	-,13
Grandiosidade	-,12	-,02	,17	-,18	,09	,20
Satisfação Vida	,09	,09	-,20	,30	-,11	,05
Activação comportamental	,20	,24	-,27	,23	-,30	-,15
Acontecimentos vida	,19	,05	-,07	-,04	-,09	-,40

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$. EFZ- Expressões Faciais Zangadas; EFT- Expressões Faciais Tristes; EFA- Expressões Faciais Alegres; I-EFZ-Intensidade das Expressões Faciais Zangadas; I-EFT- Intensidade das Expressões Faciais Tristes; I-EFA- Intensidade das Expressões Faciais Alegres.

O Quadro XXX mostra agora os resultados obtidos pela análise das correlações entre os tempos de reacção a atribuição de emoções às expressões faciais e à avaliação da intensidade dessas emoções com as restantes variáveis em análise.

O tempo de reacção à atribuição das expressões emocionais de tristeza correlacionou-se de forma positiva estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva avaliada pela nota total do BDI e pelos critérios de diagnóstico do DSM, os domínios relacionados com limites e os esquemas de auto controlo insuficiente, com valores que variaram entre ,38 (domínios relacionados com limites, $p = ,03$) e ,50 (esquemas de auto controlo insuficiente, $p = ,005$). Foi, ainda, obtida uma correlação negativa estatisticamente significativa entre o

tempo de reacção à avaliação da intensidade das expressões faciais tristes e os pensamentos automáticos positivos ($r = ,-.39$, $p = ,.03$).

Quadro XXX Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da interpretação(tempos de reacção) com o indicadores dos auto-relatos. .

	TR EFZ	TR EFT	TR EFA	TR I-EFZ	TR I-EFT	TR I-EFA
Sintomatologia depressiva						
Nota total do BDI	-,16	,34	-,04	-,19	,31	-,07
Crítérios do DSM	-,22	,42*	,03	-,21	,46**	,01
Pensamentos Automáticos						
Negativos	-,16	,29	,68	-,14	,30	,04
Positivos	,17	-,39	,16	,17	-,39*	,14
Domínios						
Rejeição	,15	,06	-,05	,15	,02	-,05
Autonomia e desempenho	-,00	,25	-,08	,01	,22	-,08
Limites	-,31	,38*	-,07	-,33	,39*	-,10
Dirigidos aos outros	-,01	,22	,07	-,01	,18	,05
Hipervigilância/Inibição	,03	,05	-,13	,00	,00	-,17
Esquemas						
Dependência e incompetência	,13	,28	-,22	,15	,27	-,23
Subjugação	-,14	,31	,09	-,13	,29	,08
Vulnerabilidade ao dano e doença	-,09	,12	,08	-,08	,05	,09
Auto controlo insuficiente	-,33	,49**	-,08	-,33	,50**	-,10
Privação emocional	,17	,04	,02	,19	,01	,03
Abandono-instabilidade	,01	,07	,02	,01	,05	,02
Desconfiança e abuso	,08	,02	,02	,08	-,02	,02
Isolamento e alienação social	,06	,07	-,14	,05	,04	-,17
Vergonha-inferioridade	,22	,04	-,20	,22	-,01	-,21
Procura de aprovação	,14	,06	,04	,13	,02	,00
Fracasso	-,00	,21	-,11	-,00	,22	-,12
Punição	-,13	-,01	-,15	-,18	-,04	-,16
Inibição emocional	,19	,07	-,09	,18	,02	-,12
Hipercrítica	,00	,04	-,04	-,00	,00	-,08
Grandiosidade	-,19	,15	-,04	-,21	,14	-,06
Satisfação Vida	,05	-,26	,03	,03	-,28	,03
Activação comportamental	,19	-,34	,15	,22	-,33	,17
Acontecimentos vida	,16	-,06	,01	,12	-,13	-,03

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$. TR-EFZ = Tempo de Reacção às Expressões Faciais Zangadas; TR-EFT = Tempo de Reacção às Expressões Faciais Tristes; TR-EFA = Tempo de Reacção às Expressões Faciais Alegres; TR-1-EFZ = Tempo de Reacção à Intensidade das Expressões Faciais Zangadas; TR-1-EFT = Tempo de Reacção à Intensidade das Expressões Faciais Tristes; TR-IEFA = Tempo de Reacção à Intensidade das Expressões Faciais Alegres.

Estes resultados demonstraram que os indivíduos do grupo clínico com maior sintomatologia depressiva, mais domínios relacionados com limites e com pouco auto controlo demoraram mais tempo a atribuir a emoção de tristeza e a avaliar a intensidade das mesmas. Por outro lado, os indivíduos que relataram mais pensamentos automáticos positivos demoraram menos tempo a atribuir a emoção de tristeza.

6.2.7. Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção, memória e interpretação

As associações entre os diversos indicadores dos enviesamentos do processamento de informação no grupo clínico foram analisadas através do coeficiente de correlação de Pearson. O Quadro XXXI mostra os resultados das associações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção com os indicadores dos enviesamentos da memória

Quadro XXXI- Correlações entre os enviesamentos da atenção e da memória.

	TR Ameaça	TR Ameaça Social	TR Ameaça Física	TR Negativas	TR Passivas	TR gressivas	TR Positivas
Recordação Livre	,19	,25	,07	-,00	-,19	,15	,12
Acertos Ameaça	-,33	-,21	-,34	-,07	-,12	-,01	-,36*
Acertos Ameaça Social	-,35	-,27	-,31	-,09	-,08	-,08	-,38*
Acertos Ameaça Física	-,21	-,08	-,28	-,03	-,14	,07	-,25
Acertos Negativas	-,22	-,17	-,20	-,08	-,19	,03	-,09
Acertos Passivas	-,13	-,04	-,19	-,05	-,23	,11	-,15
Acertos Agressivas	-,25	-,28	-,13	-,08	-,06	-,07	,03
Acertos Positivas	-,18	-,13	-,17	-,17	-,25	-,05	-,13
Acertos Neutras	-,39*	-,34	-,30	-,28	-,26	-,23	,11
TR Acertos Ameaça	,12	,05	,15	,00	,16	-,13	-,40*
TR Acertos Ameaça Social	,02	,01	,02	,08	,10	,03	-,33
TR Acertos Ameaça Física	,19	,07	,24	-,06	,17	-,25	-,37*
TR Negativas	,09	,00	,14	,00	,25	-,20	-,35
TR Passivas	,04	-,02	,09	,03	,30	-,20	-,23
TR Agressivas	,02	-,05	,09	-,00	,27	-,23	-,21
TR Positivas	,10	,14	,02	,27	,42*	,06	-,23
Completamento Ameaça	-,01	-,02	,00	-,07	-,20	,04	,42*
Completamento Ameaça Social	,00	,03	-,03	-,03	-,10	,02	,21
Completamento Ameaça Física	-,03	-,11	,06	-,10	-,26	,05	,56**
Completamento Negativas	,08	,00	,12	-,07	-,21	,06	,39*
Completamento Agressivas	,20	,06	,27	,00	-,11	,10	,21
Completamento Negativas	,24	,09	,31	-,00	-,02	,01	-,15
Completamento Positivas	,08	-,11	,27	-,22	-,30	-,10	,33

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. TR = Tempo de Reacção.

Os tempos de reacção à nomeação da cor de palavras com conteúdo de ameaça correlacionaram-se de forma negativa e estatisticamente significativa, com o número de palavras neutras reconhecidas ($r = -,39$, $p = ,03$) enquanto que os tempos de reacção à nomeação da cor de palavras com conteúdo passivo se correlacionaram de forma positiva estatisticamente significativa com os tempos de reacção relativos aos acertos de palavras positivas ($r = ,42$, $p = ,01$).

Os tempos de reacção à nomeação da cor de palavras positivas correlacionaram-se de forma negativa estatisticamente significativa com os acertos nas palavras com conteúdo de ameaça e, especificamente, os acertos nas palavras com conteúdo de ameaça social, e com os tempos de reacção aos acertos nas palavras com conteúdo de ameaça geral e ameaça física, com valores que variaram entre $-.36$ (acertos nas palavras com conteúdo de ameaça, $p = .04$) e $.40$ (tempos de reacção aos acertos nas palavras com conteúdo de ameaça, $p = .02$).

O tempo de reacção à nomeação da cor de palavras positivas correlacionou-se de forma positiva estatisticamente significativa com o completamento de palavras com conteúdo de ameaça, de ameaça social e palavras negativas, com valores que variaram entre $.39$ (completamento de palavras negativas, $p = .03$) e $.56$ (completamento de palavras com conteúdo de ameaça física, $p = .001$).

Estes resultados demonstraram que os indivíduos do grupo clínico que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo de ameaça obtiveram menos acertos no reconhecimento de palavras com conteúdo neutro. Por outro lado, os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo positivo obtiveram menos acertos no reconhecimento das palavras de ameaça, demoraram menos tempo a reconhecer as palavras com este conteúdo e completaram mais palavras com conteúdo ameaçador.

O Quadro XXXII mostra agora as associações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção com os indicadores dos enviesamentos da interpretação.

O tempo de reacção na nomeação da cor de palavras com conteúdo de ameaça social correlacionou-se de forma positiva estatisticamente significativa com o número de expressões faciais alegres atribuído e com o tempo de reacção à atribuição desta emoção e à avaliação da sua intensidade, com valores que variaram entre $.41$ (tempo de reacção à avaliação da intensidade das expressões faciais alegres, $p = .02$) e $.43$ (tempo de reacção à atribuição da emoção alegria às expressões faciais, $p = .01$).

Quadro XXXII - Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da atenção e da interpretação.

	T Ameaça	TR Ameaça Social	TR Ameaça Física	TR Negativas	TR Passivas	TR Agressivas	TR Positivas
EFZ	,26	,18	,25	,10	-,08	,23	,05
EFT	-,26	-,30	-,14	-,23	-,05	-,31	-,06
EFA	,10	,42*	-,26	,34	,16	,40*	,11
IEFZ	,18	,13	,18	,19	,00	,27	-,03
IEFT	-,23	-,26	-,11	-,22	-,05	-,30	,01
IEFA	-,21	,09	-,41	,35	,43*	,14	,19
TREFT	-,26	-,27	-,17	-,18	,02	-,31	-,05
TREFA	,11	,43*	-,24	,37*	,22	,40*	,12
TRIEFZ	,27	,18	,28	,09	-,07	,21	,05
TRIEFT	-,29	-,31	-,17	-,23	,02	-,38*	-,02
TRIEFA	,11	,41*	-,23	,37*	,22	,40*	,11

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. TR = Tempo de Reacção.

O tempo de reacção à nomeação da cor das palavras negativas correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com o tempo de reacção à atribuição e avaliação das expressões faciais alegres, com valores iguais a ,37 ($p = ,03$) enquanto que o tempo de reacção à nomeação da cor das palavras passivas se correlacionou de forma positiva estatisticamente significativa com o tempo de reacção relativo à avaliação da intensidade das expressões faciais alegres ($r = ,43$, $p = ,05$).

O tempo de reacção à nomeação da cor de palavras agressivas correlacionou-se de forma positiva e estatisticamente significativa com a atribuição de expressões faciais alegres e com os tempos de reacção à atribuição e avaliação destas emoções, com valores iguais a ,40 ($p = ,02$) e correlacionou-se de forma negativa mas também estatisticamente significativa com o tempo de reacção à avaliação da intensidade das expressões faciais tristes ($r = -,38$, $p = ,03$).

Estes resultados demonstraram que os indivíduos do grupo clínico que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo de ameaça social atribuíram mais expressões faciais de alegria e demoraram mais tempo na atribuição e avaliação da intensidade dessa emoção. Os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo negativo demoraram também mais tempo na atribuição e avaliação da intensidade da emoção positiva enquanto que os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo passivo avaliaram como mais intensa a emoção positiva. Por fim, os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com

conteúdo agressivo atribuíram mais emoções positivas e demoraram mais tempo na atribuição e avaliação da intensidade desta emoção e menos tempo na avaliação da intensidade da tristeza.

Por último, o Quadro XXXIII mostra as associações entre os indicadores dos enviesamentos da memória com os indicadores dos enviesamentos da interpretação.

Quadro XXXIII- Correlações entre os indicadores dos enviesamentos da memória e da interpretação

	EFZ	EFT	EFA	IEFZ	IEFT	IEFA	TR EFZ	TR EFT	TR EFA	TR IEFZ	TR IEFT	TR IEFA
Recordação Livre	-,06	,07	-,00	-,03	-,09	,08	-,13	-,03	,09	-,10	-,02	,09
Acertos Ameaça	,34	-,17	-,27	,38*	-,09	-,40*	,32	-,19	-,42*	,22	-,20	-,22
Acertos AS	,27	-,18	-,27	,33	,08	-,43*	,23	-,17	-,47**	,16	-,18	-,31
Acertos AF	,34	-,12	-,19	,34	-,31	-,25	,34	-,16	-,26	,23	-,17	-,05
Acertos Negativas	,21	-,18	-,00	,22	-,23	-,11	,18	-,23	-,12	,11	-,24	-,25
Acertos Passivas	,15	-,03	,04	,16	-,11	-,19	,11	-,07	-,21	,00	-,10	-,36*
Acertos Agressivas	,20	-,30	-,07	,20	-,31	,04	,21	-,34	,04	,21	-,34	-,01
Acertos Positivas	,16	-,10	-,09	,26	-,23	-,11	,13	-,07	-,11	,07	-,07	-,07
Acertos Neutras	,04	-,06	-,21	,02	-,23	,08	,05	-,11	,08	,02	-,11	-,41*
TR Acertos Ameaça	,40*	-,14	-,23	,32	,40	-,37*	,47**	-,04	-,35	,44*	-,04	,07
TR Acertos AS	,28	-,06	-,17	,16	,42	-,33	,31	,00	-,32	,25	,02	,03
TR Acertos AF	,41*	-,18	-,22	,38*	,26	-,31	,49**	-,07	-,29	,51**	-,08	,08
TR Negativas	,41*	-,15	-,21	,30	,40	-,29	,50**	-,03	-,26	,51**	-,03	,07
TR Passivas	,35	-,16	-,27	,28	,13	-,18	,45*	-,07	-,14	,51**	-,07	,12
TR Agressivas	,30	-,10	-,03	,18	,43	-,14	,40*	,01	-,10	,42*	,01	,00
TR Positivas	,09	,18	-,04	,05	,45*	-,16	,23	,29	-,14	,23	,29	,09
Cplto Ameaça	-,16	-,08	,40*	-,09	-,14	,33	-,25	-,17	,35	-,23	-,14	-,32
Cplto AS	,03	-,09	,26	,08	-,01	,13	-,03	-,16	,15	-,03	-,15	-,25
Cplto AF	-,39*	-,02	,46*	-,30	-,28	,49**	-,47**	-,10	,50**	-,42*	-,07	-,30
Cplto Negativas	-,17	-,08	,43*	-,07	-,18	,33	-,25	-,16	,34	-,25	-,15	-,31
Cplto Agressivas	-,17	,05	,39*	-,10	-,13	,26	-,15	,04	,30	-,13	,03	-,04
Cplto Negativas	,03	-,09	-,02	,11	-,11	-,12	,01	-,07	-,15	-,05	-,10	-,01
Cplto Positivas	,00	-,41*	,31	,09	-,53*	,25	-,15	-,45*	,22	-,18	-,47**	-,16

Nota: * $p \leq .05$; ** $p \leq .01$. TR = Tempo de Reacção. Cplto = Completamento As = Ameaça Social. AF = Ameaça Física. EFZ- Expressões Faciais Zangadas; EFT- Expressões Faciais Tristes; EFA- Expressões Faciais Alegres; IEFZ-Intensidade das Expressões Faciais Zangadas; IEFT- Intensidade das Expressões Faciais Tristes; IEFA- Intensidade das Expressões Faciais Alegres.

A atribuição de expressões faciais zangadas correlacionou-se positivamente de forma estatisticamente significativa com os tempos de reacção aos acertos nas palavras de ameaça, ameaça física e negativas, com valores que variaram entre ,40 (tempo de reacção aos acertos nas palavras de ameaça, $p = ,02$) e ,41 (tempo de reacção aos acertos nas palavras de ameaça

física e negativas, $p = ,02$), tendo-se correlacionado, ainda, negativamente mas de forma estatisticamente significativa com o completamento de palavras de ameaça física ($r = ,39$, $p = ,03$)

A atribuição de expressões faciais alegres correlacionou-se positivamente de forma estatisticamente significativa com o completamento de palavras de ameaça, ameaça física, negativas e agressivas, com valores que variam entre ,39 (completamento de palavras agressivas, $p = ,04$) e ,46 (completamento de palavras de ameaça física, $p = ,01$)

A avaliação da intensidade das expressões faciais zangadas correlacionou-se positivamente de forma estatisticamente significativa com os acertos de ameaça e os acertos nas palavras de ameaça e os tempos de reacção para acertos em palavras de ameaça física ($r = ,38$, $p = ,03$).

A avaliação da intensidade das expressões faciais tristes correlacionou-se positivamente de forma estatisticamente significativa com o tempo de reacção aos acertos nas palavras positivas ($r = ,45$, $p = ,04$) e negativamente, mas de forma também estatisticamente significativa com o completamento de palavras positivas ($r = -,53$, $p = ,01$).

A avaliação da intensidade das expressões faciais alegres correlacionou-se negativamente de forma estatisticamente significativa com os acertos nas palavras de ameaça, e ameaça social e com os tempos de reacção aos acertos em palavras de ameaça, com valores que variam entre, -,37 (tempos de reacção a acertos de palavras de ameaça, $p = ,04$) e -,43 (acertos nas palavras de ameaça social, $p = ,01$), tendo-se correlacionado positivamente de forma estatisticamente significativa com o completamento de palavras de ameaça física ($r = ,49$, $p = ,005$).

Os tempos de reacção na identificação das expressões faciais zangadas correlacionaram-se positivamente de forma estatisticamente significativa com os tempos de reacção aos acertos nas palavras de ameaça, ameaça física, negativas, passivas e agressivas, com valores que variaram entre ,40 (tempo de reacção aos acertos nas palavras agressivas, $p = ,02$) e ,50 (tempo de reacção aos acertos nas palavras negativas, $p = ,005$), correlacionando-se ainda de forma negativa estatisticamente significativa com o completamento de palavras de ameaça física ($r = -,47$, $p = ,008$).

O tempo de reacção na identificação de expressões faciais tristes correlacionou-se negativamente de forma estatisticamente significativa com o completamento de palavras positivas ($r = -,45, p = ,01$) enquanto que o tempo de reacção na identificação de expressões faciais alegres se correlacionou negativamente de forma estatisticamente significativa com os acertos nas palavras de ameaça ($r = -,42, p = ,01$) e ameaça social ($r = -,47, p = ,009$), e positivamente de forma estatisticamente significativa com o completamento de palavras de ameaça física ($r = ,50, p = ,004$).

Os tempos de reacção à avaliação da intensidade das expressões faciais zangadas correlacionaram-se positivamente de forma estatisticamente significativa com os tempos de reacção aos acertos nas palavras de ameaça física, ameaça negativa, passivas e agressivas, com valores que variaram entre ,42 (tempo de reacção aos acertos nas palavras agressivas, $p = ,01$) e ,51 (tempo de reacção aos acertos nas palavras de ameaça física, negativas e passivas, $p = ,004$) e correlacionou-se, ainda, de forma negativa mas estatisticamente significativa com o completamento de palavras de ameaça física ($r = -,42, p = ,01$).

Por fim, os tempos de reacção à avaliação da intensidade das expressões faciais tristes correlacionaram-se negativamente de forma estatisticamente significativa com o completamento de palavras positivas ($r = -,47, p = ,008$) enquanto que os tempos de reacção à avaliação da intensidade das expressões faciais alegres se correlacionou negativamente de forma estatisticamente significativa com os acertos nas palavras neutras ($r = -,41, p = ,02$) e nos acertos de palavras passivas ($r = -,36, p = ,04$).

Estes resultados demonstraram que os indivíduos do grupo clínico que obtiveram menos acertos nas palavras com conteúdo de ameaça e ameaça social avaliaram como mais intensas e demoraram mais tempo na avaliação da intensidade as expressões faciais alegres. Os indivíduos que demoraram mais tempo nos acertos das palavras com conteúdo negativo «ameaça, ameaça física, negativas, passivas e agressivas» demoraram também mais tempo na atribuição e avaliação da intensidade das expressões faciais zangadas. Por outro lado, os indivíduos que completaram mais palavras com conteúdo negativo (ameaça, ameaça física, negativas e agressivas) atribuíram mais expressões faciais alegres.

6.3. *Análise do papel mediador dos pensamentos automáticos negativos e dos enviesamentos da memória*

6.3.1. *Análises de regressão mediadoras simples, com vista à previsão da sintomatologia depressiva no grupo clínico*

Com base no modelo cognitivo de Beck (Beck, et al.,1979), que postula que a sintomatologia depressiva resulta, pelo menos em parte, dos pensamentos automáticos negativos, os quais são o produto da activação dos esquemas maladaptativos, foi testado empiricamente um modelo de mediação no grupo clínico. Deste modo, de forma a prever sintomatologia depressiva, tendo por base os esquemas maladaptativos (agrupados em cinco domínios independentes), e tendo em consideração o papel mediador dos pensamentos automáticos negativos na relação entre estes domínios e a sintomatologia depressiva, foram realizadas cinco análises de regressão mediadas simples.

O Quadro XXXIV mostra os resultados dos coeficientes de regressão obtidos, bem como os efeitos directos e indirectos e os índices de ajustamento, para o modelo testado que contempla os domínios relacionados com os esquemas de rejeição como variável independente.

Quadro XXXIV- Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão, a partir dos domínios de rejeição.

Índices de ajustamento			
$R^2 = ,47$; $F_{2, 27} = 12,07$; $p < ,001$			
VI para o mediador	<i>B</i>	<i>EP</i>	<i>t</i>
Esquemas de rejeição	,43	,13	3,14**
Mediador para a VD			
Pensamentos Automáticos Negativos	,26	,07	3,58**
Efeito total da VI sobre a VD			
Esquemas de rejeição	,18	,06	2,82**
Efeito directo da VI sobre a VD controlando os mediadores			
Esquemas de rejeição	,07	,06	1,06
Estimativas de Bootstrap	Estimativas IC 95%		
Efeito total indirecto	,11	,03 - ,23*	
Pensamentos Automáticos Negativos	,11	,03 - ,23*	

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$. VI = Variável Independente; VD = Variável dependente.
EP = Erro padrão; IC = Intervalo de Confiança. O intervalo de confiança não contempla o valor 0 pelo que o efeito foi significativo.

Este modelo explicou, aproximadamente, 47% da variância da sintomatologia depressiva, $p \leq ,01$. O efeito total ($p = ,009$) e o efeito indirecto (intervalo de confiança de 95% entre ,03 e ,23) foram significativos, sugerindo uma mediação completa, através dos pensamentos automáticos negativos. Deste modo, o efeito dos domínios relacionados com os esquemas de rejeição sobre a sintomatologia depressiva foi mediado pelos pensamentos automáticos negativos (ver Figura I).

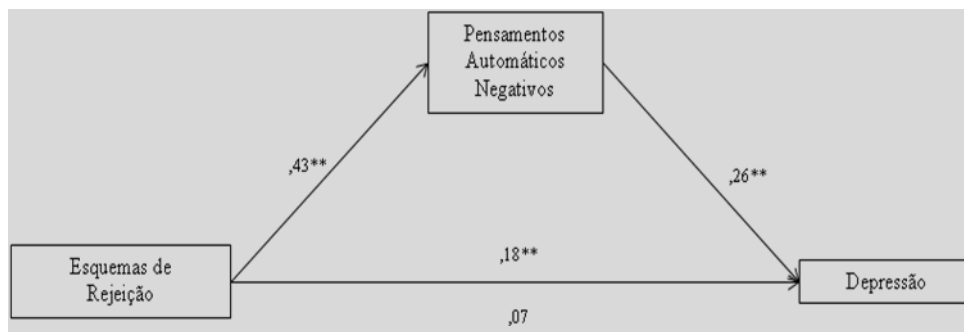


Figura I. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas de rejeição.

Nota: ** $p \leq ,01$.

O Quadro XXXV mostra agora os resultados dos coeficientes de regressão obtidos, em conjunto com os efeitos directos e indirectos e os índices de ajustamento para o modelo testado, o qual contempla agora os domínios relacionados com os esquemas de autonomia/desempenho como variável independente.

Quadro XXXV- Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão a partir dos domínios de autonomia/desempenho

Índices de ajustamento			
$R^2 = ,51$; $F_{2, 27} = 14,00$; $p < ,0001$			
VI para o mediador	β	EP	t
Autonomia /desempenho	,78	,21	3,69***
Mediador para a VD			
Pensamentos Automáticos Negativos	,22	,07	3,04**
Efeito total da VI sobre a VD			
Esquemas de autonomia/desempenho	,36	,09	2,80***
Efeito directo da VI sobre a VD controlando os mediadores			
Esquemas de autonomia / desempenho	,18	,10	1,80
Estimativas de Bootstrap	Estimativas IC 95%		
Efeito total indirecto	,17	,04 - ,39*	
Pensamentos Automáticos Negativos	,17	,04 - ,39*	

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$. VI = Variável Independente; VD = Variável dependente. EP = Erro padrão; IC = Intervalo de Confiança. O intervalo de confiança não contempla o valor 0 pelo que o efeito foi significativo.

Este modelo explicou, aproximadamente, 51% da variância da sintomatologia depressiva, $p \leq ,01$. O efeito total ($p = ,0007$) e o efeito indirecto (intervalo de confiança de 95% entre ,04 e ,39) foram significativos, sugerindo também uma mediação completa, através dos pensamentos automáticos negativos. Deste modo, o efeito dos domínios relacionados com os esquemas de autonomia/e desempenho sobre a sintomatologia depressiva foi mediado pelos pensamentos automáticos negativos (ver Figura II).

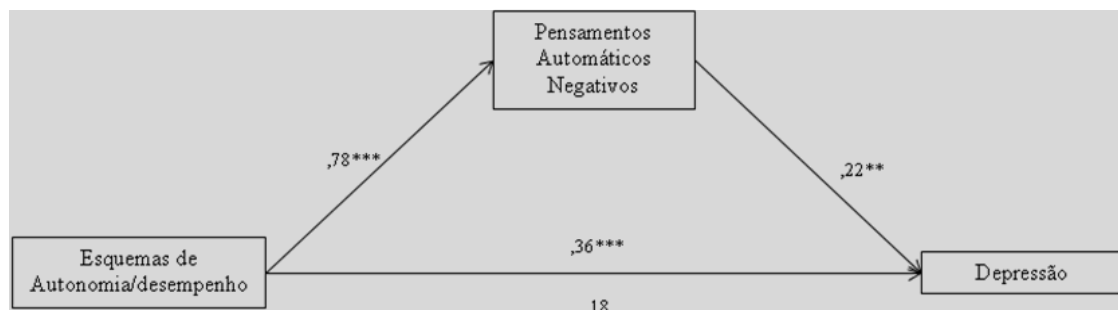


Figura II. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas de autonomia/desempenho. Nota: ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

O Quadro XXXVI mostra agora os resultados dos coeficientes de regressão obtidos, em conjunto com os efeitos directos e indirectos e os índices de ajustamento para o modelo testado, o qual contempla os domínios relacionados com os esquemas de ausência de limites como variável independente.

Quadro XXXVI- Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão, tendo os domínios de ausência de limites

Índices de ajustamento			
$R^2 = ,52$; $F_{2, 27} = 14,68$; $p < ,0001$			
VI para o mediador	β	EP	t
Ausência de limites	,46	,34	3,36
Mediador para a VD			
Pensamentos Automáticos Negativos	,27	,06	4,38***
Efeito total da VI sobre a VD			
Esquemas de ausência de limites	,35	,14	2,48*
Efeito directo da VI sobre a VD controlando os mediadores			
Esquemas de ausência de limites	,22	,11	2

Estimativas de Bootstrap	Estimativas IC 95%
Efeito total indirecto	,12 -,04 -,35
Pensamentos Automáticos Negativos	,12 -,04 -,35

Nota: * $p \leq ,05$; *** $p \leq ,001$ -VI = Variável Independente; VD = Variável dependente. EP = Erro padrão; IC = Intervalo de Confiança. O intervalo de confiança contempla o valor 0 pelo que o efeito não foi significativo

Este modelo explicou, aproximadamente, 51% da variância da sintomatologia depressiva, $p \leq ,01$. O efeito total foi significativo ($p = ,019$) mas o efeito indirecto (intervalo de confiança de 95% entre -,04 e ,35) não foi significativo, o que sugere, deste modo, uma mediação parcial. Deste modo, o efeito dos domínios relacionados com os esquemas de ausência de limites apresenta um efeito directo sobre a sintomatologia depressiva, o mesmo tipo de efeito que foi exercido pelos pensamentos automáticos negativos que, no caso deste tipo de domínio, não foram mediadores da relação (ver Figura III).

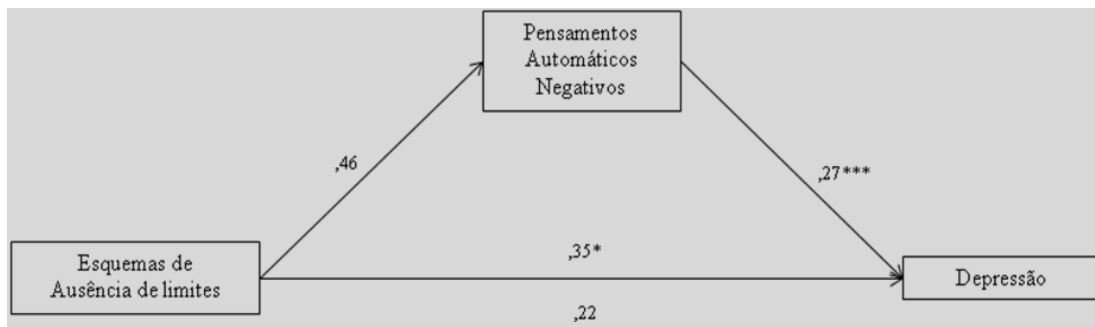


Figura III. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas de ausência de limites. Nota: * $p \leq ,05$; *** $p \leq ,001$.

Os resultados dos coeficientes de regressão obtidos, bem como os efeitos directos e indirectos e os índices de ajustamento, para o modelo testado que contempla os domínios relacionados com os esquemas dirigidos aos outros como variável independente podem ser observados no Quadro XXXVII.

Quadro XXXVII- Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão a partir dos domínios dirigidos aos outros.

Índices de ajustamento			
$R^2 = ,54$; $F_{2, 27} = 15,87$; $p < ,0001$			
VI para o mediador	β	EP	t
Esquemas Dirigidos aos outros	,78	,20	3,87***
Mediador para a VD			
Pensamentos Automáticos Negativos	,20	,07	2,79**
Efeito total da VI sobre a VD			
Esquemas de Dirigidos aos outros	,38	,08	4,39***
Efeito directo da VI sobre a VD controlando os mediadores			
Esquemas de Dirigidos aos outros	,22	,09	2,30*
Estimativas de Bootstrap	Estimativas IC 95%		

Efeito total indirecto	,15	,02 - ,33*
Pensamentos Automáticos Negativos	,15	,02 - ,33*

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$. VI = Variável Independente; VD = Variável dependente. EP = Erro padrão; IC = Intervalo de Confiança. O intervalo de confiança não contempla o valor 0 pelo que o efeito foi significativo.

Este modelo explicou, aproximadamente, 54% da variância da sintomatologia depressiva, $p \leq ,0001$. O efeito total ($p = ,0001$) e o efeito indirecto (intervalo de confiança de 95% entre ,02 e ,33) foram significativos, sugerindo uma mediação completa, através dos pensamentos automáticos negativos. Deste modo, o efeito dos domínios relacionados com os esquemas dirigidos aos outros sobre a sintomatologia depressiva foi mediado pelos pensamentos automáticos negativos (ver Figura IV).

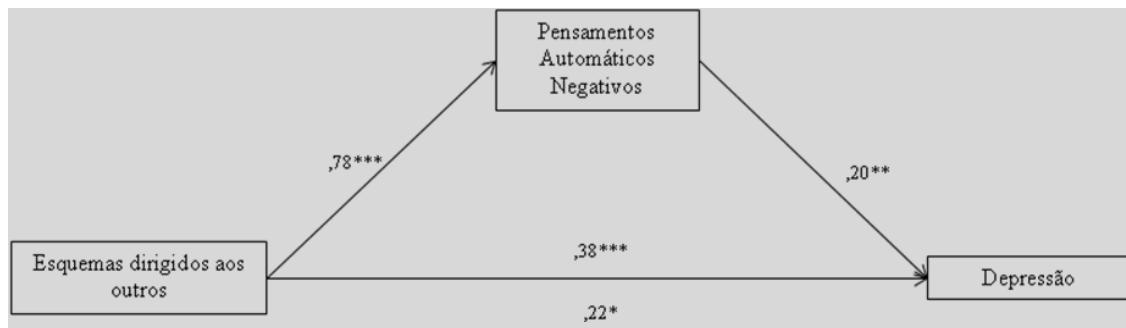


Figura IV. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas dirigidos aos outros. Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

Por fim, o Quadro XXXVIII mostra os resultados dos coeficientes de regressão obtidos, bem como os efeitos directos e indirectos e os índices de ajustamento, para o modelo testado que contempla os domínios relacionados com os esquemas de Hipervigilância /Inibição como variável independente.

Quadro XXXVIII- Análises de regressão mediadas, com vista à previsão da depressão a partir dos domínios de hipervigilância/inibição.

Índices de ajustamento			
$R^2 = ,46$; $F_{2,27} = 11,63$; $p < ,001$			
VI para o mediador	β	EP	t
Esquemas Hipervigilância/Inibição	,89	,29	3,04**
Mediador para a VD			
Pensamentos Automáticos Negativos	,27	,07	3,72***
Efeito total da VI sobre a VD			
Esquemas de Hipervigilância/Inibição	,35	,13	2,53*
Efeito directo da VI sobre a VD controlando os mediadores			
Esquemas Hipervigilância/Inibição	,10	,13	,80
Estimativas de Bootstrap	Estimativas IC 95%		

Efeito total indirecto	,24	,08 - ,43*
Pensamentos Automáticos Negativos	,24	,08 - ,43*

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$. VI = Variável Independente; VD = Variável dependente. EP = Erro padrão; IC = Intervalo de Confiança. O intervalo de confiança não contempla o valor 0 pelo que o efeito foi significativo.

Este modelo explicou, aproximadamente, 46% da variância da sintomatologia depressiva, $p \leq ,0001$. O efeito total ($p = ,0002$) e o efeito indirecto (intervalo de confiança de 95% entre ,08 e ,43) foram significativos, sugerindo uma mediação completa, através dos pensamentos automáticos negativos. Deste modo, o efeito dos domínios relacionados com os esquemas Hipervigilância /Inibição sobre a sintomatologia depressiva foi mediado pelos pensamentos automáticos negativos (ver Figura V).

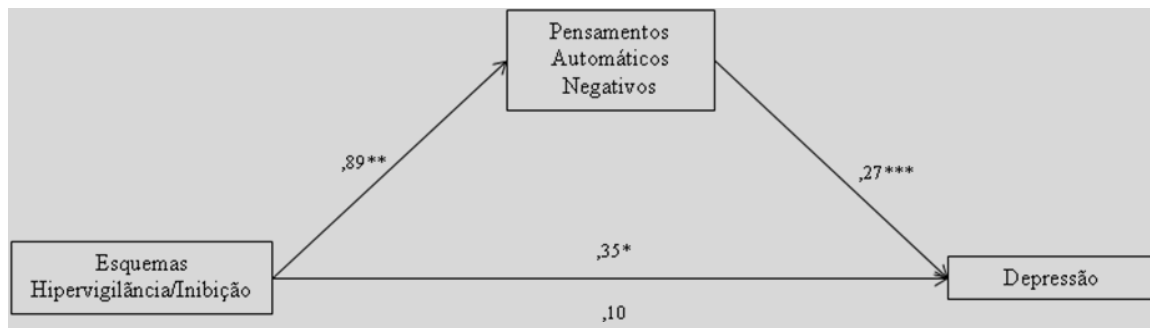


Figura V. Modelo mediador para os domínios relacionados com os esquemas de hipervigilância/inibição. Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$.

6.3.2. Análises de regressão mediadas múltiplas, com vista à previsão dos enviesamentos da interpretação no grupo clínico e não clínico

Com base nos modelos do processamento de informação social, os quais propõem a memória como factor mediador da relação entre a atenção que é prestada às pistas socialmente relevantes e o modo como as situações ambíguas são interpretadas (Joormann, 2009; Mathews, & MacLeod, 2005), procedeu-se também ao teste empírico de um modelo com mediadores múltiplos. Com o objectivo de prever os enviesamentos na interpretação de expressões faciais ambíguas, tendo por base os enviesamentos da atenção, e tendo em consideração o papel mediador dos enviesamentos da memória explícita e implícita na relação entre os enviesamentos da atenção e os enviesamentos da interpretação, foram realizadas análises de regressão mediadas múltiplas.

O Quadro XXXIX mostra os resultados dos coeficientes de regressão obtidos, bem como os efeitos directos e indirectos e os índices de ajustamento para o modelo testado, no grupo clínico e no grupo não clínico.

Quadro XXXIX - Análises de regressão mediadas, com vista à previsão dos enviesamentos da atenção no grupo clínico e não clínico.

Grupo Não Clínico				Grupo Clínico			
Índices de ajustamento				Índices de ajustamento			
$R^2 = ,08; F_{3, 26} = 76; p > ,05$	β	EP	t	$R^2 = ,08; F_{3, 26} = 75; p > ,05$	B	EP	t
VI para o mediador				VI para o mediador			
Memória Explícita	-,23	,31	-,72	Memória Explícita	,00	,28	,001
Memória Implícita	-,25	,58	-,44	Memória Implícita	,94	,33	2,86**
Mediador para a VD				Mediador para a VD			
Memória Explícita	,12	,46	,26	Memória Explícita	,14	,21	,68
Memória Implícita	-,25	,25	-,98	Memória Implícita	,25	,18	1,37
Efeito total da VI sobre a VD				Efeito total da VI sobre a VD			
Enviesamentos da Atenção	-,86	,77	-1,12	Enviesamentos da Atenção	,05	,32	,16
Efeito directo da VI sobre a VD controlando os mediadores				Efeito directo da VI sobre a VD controlando os mediadores			
Enviesamentos da Atenção	-,90	,79	-1,14	Enviesamentos da Atenção	,18	,36	,50
Estimativas de Bootstrap	Estimativas IC 95%			Estimativas de Bootstrap	Estimativas IC 95%		
Efeito total indirecto	,04	-,63 - ,49		Efeito total indirecto	,24	-,002 - ,78	
Memória Explícita	-,03	-,76 - ,16		Memória Explícita	,00	-,13 - ,14	
Memória Implícita	,06	-,20 - ,62		Memória Implícita	,24	,05 - ,81*	

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$. VI = Variável Independente; VD = Variável Dependente. EP = Erro Padrão; IC = Intervalo de Confiança. Quando o intervalo de confiança contempla o valor 0, o efeito não foi significativo.

No grupo não clínico, o modelo obtido não foi significativo, demonstrando que, nesta amostra, os efeitos dos enviesamentos da atenção sobre os enviesamentos da interpretação não foram mediados pelos enviesamentos da memória explícita ou implícita (ver Figura VI).

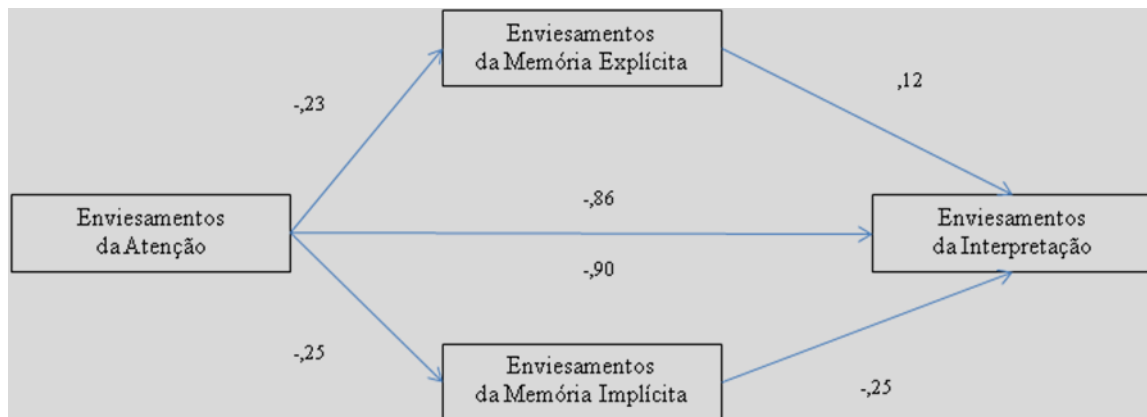


Figura VI. Modelo mediador para os enviesamentos da interpretação tendo como mediadores os enviesamentos da memória explícita e memória implícita para o grupo não clínico.

No grupo clínico, apesar de o modelo total obtido não ter sido significativo, foi obtido um efeito directo dos enviesamentos da atenção sobre os enviesamentos da memória implícita que, no entanto, não mediou a relação entre os enviesamentos atencionais com os enviesamentos da interpretação (ver Figura VII).

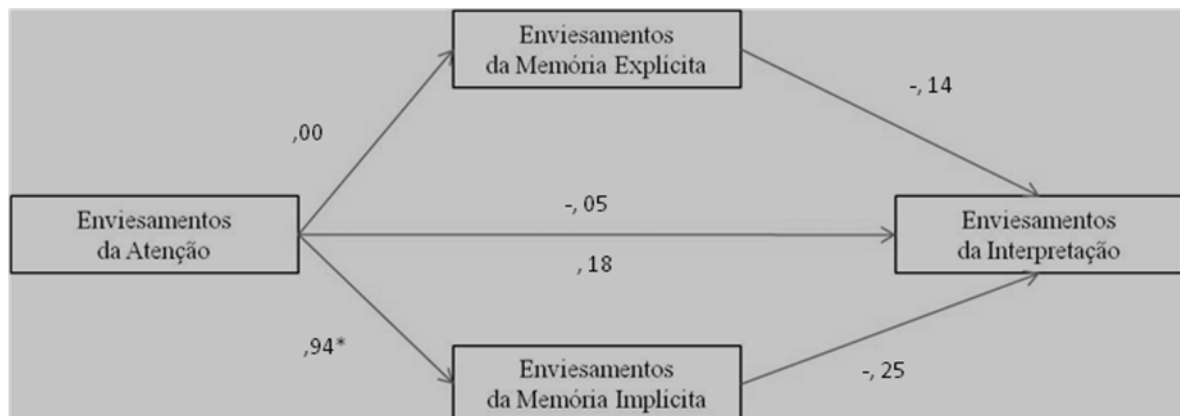


Figura VII. Modelo mediador para os enviesamentos da interpretação tendo como mediadores os enviesamentos da memória explícita e memória implícita para o grupo clínico.

Capítulo 7.

Discussão

O presente estudo teve como objectivo geral a análise dos enviesamentos no processamento da informação social em adultos com Depressão Major, especificamente no que respeita aos processos da atenção, da memória e interpretação, bem como o estudo da sua relação com os esquemas maladaptativos precoces e os pensamentos automáticos negativos.

Especificamente, pretendeu-se estudar as diferenças entre os indivíduos com e sem diagnóstico de Depressão Major no que concerne aos enviesamentos no processamento da informação e, em particular, no grupo clínico, analisar a relação entre os esquemas maladaptativos precoces, os enviesamentos cognitivos, os pensamentos automáticos negativos e a sintomatologia depressiva. Um último objectivo envolveu o estudo do efeito mediador dos enviesamentos cognitivos na relação entre os esquemas maladaptativos precoces e a sintomatologia depressiva.

Era esperado que, em comparação com os indivíduos sem qualquer diagnóstico, os indivíduos do grupo clínico, com diagnóstico de Depressão Major, apresentassem enviesamentos no processamento da informação, aos três níveis estudados, dirigidos à relevância do material emocional negativo. Era, ainda, esperado que, no grupo clínico, maior sintomatologia depressiva estivesse relacionada com mais enviesamentos cognitivos e mais pensamentos automáticos negativos.

7.1. Interpretação dos Resultados

7.1.1. Comparações entre grupos para os auto-relatos

Os resultados obtidos pelas comparações entre o grupo clínico e o grupo não clínico para os auto-relatos da sintomatologia depressiva e para a satisfação com a vida mostraram que, em comparação com o grupo não clínico, o grupo clínico relatou mais sintomatologia depressiva, o que esteve de acordo com os resultados obtidos com o estudo realizado por Gorestein e Andrade (2001), acerca da validação das propriedades psicométricas do BDI, segundo o qual a medida mostrou discriminar populações clínicas de não clínicas em relação à sintomatologia depressiva. Por outro lado, o grupo não clínico relatou índices mais elevados de satisfação com a vida, o que corroborou os resultados obtidos por Saunders e Roy (1999) e por Sibiya, Duze, Akuamoah-Boateng, Schumaker, Lewis, e Dorahy, (2000) em estudos

realizados com estudantes universitários, e os de um estudo efectuado por Lewis, Dorahy, e Schumaker, (1999), cujos resultados evidenciaram que níveis mais altos de depressão estavam relacionados com reduzida satisfação com a vida.

7.1.2. Comparações entre grupos para os enviesamentos da atenção

A análise dos resultados obtidos acerca do estudo dos enviesamentos do processamento de informação evidenciou que o grupo clínico demorou menos tempo na nomeação da cor das palavras com conteúdo emocional negativo, ou seja, foi mais rápido na detecção deste tipo de estímulos. Estes resultados corroboraram a hipótese em estudo e os pressupostos da teoria cognitiva de Beck (Rubinztin, 1996) estiveram de acordo com os resultados obtidos em diferentes estudos, realizados com amostras clínicas (; Eizenman, et al., 2003; Gotlib et al., 2004; Joormann & Gotlib, 2007;; Lim, & Kim, 2005; MacLeod, et al., 1986; Pérez, et al., 1999;) e não clínicas (Beevers, & Carvers, 2003) que, utilizando diferentes tarefas (Stroop modificado e Dot-Probe) e diferentes tipos de estímulos (lexicais e pictóricos), demonstraram que os indivíduos com depressão apresentavam um enviesamento da atenção na direcção de informação emocionalmente relevante, negativa, congruente com o estado de humor. No entanto, num outro estudo, realizado por Merens, Booij, e Does (2008), apenas foram obtidos resultados indicadores da existência de um enviesamento da atenção na direcção de estímulos negativos quando os mesmos foram apresentados em períodos de tempo longos, superiores a um segundo, pelo que é possível que o enviesamento dependa do tipo de processos atencionais avaliados, de acordo com a hipótese de vigilância-desvio da atenção (Fox, Lester, Russo, Bowles, Pichler, & Dutton, 2000; Koster, Crombez, Verschuere, & Houwer, 2004).

Quando analisada a especificidade do conteúdo emocional específico, foi possível verificar que, independentemente da existência de um diagnóstico de Depressão Major, todos os participantes apresentaram tempos de latência mais baixos na nomeação da cor das palavras com conteúdo agressivo, por comparação aos estímulos com conteúdo passivo. Os resultados obtidos estiveram de acordo com os de um estudo realizado por Öhman, Lundqvist e Esteves, (2001) que, através de cinco estudos experimentais realizados com recurso a um paradigma de procura visual de expressões esquemáticas emocionais e neutras, o *Face-in-the Crowd*, concluíram que os participantes, uma amostra não clínica de estudantes universitários,

detectavam mais correctamente e mais rapidamente faces zangadas. Apesar das diferenças existentes entre as características da amostra e o tipo de estímulos deste estudo e os utilizados no presente estudo, pensamos ser possível afirmar que parece existir uma tendência geral para a orientação preferencial da atenção na direcção de estímulos com valência de ameaça, a qual pode ser explicada pela função adaptativa da detecção precoce de situações de ameaça social (Gilbert, 2001).

7.1.3. Comparações entre grupos para os enviesamentos da memória

A análise das diferenças entre os grupos para os enviesamentos da memória evidenciou um padrão diferenciado, em função do tipo de indicadores estudados, na memória explícita ou implícita.

No indicador directo dos enviesamentos na memória explícita, relativo ao número de acertos, ou seja, ao número de palavras reconhecidas como tendo sido apresentadas anteriormente e que efectivamente o foram, os indivíduos com diagnóstico de Depressão Major reconheceram um maior número de estímulos com conteúdo emocional negativo, em termos gerais e de valência específica. Estes resultados corroboraram, uma vez mais, a hipótese colocada e estão de acordo com a literatura, que evidenciou que os indivíduos com depressão recordavam mais estímulos (palavras ou expressões faciais) negativos (Gotlib, & Joormann, 2010; Hemsley, 1983; Lim, & Kim, 2005; White, e tal., 2009; Mineka, & Nugent, 1995; Ridout, et al., 2003;), demonstrando que a depressão se caracteriza por enviesamentos negativos da memória, no sentido do aumento do acesso a informação negativa emocionalmente relevante mas também no que respeita à recordação de memórias gerais.

No entanto, quando comparados os dois grupos no que respeita ao indicador indirecto dos enviesamentos da memória explícita, os tempos de reacção ao reconhecimento dos estímulos emocionais, verificou-se que, independentemente do seu conteúdo, o grupo clínico demorou mais tempo a reconhecer os estímulos apresentados, em comparação com o grupo não clínico. Este resultado foi suportado pelo obtido por Gollan, et al., (2008), numa amostra clínica de indivíduos com depressão, que demoraram mais tempo no reconhecimento de expressões de tristeza. No, entanto, o estudo de Kuyken e Dalglish (1995), mostrou a ausência de diferenças entre os grupos de indivíduos com e sem depressão nos tempos de latência ao reconhecimento de estímulos de valência negativa e positiva. Apesar da escassez

de estudos neste âmbito, é possível que os resultados obtidos no presente estudo sejam explicados pelo efeito da sintomatologia depressiva na percepção da intensidade dos estímulos negativos, o qual influencia a velocidade do processamento da informação (Gollan, et al., 2008).

Já no que se refere ao indicador directo dos enviesamentos da memória implícita, o número de palavras completadas com as palavras anteriormente apresentadas, o grupo clínico completou mais palavras com conteúdo emocional negativo, em comparação com o grupo não clínico. Uma vez mais, quando feita uma análise da especificidade do conteúdo emocional, foi possível observar que o efeito de «priming» foi específico dos estímulos com conteúdo de ameaça. Estes resultados estiveram, uma vez mais, de acordo com a hipótese colocada e com os resultados obtidos no estudo realizado por Bradley, Mogg, e Millar, (1996) em indivíduos com depressão, e com os obtidos no estudo de Cole e Heimberg (2002) em indivíduos com perturbação de pânico. Por outro lado, os resultados obtidos no presente estudo não corroboraram os obtidos por Banos, Medina, e Pascual, (2001), que compararam uma amostra de indivíduos com perturbação de pânico e uma amostra de indivíduos com depressão, não tendo obtido qualquer resultado que mostrasse diferenciar os dois grupos. Apesar da escassez de estudos neste âmbito e, portanto, da necessidade de mais investigações, é possível afirmar que a existência de um enviesamento da memória implícita relacionado com a recuperação não consciente de informação emocional negativa não seja específica da depressão.

7.1.4. Comparações entre grupos para os enviesamentos da interpretação

A análise dos resultados obtidos pela comparação dos dois grupos no que respeita aos enviesamentos na interpretação de expressões faciais ambíguas demonstrou que o grupo clínico identificou mais expressões ambíguas como zangadas enquanto o grupo não clínico identificou mais expressões ambíguas como alegres. Estes resultados confirmaram a hipótese colocada e estiveram de acordo com os obtidos por Lawson e Macleod (1999), Sloan, Strauss, Quirk, e Sajatovic (1997), Lawson, et al., (2002), Ogilvie Cusack Lawrence, Dalgleish, e Dunn, (2004), Philips, Travis, Young, Senior, e Surguladze, (2004) e Gollan e colaboradores (2008), demonstrando a tendência, em indivíduos com depressão, para interpretar de forma negativa informação ambígua. No entanto, no estudo realizado por Ferreira (2005), com o mesmo tipo de estímulos e tarefa, foram obtidos resultados que demonstraram que,

independentemente do nível de sintomatologia depressiva, alta ou baixa, os participantes identificaram mais estímulos ambíguos como tristes e alegres, em comparação com o número de expressões identificadas como zangadas. É possível que esta diferença nos resultados seja devida às características da amostra estudada, uma amostra não clínica no estudo de Ferreira (2005) e uma amostra clínica no presente estudo, apontando para a especificidade da existência deste tipo de enviesamentos em amostras clínicas.

Ainda, o grupo clínico avaliou como mais intensas as emoções negativas (tristeza e zanga) enquanto o grupo não clínico avaliou como mais intensa a emoção positiva (alegria). Apesar da existência de poucos estudos a este propósito, no estudo efectuado por Ferreira (2005), os indivíduos do grupo de baixa sintomatologia depressiva avaliaram também com maior intensidade as expressões às quais foi atribuída a emoção de alegria.

A análise dos indicadores indirectos dos enviesamentos da interpretação, relativos aos tempos de reacção, mostrou que o grupo clínico demorou mais tempo a atribuir expressões emocionais de zanga enquanto o grupo não clínico demorou mais tempo a atribuir a emoção de alegria. Por outro lado, em comparação com o grupo não clínico, o grupo clínico demorou mais tempo a avaliar a intensidade das emoções negativas de tristeza e zanga. Uma vez mais, a escassez de estudos a este propósito dificulta a interpretação dos resultados que, de acordo com os estudos existentes, não são consistentes. Os resultados obtidos no estudo de Ferreira (2005) não discriminaram os dois grupos mas, num estudo realizado por Parker, Robbins, Rogers, Michael, Rubinstein, Sahakian et al., (1999), os participantes apresentaram maiores tempos de reacção na atribuição de conteúdos negativos.

7.1.5. Correlações entre as variáveis em estudo

Os resultados obtidos pela análise das relações entre os índices da sintomatologia depressiva e os indicadores clínicos mostraram que, no grupo clínico, os indivíduos com mais sintomatologia depressiva apresentaram um maior compromisso no funcionamento global, independentemente da forma de avaliação. Estes resultados estiveram de acordo com os obtidos no estudo realizado por Fleck, Lima, Louzada, Schestasky, Henriques, Borges et al., (2002), com uma amostra de utentes dos cuidados de saúde primários, cujos resultados evidenciaram que uma maior sintomatologia depressiva se associou com um pior funcionamento social e uma menor qualidade de vida.

Por outro lado, neste mesmo grupo, e de acordo com a literatura, os indivíduos com maior sintomatologia depressiva relataram menos pensamentos automáticos positivos, mais pensamentos automáticos negativos (Harrel, & Ryon, 1983; Medeiros, & Sougey, 2010), menor satisfação com a vida (Lewis, Dorahy, & Schumaker, 1999; Roy & Saunders, 1999) e menor activação comportamental assim como mais esquemas maladaptativos.

No presente estudo, a sintomatologia depressiva mostrou ser independente dos acontecimentos de vida, enquanto que a relação com os domínios maladaptativos precoces relativos à ausência de limites mostrou depender da forma de avaliação dessa mesma sintomatologia, (nota total do BDI ou critérios de diagnóstico do DSM). A maioria dos estudos aponta para a existência de uma relação entre a ocorrência de acontecimentos de vida e o início da depressão (e.g., Chen, Eaton, Gallo, & Nestadt, 2000; Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999), nomeadamente se estiverem associados a esquemas maladaptativos (Hammen, 1992); contudo existem poucos estudos que analisam os seus efeitos directos e indirectos na manutenção da sintomatologia depressiva. Nesse sentido, é possível que os resultados obtidos no presente estudo sejam, por um lado, devidos à forma de avaliação dos acontecimentos de vida, em termos do tipo de acontecimentos avaliados (e considerados no seu conjunto) e do período da sua ocorrência (último ano); no entanto, os resultados podem também ser explicados com base no modelo cognitivo de Beck (Beck, et al., 1979) segundo o qual existem factores que desempenham um papel mediador da relação entre os acontecimentos de vida e a sintomatologia depressiva (Voyer & Cappelliez, 2002). Por outro lado, o resultado obtido acerca da relação entre os domínios maladaptativos relacionados com os limites e a sintomatologia depressiva pode envolver o facto de estes domínios se caracterizarem por dificuldade excessiva no estabelecimento de limites nas relações com os outros indivíduos, os quais, quando deficitários, dificultam o auto-controlo, bem como a resistência à frustração e, em consequência, as relações interpessoais (Claúdio, 2009), originando sentimentos de rejeição, culpa e isolamento que caracterizam especificamente os critérios de diagnóstico através dos quais a sintomatologia depressiva foi avaliada.

Quando analisadas especificamente as relações com os esquemas maladaptativos precoces, a maior sintomatologia depressiva e mais pensamentos automáticos negativos associaram-se mais esquemas maladaptativos relacionados com dependência e incompetência, subjugação, auto controlo insuficiente, procura de aprovação, fracasso e inibição social. Por outro lado, a uma maior frequência de pensamentos automáticos positivos, mais satisfação

com a vida e maior activação comportamental, associaram-se menos esquemas mal adaptativos com o mesmo tipo de conteúdo. Estes resultados confirmaram a hipótese de estudo e estiveram de acordo com os obtidos por Hammen, Marks, Mayol, e Mayo (2007), Claudio (2009) e Marques (2010).

Da mesma forma, não se verificou uma relação entre a ocorrência de acontecimentos de vida e os esquemas maladaptativos, o que esteve de acordo com os resultados obtidos por Chang (1997). Especificamente, os esquemas maladaptativos relacionados com desconfiança e abuso, hipercrítica e grandiosidade mostraram ser independentes das variáveis associadas com a sintomatologia depressiva, o que pode envolver a sua especificidade e relação com outros tipos de psicopatologia, nas quais este tipo de esquemas, mais característicos de uma activação do que de um défice cognitivo-comportamental, pode ser mais facilmente activado.

A análise das relações entre os indicadores dos enviesamentos no processamento da informação e os auto-relatos evidenciou que os indivíduos do grupo clínico que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo agressivo e de ameaça física relataram mais esquemas de desconfiança e abuso e procura de aprovação respectivamente, ainda, que a uma menor activação comportamental se associou a uma maior interferência cognitiva relacionada com estímulos emocionais negativos. Assim, os participantes com um enviesamento da atenção na direcção de informação emocional relevante relataram mais esquemas maladaptativos e menor activação comportamental. Apesar de não ter sido encontrada literatura que confirmasse ou infirmasse estes resultados, podemos inferir que este tipo de esquemas seja, nos indivíduos com Depressão Major que foram estudados, mais facilmente activado pela interferência cognitiva originada pelas pistas negativas e que este enviesamento provoque alterações nos processos volitivos que, em parte, se caracterizam por uma diminuição da activação comportamental em tarefas agradáveis.

No que respeita aos enviesamentos na memória explícita, os participantes que recordaram mais palavras anteriormente apresentadas relataram maior activação comportamental enquanto os indivíduos que demoraram mais tempo a reconhecer palavras com conteúdo negativo, de ameaça e agressivas, relataram mais sintomatologia depressiva, mais pensamentos automáticos negativos, mais domínios relacionados com autonomia e desempenho, dirigidos aos outros, e mais esquemas de dependência e incompetência, vulnerabilidade ao dano e fracasso. Por outro lado, os indivíduos que demoraram menos tempo a reconhecer palavras de conteúdo emocional negativo relataram maior activação

comportamental e mais pensamentos automáticos positivos. Uma vez mais, dada a inexistência de estudos a este propósito, pensamos ser possível afirmar que esta relação pode ser devida à existência, de base, de um enviesamento na detecção de estímulos com conteúdo emocional directamente relevante.

Já no que se refere aos enviesamentos na memória implícita, os indivíduos que completaram mais palavras relacionadas com conteúdos emocionais negativos (ameaça social) relataram mais domínios de rejeição e hipervigilância/inibição e mais esquemas de desconfiança e abuso, isolamento, vergonha e hipercrítica. Deste modo, os enviesamentos da memória implícita mostraram uma relação directa com os domínios e esquemas maladaptativos, o que pode significar que as representações mentais das experiências prévias (esquemas) podem, quando activadas, relacionar-se com a recuperação não consciente de memórias emocionalmente relevantes.

No que respeita aos indicadores directos dos enviesamentos da interpretação, os indivíduos que atribuíram mais expressões faciais alegres relataram mais domínios relacionados com esquemas de limites e de auto-controlo insuficiente enquanto os indivíduos que atribuíram mais expressões faciais zangadas relataram mais sintomatologia depressiva e os indivíduos que atribuíram mais expressões faciais tristes relataram menos esquemas de auto controlo insuficiente. Assim, os indivíduos com mais enviesamentos da interpretação relataram mais sintomatologia depressiva e mais esquemas maladaptativos o que, apesar de não ser possível confirmar com os estudos empíricos existentes na literatura, parece, uma vez mais, corroborar o modelo cognitivo de Beck (Beck, et al., 1979), segundo o qual o modo como a informação social é interpretada pode activar os esquemas maladaptativos e excercer um efeito sobre a sintomatologia depressiva.

Ainda no que respeita aos enviesamentos na interpretação de expressões faciais ambíguas, a análise dos resultados obtidos através dos indicadores indirectos evidenciou que os indivíduos que demoraram mais tempo a atribuir a emoção de tristeza e a avaliar a intensidade dessa emoção relataram mais sintomatologia depressiva, e mais domínios relacionados com limites e pouco auto-controlo, enquanto os indivíduos que demoraram menos tempo a atribuir a emoção de tristeza relataram mais pensamentos automáticos positivos. Se, à semelhança da interpretação feita no caso dos tempos de reacção ao reconhecimento de estímulos, considerarmos que estes tempos de reacção representam um indicador da capacidade de detecção de estímulos emocionalmente relevantes, podemos,

apesar da inexistência de estudos empíricos a este propósito, assumir o efeito deste enviesamento sobre as variáveis avaliadas.

Por fim, a análise das relações entre os diversos indicadores dos enviesamentos no processamento de informação mostrou especificamente que os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear as palavras com conteúdo positivo acertaram em menos palavras com conteúdo de ameaça, demoraram menos tempo a reconhecer estas palavras e completaram mais palavras com conteúdo ameaçador. Os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo de ameaça social atribuíram mais expressões faciais de alegria e demoraram mais tempo na atribuição e avaliação da intensidade dessa emoção enquanto os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear as palavras com conteúdo emocional negativo demoraram também mais tempo na atribuição e avaliação da intensidade da emoção positiva. Já os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear as palavras com conteúdo passivo avaliaram como mais intensa a emoção positiva enquanto os indivíduos que demoraram mais tempo a nomear a cor das palavras com conteúdo agressivo atribuíram mais emoções positivas e demoraram mais tempo na atribuição e avaliação da intensidade desta emoção e menos tempo na avaliação da intensidade da tristeza. Por outro lado, os indivíduos com menos acertos nas palavras com conteúdo de ameaça e ameaça social avaliaram mais intensamente e demoraram mais tempo na avaliação da intensidade das expressões faciais alegres e os indivíduos que demoraram mais tempo nos acertos de palavras com conteúdo negativo, demoraram também mais tempo na atribuição e avaliação da intensidade das expressões faciais zangadas, enquanto que os indivíduos que completaram mais palavras com conteúdo emocional negativo atribuíram mais expressões faciais alegres. Em resumo, de uma forma geral e tendo em consideração os constrangimentos devidos à impossibilidade de interpretar estes resultados por referência aos estudos existentes, os mesmos parecem demonstrar a existência de uma relação positiva entre os enviesamentos da atenção, relativos à detecção de estímulos emocionais negativos, e os enviesamentos na interpretação de situações ambíguas, bem como uma relação entre os enviesamentos da memória e da interpretação que, neste caso, parece depender do tipo de memória estudada.

7.1.6. Análise do papel mediador dos pensamentos automáticos negativos e dos enviesamentos da memória

Os resultados obtidos pelo teste empírico do modelo mediador analisado no grupo clínico com vista à previsão da sintomatologia depressiva, a partir dos domínios relacionados com os diferentes esquemas, evidenciaram de forma consistente que os pensamentos automáticos negativos mediam esta relação, o que significa que os domínios relacionados com os esquemas de rejeição, autonomia/desempenho, ausência de limites, dirigidos aos outros e de hipervigilância/inibição apresentaram um efeito sobre a sintomatologia depressiva quando esse efeito foi mediado pelos pensamentos automáticos negativos. Apenas no caso dos domínios dos esquemas relacionados com a ausência de limites, a mediação foi parcial, demonstrando que este tipo de esquemas apresenta um efeito directo, sobre a sintomatologia depressiva, independentemente do papel dos pensamentos automáticos negativos. Estes resultados estiveram de acordo com as presunções do modelo cognitivo de Beck (Beck, et al., 1979) e com os resultados dos estudos realizados por Moore e Garland (2003), Kuyken e colaboradores (2007), Gotlib, et al., (2004), Jacobs, et al., (2008), Bylsma e colaboradores, (2008), Hollon e Dimidjan (2009) Gotlib e Joormann (2010), de acordo com os quais a sintomatologia depressiva resulta, pelo menos em parte, dos pensamentos automáticos negativos, os quais são o produto da activação dos esquemas maladaptativos.

Já o modelo mediador, empiricamente testado em separado no grupo clínico e no grupo não clínico, que previa um efeito mediador dos enviesamentos da memória explícita e implícita na relação entre os enviesamentos da atenção e da interpretação mostrou, e apenas no grupo clínico, um efeito directo dos enviesamentos da atenção sobre os enviesamentos da memória implícita que, no entanto não foram mediadores da relação entre os enviesamentos atencionais com os da interpretação. Apesar da necessidade de replicação desta análise, em particular com amostras clínicas e não clínicas de tamanho superior, este resultado parece demonstrar a existência de outras variáveis que podem, eventualmente, mediar ou moderar estes processos.

7.2. Limitações e sugestões para estudos futuros

Apesar da relevância dos resultados obtidos, o presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente o tamanho das amostras estudadas, o carácter do estudo «desenho transversal» e o tipo de tarefas e estímulos utilizados para avaliar os enviesamentos no processamento da informação.

Embora, no presente estudo, se tenha procedido ao emparelhamento das amostras a partir das características sócio-demográficas e de os procedimentos estatísticos levados a cabo terem tido em consideração a heterogeneidade existente entre os dois grupos de modo a não influenciar os resultados obtidos, estudos futuros devem procurar analisar estes processos em amostras de tamanho superior, que permitam a realização de análises mais complexas, nomeadamente as relativas às interações entre as variáveis estudadas, através da modelagem de equações estruturais.

Ainda, o estudo comparativo, entre amostras clínicas com diferentes perturbações do humor e, especificamente, entre indivíduos com Depressão Major com e sem comorbilidade com outras perturbações do Eixo I e Eixo II pode contribuir para a identificação mais específica do papel desempenhado pelos enviesamentos cognitivos a diferentes níveis.

Por outro lado, o desenvolvimento de estudos de carácter longitudinal pode representar uma mais valia para a compreensão dos processos diferenciais associados ao surgimento, manutenção e modificação da depressão, envolvendo a análise dos factores associados a cada um dos momentos e, especificamente, as suas interações temporais, de forma a possibilitar uma compreensão mais adequada e abrangente do modo como os acontecimentos de vida e os esquemas maladaptativos precoces podem contribuir para o desenvolvimento de enviesamentos no processamento da informação social e, desse modo, para o surgimento, manutenção e modificação da depressão.

Nesse sentido, o teste empírico, em amostras de tamanho superior, através da modelagem de equações estruturais, de um modelo que integre, em simultâneo, os diferentes processos cognitivos, as interações entre os mesmos e as suas relações diferenciais com a sintomatologia depressiva pode contribuir para uma compreensão mais adequada destes processos.

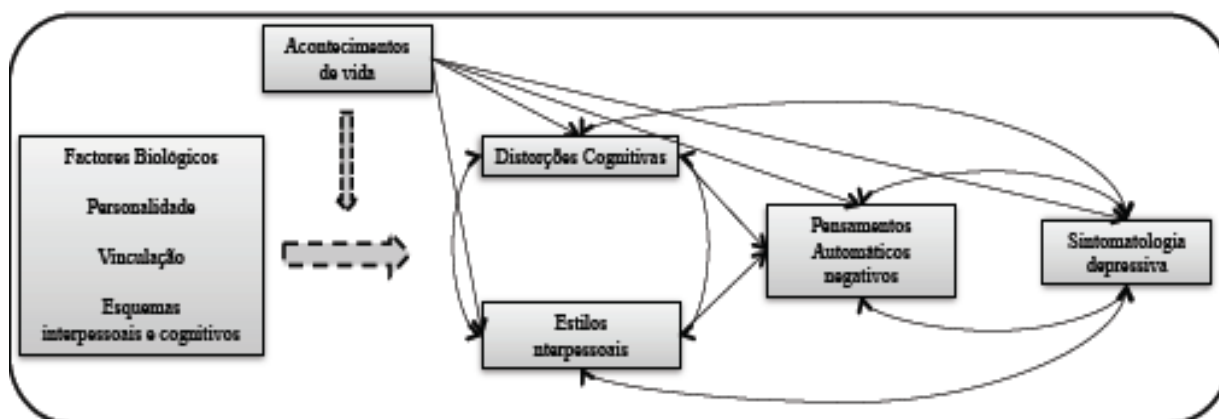
Estudos futuros devem também procurar compreender se a especificidade dos enviesamentos no processamento de informação depende do tipo de estímulos e/ou tarefas utilizadas e, portanto, podem reflectir diferentes processos relacionados com o processamento emocional. Apesar da existência de diversos estudos experimentais neste âmbito, com amostras com diferentes formas de psicopatologia, a maior parte procede à avaliação de um dois tipos de enviesamentos em particular ou, em alternativa, dedica-se à análise de um determinado enviesamento, através de diferentes tarefas. Embora o desenho experimental

deste tipo de estudos seja complexo e, ainda, o tempo de administração das tarefas possa ser elevado, consideramos que a avaliação dos diferentes enviesamentos através de diferentes tipos de estímulos (lexicais e pictóricos) e tarefas, de modo a avaliar diferentes processos cognitivos, pode contribuir para uma compreensão mais adequada da influência geral e específica deste tipo de enviesamentos sobre a sintomatologia depressiva. Por outro lado, a avaliação dos processos fisiológicos subjacentes aos processos cognitivos pode contribuir para a compreensão dos fundamentos biológicos destes enviesamentos e, em consequência, dos fundamentos biológicos dos processos de aprendizagem neles envolvidos.

Ainda, a avaliação de outras variáveis que, teórica e empiricamente, estejam relacionadas com o surgimento e manutenção da depressão, assume grande relevância, pelo que, em estudos futuros, o papel desempenhado por factores interpessoais como os estilos de vinculação (Guedeney, & Guedeney, 2002; Robberts, Gotlib, & Kassel, 1996; Silva, et al., 2007; Victor, 2009; Wei, Shaffer, Young, & Zakalik, 2005) e os estilos de relacionamento interpessoal (Álvarez et al., 2001; Eberhart, & Hammen, 2010; Victor, 2009) deve ser, também, analisado, na medida em que pode contribuir para, em conjunto com os processos cognitivos, explicar de forma mais abrangente a Depressão Major. Em particular, a avaliação dos acontecimentos de vida geradores de stress através de categorias e de questionários de avaliação dimensional, diferenciando os acontecimentos major dos aborrecimentos diários, e ainda, o período no qual os mesmos ocorreram, pode contribuir para compreender a sua relação com o início da depressão e com o desenvolvimento da mesma e, desse modo, explicar as diferenças individuais na reacção a este tipo de acontecimentos.

Com vista a este propósito, é proposto um modelo integrativo dos principais construtos propostos pelos principais modelos explicativos neste âmbito, a ser testado empiricamente, o qual integra, para além dos aspectos biológicos e individuais que podem aumentar a vulnerabilidade para o surgimento da depressão, os factores contextuais, interpessoais e cognitivos que podem, para além de aumentar o risco, contribuir para a manutenção da sintomatologia depressiva (ver Figura VIII).

Figura VIII. Proposta de Modelo Integrativo



Neste modelo, a ser testado empiricamente, independentemente do papel desempenhado por estes factores, são as interacções entre os mesmos que se pensa poderem explicar de forma mais abrangente os processos envolvidos e, subsequentemente, a sua modificação.

7.3. Implicações clínicas

Para além das suas implicações para a avaliação dos processos cognitivos envolvidos no processamento de informação emocional, os resultados do presente estudo apresentam também implicações para o desenvolvimento de programas de intervenção dirigidos à modificação da Depressão Major.

As recomendações da APA (2002) e do «National Institute for Health and Clinical Excellence» (NICE, 2009), para as intervenções psicológicas empiricamente suportadas compreendem essencialmente, a Terapia Cognitivo-Comportamental (na sua versão presencial e informatizada, individual ou em grupo) e a Terapia Interpessoal.

Estes dois modelos psicoterapêuticos, compreendem intervenções breves, estruturadas e manualizadas, com o objectivo de reduzir a sintomatologia depressiva através da modificação dos processos cognitivos e interpessoais, respectivamente.

Numa revisão da literatura dos ensaios clínicos controlados acerca da eficácia destes tratamentos, é possível concluir que tanto a Terapia Cognitivo-Comportamental como a Terapia Interpessoal, em tratamentos psicológicos combinados com os tratamentos farmacológicos (antidepressivos) mostram mais eficácia que a monoterapia. No caso particular da Terapia Cognitivo-Comportamental, esta mostrou ser, no final do tratamento,

igualmente eficaz ao tratamento farmacológico e à Terapia Interpessoal enquanto que, ao final de um ano, a sua eficácia foi superior, apresentando, ainda, uma taxa de abandono inferior à do tratamento farmacológico (NICE, 2009) (ver Quadro XXXX).

Quadro XXXX - Eficácia dos tratamentos psicológicos empiricamente validados para a depressão (adaptado de NICE 2009).

	Duração	Seguimento	Outcomes	Abandonos
TCC vs AD	8-20 semanas	2, 12, e 18 meses	TCC=AD (1M) TCC>AD (12M)	TCC<AD
TIP vs AD	16 semanas	4 meses	TIP = AD TIP > placebo	TIP < placebo
TCC+AD vs AD	4-20 semanas	12, 24 meses	TCC+AD > AD (AA & HÁ)	TCC+AD < AD
TIP+AD vs AD	24 semanas	5 meses	TIP+AD>AD	
TCC+AD vs TCC	8-20 semanas	12 meses	TCC+AD=TCC	
TIP+AD vs TIP	16 semanas	-	TIP+AD>TIP	
TCC vs TIP	16 semanas	18 meses	TCC = TIP	

Nota :TCC=Terapia Cognitivo-Comportamental; TIP= Terapia Interpessoal; AD=Antidepressivo. Retirado de Carvalho, Estevens, Güete-Tur, Cruz, Gonçalves, & Roque, 2009.

Com base nestes dados, é possível pensar que os enviesamentos no processamento de informação social relacionados com a depressão possam, também, ser especificamente modificados, através da integração de procedimentos terapêuticos nos programas existentes ou, em alternativa, através da criação de programas específicos cuja eficácia deve ser empiricamente testada, que visem a redução destes mesmos enviesamentos e, em consequência, a diminuição e/ou eliminação da sintomatologia depressiva.

Nesse sentido, o treino dos processos atencionais, a modificação da relevância das memórias emocionais e a modificação dos enviesamentos da interpretação podem constituir uma mais valia em programas orientados para a redução da sintomatologia depressiva. Estudos realizados acerca da eficácia de um programa de treino atencional dirigido aos enviesamentos da atenção evidenciaram o seu efeito ao nível da extinção de parte da atenção para informação negativa (Bockstale, Verschuere, Houwer, & Crombez, 2006; Figueira, 2010). Por outro lado, a criação de cenários ambíguos para a modificação dos enviesamentos da memória e interpretação mostrou que os programas de imagética com o objectivo de corrigir enviesamentos da interpretação mostraram uma diminuição dos enviesamentos para a informação congruente com o humor depressivo (Blackwel, & Holmes, 2010) enquanto que

Tran, Hertel e Joormann (2010) mostraram que a modificação dos enviesamentos interpretativos pode originar alterações na memória.

Conclusão

De acordo com os dados existentes a nível internacional, é previsto que a depressão se torne no principal problema de saúde pública no mundo inteiro, dadas as suas consequências ao nível individual, familiar e social. Nesse sentido, o estudo dos processos que estão directamente relacionados com esta patologia assume a maior relevância, na medida em que pode contribuir para a compreensão, de forma mais abrangente, do papel, individual e conjunto, de alguns dos factores que estão na sua origem, e, desse modo, melhorar as ferramentas de diagnóstico e avaliação e, consequentemente, melhorar a eficácia das intervenções implementadas, com o objectivo de reduzir a sintomatologia depressiva e promover a qualidade de vida.

Os resultados obtidos no presente estudo evidenciaram que, em comparação com o grupo não clínico, no grupo clínico foram obtidas evidências da existência de enviesamentos da atenção, no sentido da detecção mais rápida de estímulos negativos, enviesamentos da memória explícita e implícita, pela facilitação da recuperação, consciente e não consciente, de mais estímulos com conteúdo emocional negativo e, por último, enviesamentos da interpretação, pela interpretação negativa de estímulos ambíguos. O estudo das associações entre as variáveis evidenciou resultados no sentido esperado, com a maior sintomatologia depressiva a associar-se positivamente com o funcionamento global, os pensamentos automáticos negativos e os esquemas maladaptativos, enquanto que mais satisfação com a vida se associou de forma positiva com os pensamentos automáticos positivos, maior activação comportamental e menos esquemas maladaptativos. Os resultados evidenciaram também uma relação positiva entre os enviesamentos da atenção relativos à detecção de estímulos emocionais negativos e os enviesamentos na interpretação de estímulos ambíguos e entre os enviesamentos da interpretação e da memória, dependendo estes últimos do tipo de memória estudada. Por fim, os pensamentos automáticos negativos mostraram mediar, no grupo clínico, a relação entre os domínios dos esquemas maladaptativos e a sintomatologia depressiva enquanto que o modelo mediador que previa um efeito dos enviesamentos da memória na relação entre os enviesamentos da atenção e da interpretação não mostrou ser significativo.

. Deste modo, e apesar de apresentar algumas limitações, esperamos que o presente estudo, dada a escassez de investigações que se debruçaram sobre a avaliação simultânea dos diferentes enviesamentos no processamento de informação e factores relacionados, represente uma mais valia para a avaliação dos diferentes processos cognitivos na depressão e,

especificamente, das suas relações e interacções, contribuindo, dessa forma, para o conhecimento teórico e empírico neste âmbito e, em consequência, para o desenvolvimento e implementação de estratégias de intervenção cuja eficácia possa ser objectivamente testada.

Bibliografia

- Afonso, P. (2004). *Será depressão ou simplesmente tristeza...?* Cascais: Principia, Publicações universitárias e científicas.
- Albrecht, A., & Herrick, C. (2006). *100 Questions about depression*. Boston: Jones and Bartlett publishers.
- Álvarez, M., & Montes, J. (2001). Tratamientos psicológicos para la depresión. *Psicothema*, 13, 493 – 510.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, 4ª Ed. Revista. Lisboa: Climepsi editores.
- American Psychiatric Association. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165, 969-977.
- Apóstolo, A. (2010). *O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse*. Coimbra: Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Aros, M., & Yoshida, E. (2009). Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia*, 130, 61 – 76.
- Azevedo, E. (2010). *A Saúde mental dos portugueses está doente - I*. Acedido em 30 de Agosto de 2011, em <http://www.acorianooriental.pt/noticias/view/205886>
- Baldwin, D., & Birtwistle, J. (2002). An atlas of depression. (Chapter 7) New York: The Parthenon Publishing group.
- Banos, R., Medina, P., & Pascoal, J. (2001). Explicit and implicit memory biases in depression and panic disorder. *Behaviour Research Therapy*, 39, 61- 74.
- Baudouin, J., & Tiberghien, G. (2002). Gender is a dimension of face recognition. *Journal of Experimental Psychology*, 28, 362-365.
- Beck, A., & Alford, B. (2011). *Depressão, causa e tratamento*. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beevers, C., & Carver, C. (2003). Attentional bias and mood persistence as prospective predictors of dysphoria. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 619 – 637.
- Bessa, J., Mesquita, A., Oliveira, M., Pêgo, J., Cerqueira, J., Palha, J., Almeida, O., & Sousa, N. (2009). A trans-dimensional approach to the behavioural aspects of depression. *Frontiers in Behavioural Neurociencia*, 1, 1-7.

- Blackwell, S., & Holmes, E. (2010). Modifying interpretation and imagination in clinical depression: A single case series using cognitive bias modification. *Applied Cognitive Psychology*, 3, 338-350
- Blanchette, I., & Richards, A. (2009). The influence of affect on higher level cognition: a review of research on interpretation, judgement, decision making and reasoning. *Cognition and Emotion*, 24, 561 - 595.
- Bockstale, B., Verschuere, B., Houwer, J., & Crombez, G. (2006). Attentional bias modification. Acedido a 28 de Agosto de 2011 em <http://biblio.ugent.be/input/download?func=downloadFile&fileOId=1092370>
- Boland, R., & Keller, M. (2009). Course and outcome of depression. In Gotlib, I., & Hammen, C. *Handbook of depression* (2nd ed., pp, 23-39). New York: The Guilford Press.
- Bradley, B., Mogg, K., & Miller, N. (1996). Implicit memory bias in clinical and non-clinical depression. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 865 – 879.
- Branco, B., Fernandes, F., Powell, V., Quarantini, L., Miranda-Scippa, A., & Lacerda, A (2009). Depressão : do neurónio ao funcionamento social. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Browning, M., Holmes, E., & Harmer, C. (2010). The modification of attentional bias to emotional information: A review of the techniques, mechanisms and relevance to emotional disorders. *Cognitive, Affective & Behavioural Neuroscience*, 10, 8 - 20.
- Bylsma, L., Morris, B., & Rottenberg, J. (2008). A meta-analysis of emotional reactivity in major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 676 - 691.
- Cardoso, P., Rodrigues, C., & Vilar, A. (2005). Prevalencia de sintomas depressivos em adolescentes portugueses. *Análise psicológica*, 4, 667-675.
- Carriere, J., Cheyne, J., & Smilek, D. (2008). Everyday attention lapses and memory failures: The affective consequences of mindlessness. *Consciousness and Cognition*, 17, 835-847.
- Carvalho, M., Estevens, D., Güete-Tur, O., Cruz, M. C., Goncalves, L., & Roque, A. F. (2009). *Efficacy of CBT and IPT for the treatment of depression in adults: Preliminary results*. Comunicação apresentada ao 39th EABCT Annual Congress, Dubrovnik, 16 a 19 de Setembro de 2009.Org.: EABCT.
- Carvalho, M., Faria, M., Gaspar, M.J., Ramalho, S., Baptista, A., Barradas, A., & Estevens, D. (2004). *Análise das qualidades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck*

- numa *População Clínica*. Comunicação com o formato de Poster apresentada à X Conferência Internacional Avaliação Psicológica: Formas e contextos. Braga, 16 a 18 de Setembro de 2004.
- Cavanagh, J., & Geisler, M. (2006). Mood effect on the ERP processing of emotional intensity in faces: A P3 investigation with depressed students. *International Journal of Psychophysiology*, 60, 27- 33.
- Cedrus, Corporation. (2002). *SuperLab Pro*.(version 4.5). San Pedro: Cedrus Corporation.
- Chang, E. (1997). Irrational beliefs and negative life stress: Testing a diathesis-stress model of depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 22, 115 -117.
- Chase, H., Frank, M., Michael, A., Bullmore, E., Sahakian, B., & Robbins, T. (2009). Approach and avoidance learning in patients with major depression and healthy controls: relation with anhedonia. *Psychological Medicine*, 40, 433 – 440.
- Chen, L., Eaton, W., Gallo, J., & Nestadt, G. (2000). Understanding the heterogeneity of depression through the triad symptoms, course and risk factors: A longitudinal, population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 59, 1-11.
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2 (XXVII), 143-157.
- Cole, M., & Heimberg, R. (2002). Memory biases in the anxiety disorders: Current status. *Clinical Psychology Review*, 22, 258 - 627.
- Costa, N., & Maltez, J. (2009). Depressão. In Cordeiro, J. *Manual de psiquiatria clínica*. (4 ed., pp, 559-589). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Crane, M., Bogner, H., Brown, G., & Gallo, J. (2007). The link between depressive symptoms, negative cognitive bias and memory complaints in older adults. *Aging and Mental Health*; 11, 708 - 715.
- Dalgleish, T. (2004). Putting some feeling into it – the conceptual and empirical relationship between the classic and emotional stroop task: Coment on Algom, Chatjut, and Lev. *Journal of Experimental Psychology*, 4, 585 - 591.
- Dalgleish, T. , Spinks, H., Golden, A., & Toit, P. (2004). Processing of emotional information in seasonal depression across different cognitive measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 16 – 126.
- Davidson, R. (2003). Seven sins in the study of emotion: Correctives from affective neuroscience. *Brain and Cognition*, 52, 129 - 132.

- Davis, H., & Unruch, R. (1981). The development of the self-schema in adult depression. *Journal of abnormal psychology*, 90, 125-133.
- Dennis, T., Chen, C., & McCandliss, B. (2008). Threat-related attentional biases: An analysis of three attention systems. *Depression and Anxiety*, 25, E1-E10.
- Dias, A. (2010). Do crescimento das taxas de depressão e das suas causas. *Ciencias e Cognição*, 15, 165 – 172.
- Ditcher, G., Felder, J., Petty, C., Bizzell, J., Ernst, M., & Smoski, M. (2009). The effects of Psychotherapy on neural responses to rewards in Major depression. *Biological Psychiatry*, 66, 886-897
- Dowd, E. (2004). Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. *International Journal of Clinic and Health Psychology*. 4, 413 – 423.
- Dunn, B., Stefanovich, I., Buchan, K., Lawrence, A., & Dalgleish, T. (2009). A reduction in positive self-judgment bias is uniquely related to the anhedonic symptoms of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 374- 381.
- Dunn, D., Dalgleish, T., Lawrence, D., Cusack, R., & Ogilvie, D. (2004). Categorical and dimensional reports of experienced affect to emotion-inducing pictures in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 654 – 660.
- Dykman, B., Abramson, L., Alloy, L., & Hartlage, S. (1989). Processing of ambiguous and unambiguous feedback by depressed and nondepressed college students: Schematic biases and their implications for depressive realism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 431 – 445.
- Eberhart, N., & Hammen, C. (2010). Interpersonal style, stress, and depression: An examination of transactional and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinic Psychology*, 29, 23-38.
- Eizeman, M., Yu, L., Grupp, L., Eizeman, E., Ellenbogen, M., Gemar, M., et al., (2003). A naturalistic visual scanning approach to assess selective attention in major depressive disorder. *Psychiatric Research*, 118, 117 – 128.
- Esteves, F. (1999a). Sesgos en el procesamiento de expresiones faciales emocionales. *Ansiedad y Estrés*, 5, 217 - 227.
- Esteves, F. (1999b). Attentional bias to emotional facial expressions. *European Review of Applied Psychology*, 49, 91 - 96.

- Fales, C., Barch, D., Rundle, M., Mintun, M., Snyder, A., Cohen, J., Mathews, J., & Sheline, Y. (2008). Altered emotional interference processing in affective and cognitive-control brain circuitry in major depression. *Biological Psychiatry*, 63, 377- 384.
- Feldman, R. (2001). *Compreender a Psicologia*. Lisboa: MacGraw Hill.
- Fernández, F. (2010). *As quatro dimensões do doente depressivo*. Lisboa: Edições Gradiva.
- Fernández-Rey, J., & Madrid, H. (2002). Sesgos de memoria implícita para información emocional em depresión subclinica. *Psicothema*, 4, 795- 801.
- Ferreira, P. (2005). *Enviesamentos da interpretação relacionados com a depressão em jovens adultos*. Monografia em Psicologia Clínica e do Aconselhamento apresentada ao Departamento de Psicologia da ULHT para obtenção do grau de licenciatura, orientado por Marina Carvalho: Lisboa.
- Figueira, A. (2010). Abordagem neuropsicológica dos processos de orientação da atenção visuo-espacial e manutenção da concentração em atletas da categoria sub-13 de futebol de campo. *Ciências e Cognição*, 15, 142- 154.
- Fleck, M., Lima, A., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V., & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36, 431- 438.
- Fox, E., Lester, V., Russo, R., Bowles, R. J., Pichler, A., & Dutton, K. (2000). Facial expressions of emotion: Are angry faces detected more efficiently? *Cognition and Emotion*, 14, 61 – 92.
- Fritzsche, A., Dahme, B., Gotlid, I., Joormann, J., Magnussen, H., Watz, H., Nutzinger, D., & Leupoldt, A. (2010). Specificity of cognitive biases in patients with current depression and remitted depression and in patients with asthma. *Psychological Medicine*, 40, 815 – 826.
- Gemar, M., Segal, Z., Sagrati, S., & Kennedy, S. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 282-289.
- Gil, S., & Droit-Volet, S. (2008). Time perception, depression and sadness. *Behavioural Processes*, 80, 169 – 176.
- Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defenses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17 -27.

- Glashouwer, K., Jong, P., Penninx, B., Kerkhof, A., Dyck, R., & Ormel, J. (2010). Do automatic self-associations relate to suicidal ideation? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 428 – 437.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goblid, I., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285 – 312.
- Godman, S., & Brand, S. (2009). Depression and early adverse experiences. In Gotlib, I., & Hammen, C. *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 249 - 260). NY: The Guilford Press.
- Goldberg, J., Gerstein, R., Wenze, S., Welker, T., & Beck, A. (2008). Dysfunctional attitudes and cognitive schemas in bipolar manic and unipolar depressed outpatients. Implications for cognitively based psychotherapeutics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 207-210.
- Gollan, J., Pane, H., McCloskey, M., & Coccaro, E. (2008). Identifying differences in biased affective information processing in major depression. *Psychiatry Research*, 159, 18 - 24.
- Gonca, S., & Isik, S. (2001). The relationship between interpersonal schemas and depressive symptomatology. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 359-364.
- Gorenstein, C., & Andrade, L. (2001). Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas em Português. *Revista de psiquiatria clínica*, 28, 286 -287.
- Gotlib, I., Joorman, J. (2010). Cognition and Depression: current status and future directions. *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 80-85
- Gotlib, I., Kasch, K., Trail, S., Arnow, B., Joorman, J., & Johnson, S. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social fobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 386 – 398.
- Gotlib, I., Kasch, K., Trail, S., Arnow, B., Joorman, J. (2004). Coherence and specificity of information-processing biases in depression and social fobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 113- 386-398.
- Gotlib, I., Krasnoperova, E., Yue, D., & Joorman, J. (2004). Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 127- 135.

- Gouveia, J. P. (2008). *The Portuguese Version of the Young Schema Questionnaire*. Poster apresentado ao 24th Annual Congress of the EABCT. Manchester, 9 a 11 de Setembro de 2004. Org: BABCP e EABCT.
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2002). *Vinculação, conceitos e aplicações*. Lisboa: Climepsi.
- Guerreiro, D. (2009). Depressão e suicídio. In M. A. Frasquilho, & D. Guerreiro, *Stress, depressão e suicídio. Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. (pp.115- 144). Lisboa: Coisas de Ler.
- Gupta, R., & Kar, B. (2008). Interpretative bias: Indicators of cognitive vulnerability to depression. *German Journal of Psychiatry*, 11, 98- 102.
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., & Bento. Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146
- Haaga, D., Dyck, M., & Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110, 215 -236.
- Haefel, G., Abransom, L., Metalsky, G., Dykman, B., Donovan, P., & Hogan M., et al. (2005). Negative cognitive styles, dysfunctional attitudes, and the remitted depression paradigm: A search for the elusive cognitive vulnerability to depression factor among remitted depressives. *Emotion*, 5, 344-348
- Hagen, E. (2003). The bargaining model of depression. In P. Hammerstein (Ed.), *Genetic and cultural evolution of cooperation*. USA: MIT Press.
- Halberstadt, J. (2005). Featural shift explanation-biased memory for emotional faces. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 38 - 49.
- Hammen, C. (1992). Cognitive, life stress and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression. *Development and Psychopathology*, 4, 189 - 206.
- Hammen, C., Marks, T., Mayol, A., & Mayo, R. (2007). Depressive self-schemas, life stress and vulnerability to depression . *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 308 - 319.
- Harrel, T., & Ryon, N.(1983). Cognitive-behavioural assessment of depression: Clinical validation of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 721-725.
- Harrell, T. H., & Ryon, N. B. (1983). Cognitive – behavioral assessment of depression: Clinical validation of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 721-725.

- Heinrichs, N., & Hofmann, S. (2001). Information processing in social phobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 21, 751-770.
- Hertel, P., & Brozovich, F. (2010). Cognitive habits and memory distortions in anxiety and depression. *Psychological Science*, 3, 155-160
- Hollon, S., & Dimidjan, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. In Gotlib, I., & Hammen, C. *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 586-603). New York: The Guilford Press.
- Hollon, S., Thase, M., & Markowitz, J. (2002). Treatment and prevention of depression. *American Psychological society*, 2, 39 – 77.
- Horowitz, J., & Garber, J. (2005). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: A meta- analytic review. *Journal of Consulting and Clinic Psychology*, 3, 401 – 415.
- Horthersall, D. (2006). *História da psicologia*. São Paulo: McGraw Hill Editores.
- Jacobs, R., Reinecke, M., Gollan, L., & Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents. A cognitive science and developmental perspective. *Clinical Psychology Review*, 28, 759 – 782.
- Joiner, T., & Timmons, K. (2009). Depression in its interpersonal context. In Gotlib, I., & Hammen, C. *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 322-339). New York: The Guilford Press.
- Joiner, T., Petit, J., Gençöz, F, Voelz, Z., & Gençöz, T. (2001). Specificity of information processing styles to depressive symptoms in youth psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 255-262.
- Joorman, J., & D'Avanzato, C. (2010). Emotion regulation in depression: Examining the role of cognitive processes. *Cognition and Emotion*, 24, 913 - 939.
- Joorman, J., & Gotlib, I. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285 -312.
- Joormann, J. & Siemer, M. (2004). Memory accessibility, mood regulation, and dysphoria: Difficulties in repairing sad mood with happy memories? *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 179- 188.
- Joormann, J. (2009). Cognitive aspects of depression. In Gotlib, I., & Hammen, C. *Handbook of depression* (2ND ed., pp. 298-315). New York: The Guilford Press.
- Joormann, J., & Gotlib, I. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 80 - 85.

- Joormann, J., Hertel, P., LeMoult, J., & Gotlib, I. (2009). Training forgetting of negative material in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 34 - 43.
- Justo, L., & Calil, H. (2006). Depressão - o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 74 -79
- Kan, Y., Mimura, M., Kamijima, K., & Kawamura, M. (2004). Recognition of emotion from moving facial and prosodic stimuli in depressed patients. *Journal of Neural neurosurgery Psychiatric*, 75, 1667- 1671.
- Karwoski, L., Garratt, G., & Ilardi, S. (2006). On the integration of cognitive-behavioral therapy for depression and positive psychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 2, 159 - 170
- Keller, M., & Boland, R (2009). Course and outcome of depression. In Gotlib, I. & Hammen, C. *Handbook of depression* (2nd ed, pp, 23-39) New York: The Guilford Press.
- Keller, M., & Nesse, R. (2005). Is low mood an adaptation? Evidence for subtypes with symptoms that match precipitants. *Journal of Affective Disorders*, 86, 27-35
- Kendler, k., Karkowski, L., & Prescott, C. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of Major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 837 - 841.
- Kendler, K., Prescott, C. (1999). A population-based twin study of lifetime Major depression in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 56, 39-44.
- Kessler, R., & Wang, P. (2009) Epidemiology of depression. In Hammen, C. & Gotlib, I. *Handbook of Depression*. New York: Guilford Press
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593 - 602.
- Kessler, R.C., Foster, C.L., Saunders, W.B., Stang, P.E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1026-1032.
- Kessler, R.C., Greenberg, P.E., Mickelson, K.D., Meneades, L.M., Wang, P.S. (2001). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cut back. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 218-225.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H., & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric

- disorders in the United State. Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8 - 19.
- Kessler, R., Stang, P., Wittchen, H., Ustun, B., Burne, P., & Walters, E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 55, 801-808.
- Kessler, R., Zhaob, S., Blazer, D., & Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey. *Journal of Affective Disorders*, 45, 19 - 30.
- Klein, D., Durbin, C., & Shankman, S. (2009). Personality and mood disorders. In Gotlid, I., & Hammen, C. *Handbook of depression* (2nd ed, pp, 23-43). New York: The Guilford Press.
- Kline, R. (1998). *Principles and practice of structural equation modelling*. NY: Guilford Press.
- Koster, E., Crombez, G., Verschuere, B., & Houwer, J. (2004). Selective attention to threat in the dot probe paradigm: differentiating vigilance and difficulty to disengage. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1183 -1192
- Kuyken, W., & Dalgleish, T. (1995). Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 89 - 92.
- Kuyken, W., Dalgleish, T., & Holden, E. (2007). Advances in cognitive-behavioural therapy for unipolar depression. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 5 -13.
- Kwang, T., Wells, T., McGeary, J., Swann, W., & Beevers, C. (2010). Association of the serotonin transporter promoter region polymorphism with biased attention for negative word stimuli. *Depression and Anxiety*, 27, 746 -751.
- Lacerda, A., Quarantini, L., Miranda-Scippa, Â., Porto, J., et al. (2009). *Depressão: do neurónio ao funcionamento social*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M., Martin, R. (2006). Factor analyses of the Schema Questionnaire Short Form in a nonclinical sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20, 311-318.
- Larson, C., Nitschke, J., Davidson, R. (2007). Common and distinct patterns of affective response in dimensions of anxiety and depression. *Emotion*, 1, 182 -191.
- Lawson, C., MacLeod, C., & Hammond, G. (2002). Interpretation revealed in the blink of an eye: Depressive bias in the resolution of ambiguity. *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 321 – 328.

- Levinson, D. (2005). The genetics of depression: A review. *Biology psychiatry*, 60, 84-92.
- Levinson, D. (2009). Genetics of major depression. In Gotlid, I., & Hammen, C. *Handbook of depression* (2nd ed., 165-186). New York: The Guilford Press.
- Lewis, C., Dorahy, M., & Schumaker, J. (1999). Depression and life satisfaction among northern Irish adults. *Journal of social Psychology*, 139, 533-535.
- Leyman, L., Raedt, R., & Koster, E. (2009). Attentional biases for emotional facial stimuli in currently depressed patients with bipolar disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 393- 410.
- Lim, S., & Kim, J. (2005). Cognitive processing of emotional information in depression, panic, and somatoform disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 50-61.
- Lima, M. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 1-5.
- Lima, S., & Fleck, M. (2009). Qualidade de vida e depressão: Uma revisão da literatura. Acedido a 25 de Agosto de 2011 em <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a02s1.pdf>
- Lo, C., Samual, Ho, S., & Hollon, S. (2010). The effects of rumination and depressive symptoms on the prediction of negative attributional style among college students. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 116 – 123.
- Lurie, M. (2007). *Depressão. Respostas às suas perguntas. Assuma o controlo, aumente a energia e recupere a vitalidade*. Porto: Dorkling Kindersley Editores.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15 - 20.
- Marques, A. (2010). Esquemas mal adaptativos precoces, ansiedade, depressão e psicopatologia em *reclusas*. Dissertação de mestrado em temas de Psicologia da saúde apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto para obtenção do grau de mestre, orientado por Cristina Queiróz. Porto.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review of Psychology*, 1, 167-195.
- McNally, R (1997). Memory and anxiety disorders. *Cognition and emotion*, 23, 181-205.
- Medeiros, H., & Sougey, E. (2010). Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: Frequência e tipos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59, 28-33.
- Meites, T., Deveney, C., Steele, k., Holmes, A., & Pizzagalli, D. (2008). Implicit depression and hopelessness in remitted depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1078 - 1084.

- Ménéchal, J. (2002). *Introdução à psicopatologia*. Lisboa: Climepsi editores.
- Merens, W., Booij, L., & Does, W. (2008). Residual cognitive impairments in remitted depressed patients. *Depression and Anxiety*, 25, 27 -36.
- Mineka, S., & Nugent, K. (1995). Mood congruent memory biases in anxiety and depression. In D. Scharcter, (pp, 173-196.), *Memory distortion. How minds, brains, and societies reconstruct the past*. Unites States of America: Harvard Univsersity press.
- Ministério da Saúde (2004). Saúde mental e doenças psiquiátricas. Acedido a 29 de Agosto de 2011 em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html
- Monroe, S., Slavich, G., Torres, L., & Gotlib, I. (2007). Severe life events predict specific patterns of change in cognitive biases in major depression. *Psychological Medicine*, 37, 863–871.
- Montiel, J., Capovilla, A., Berberan, A & Capovilla, F. (2005). Incidência de sintomas depressivos em pacientes com transtorno de pânico. *Psic- revista de psicologia da vector editora*, 2, 32 - 42.
- Moore, P., Moore, B., & Wilkinson, G. (2005). *Guia prático do tratamento da depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Moore, R., & Garland, A. (2003). *Cognitive therapy for chronic and persistent depression*. London: John Wiley & Sons.
- Morey, L., Shea, M., Markowitz, J., Stout, R., Hopwood, C., Gunderson, J. et al.,(2010). Statte effects of major depression on the assessment of personality and personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 167, 528 -535
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2009). *Depression, the treatment and management of depression in adults. London: Clinical guidelines*
- National institute of mental Health (2010). Depression. The Nice guideline on the treatment and management of depression in adults, acedido a 29 de Agosto de 2011 em <http://www.nice.org.uk>.
- National Institute of Mental Health. (2011). Major depression disorder among adults, acedido a 1 de Julho de 2011 em http://www.nimh.nih.gov/statistics/1MDD_ADULT.shtml.
- Nesse, R. (1964). An evolutionary perspective on psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 575 -580.
- Nesse, R. (1989). Evolutionary explanations of emotions. *Human Nature*, 3, 261 – 289.
- Nesse, R. (1998). Emotional disorders in evolutionary perspective. *British Journal of Psychology*, 71, 397 – 415.

- Nesse, R. (1999a). Proximate and evolutionary studies of anxiety, stress and depression: Synergy at the interface. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 23, 895 -903.
- Nesse, R. (1999b). Testing evolutionary hypotheses about mental disorders. In S. Sterns (Ed.), *Evolution in health and Disease*. New York: Oxford University.
- Nesse, R. (2000). Is depression an adaptation?. *Archives of General Psychiatry*, 57, 14-20.
- Neto, F., Yacubian, J., Scalco, A., & Gonçalves, L. (2001). Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. In B. Rangé, *Psicoterapias cognitivo-comportamentais, um dialogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Nettle, D. (2003). Evolutionary origins of depression: A review and reformulation. *Journal of Affective Disorders*, 81, 91-102.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorders and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British journal of psychiatry*, 188, 13-20.
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, J., & Lee, M. (2009). Assessment of depression. In Gotlib, I., & Hammen, C. *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 45-68). New York: The Guilford Press.
- Nezu, A., Ronan, G., Meadows, E., & McClure, K. S. (2000). *AABT Clinical assessment series. Practitioner's guide to empirically based measures of depression*. NY: Kluwer Academic Plenum Publishers.
- Nierenberg, A., Petersen, T., & Alpert, J. (2003). Prevention of relapse and recurrence in depression: The role of long term pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 13-17.
- Oaths, D., Squillante, C., Ray, W., & Nitschke, J. (2010). The impact of worry on attention to threat. *PLoS one*, vol, 5, issue 10.
- Oei, T., & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59, 78 - 86.
- Öhman, A., Lundqvist, D., & Esteves, F. (2001). The face in the crowd revisited: A threat advantage with schematic stimuli. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 381- 396.
- Organização Mundial de Saúde. [OMS] (2009). http://www.who.int/mental_health/policy/country/Portugal_CountrySummaryFINAL_MOH.pdf. Acedido a 29 DE Agosto De 2011. Em www.who.int/en/.

- Parker, S., Robbins, W., Rogers, D., Michael, A., Rubinsztein, S., Sahakian, J., & Murphy, C. (1999). Emotional disorders in evolutionary perspective. *Psychology Medicine*, 29, 1307 - 1321.
- Paulus, M., & Stein, M. (2009). Interoception in anxiety and depression. *Brain structure and Function*, 214, 451 - 463.
- Pérez, M., Fuster, A., Rivera, R., & Rodríguez, M. (1999). Attentional biases and vulnerability to depression. *The Spanish Journal of Psychology*, 2, 11- 19.
- Pietromonaco, P., & Marcus, H. (1985). The nature of negative thoughts in depression. *Journal of personality and social psychology*, 48, 799-807.
- Pires, C. (2003). *Noções de psicopatologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pizzagalli, D., Iosifeu, D., Hallett, L., Ratner, K., & Fava, M. (2008). Reduced hedonic capacity in major depressive disorder: Evidence from a probabilistic reward task. *Journal of Psychiatric Research*, 1, 76-87.
- Prag, V. (2004). Acontecimentos de vida e depressão: Questões preliminares. In Praag, H., Kloet, R., & Os, J. (Eds.), *Stress, o cérebro e a depressão*. (pp., 21-30) Lisboa: Climepsi Editores.
- Prisciandaro, J., & Roberts, J. (2005). A taxometric investigation of unipolar depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 718 - 728.
- Regier, D., & Robins, L. (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. NY: Free Press.
- Ribeiro, J. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde. Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Richards, D. (2011) Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clinical Psychology Review*, 31, 1117 – 1125.
- Ridout, N., Astell, A., Reid, I., Glen, T., & O'Carroll, R. (2003). Memory bias for emotional expressions in major depression. *Cognition and Emotion*, 17, 101 – 122.
- Rijkeboer, M., & Bergh, H. (2006). Multiple group confirmatory factor analysis of the Young Schema- Questionnaire in a Dutch Clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 263-278
- Riskind, J., & Williams, N. (2006). A unique vulnerability common to all anxiety disorders: The looming maladaptive style. In Alloy, L., & Riskind, J. (Eds.), *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Roberts, J., & Kassel, J. (1996). Mood-state dependence in cognitive vulnerability to depression: the roles of positive and negative affect. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 1- 12.
- Roberts, J., Gotlib, I., & Kassel, J. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: the mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 310-320.
- Ross, R., & Frances, A. (2002). *Casos clínicos. DSM-IV-TR. Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico*. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rubinstein, J. (1996). "Hot" processing in affective disorders. Acedido a 24 de Agosto de 2011 em www.bmu.psychiatry.cam.ac.uk/PUBLICATION/rubinstein02hot.ppt.
- Rude, S., Wenzlaff, R., Gibbs, B., Vane, J., & Whitney, T. (2002). Negative processing biases predict subsequent depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 16, 423 -440.
- Rupke, S., Blecke, D., Div, M., W, M., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family Physician*, 73, 83 -86.
- Rutherford, B., Wager, T., & Rose, S. (2010). Expectancy and the treatment of depression: A review of experimental methodology and effects on patients outcome. *Current Psychiatric Reviews*. 6, 1 - 10.
- Safren, S., Heimberg, R., Lerner, J., Henin, A., Warman, M., & Kendat, P. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor structure of the anxious self-statement questionnaire and the automatic thoughts questionnaire-revised. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 327 -344.
- Saunders, S. A., & Roy, C. (1999). Depression, life satisfaction, and social interest. *South Pacific Journal of Psychology*, 11, 9 - 15.
- Schimmack, U. (2005). Attentional interference of emotional pictures: Threat, negativity, or arousal ?. *Emotion*, 1, 55- 66.
- Schmidt, B., Joiner, E., Young, E., & Telch, L. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-231.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2010). *Non-pharmaceutical management of depression in adults. A national clinical guideline*. Edinburgh: SIGN.
- Seminowicz, D., Mayberg, H., McIntosh, A.R., Goldapple, K., Kennedy, S., Segal, Z., Tari, R. (2004). Limbic – frontal circuitry in major depression: A path modeling meta-analysis. *Neuroimage*, 22, 409 - 418.

- Serrano, J., Latorre, J., & Gatz, M. (2007). Autobiographical memory in older adults with and without depressive symptoms. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 1*, 41- 57.
- Sibiya, T., Duze, M., Akuamoah-Boateng, R., Schumaker, J., Lewis, C., & Dorahy, M.(2000). Depression and life satisfaction among, Australian, Ghanian, Nigerian, Northern Irish, and Swazi University students. *Journal of Social Behavior and Personality, 15*, 569 - 580.
- Siegle, G., Steinhauser, S., Thase, M., Stenger, V., & Carter, C. (2002). Can't shake that feeling: Event related fmri assessment os sustained amygdala activity in response to emotional information in depressed individuals. *Biological Psychiatry, 51*, 693 – 707.
- Soares, I., Carvalho, M., Dias, P. Rios, S., & Silva, M. J. (2007). Vinculação e psicopatologia. In I. Soares (Coord.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: Teoria e avaliação* (pp. 193 – 240). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Sloan, M., Strauss, E., Quirk, W., & Sajatovic, M. (1997). Subjective and expressive emotional responses in depression. *Journal of Affective Disorders, 46*, 135 - 141.
- Spinhoven, P., Bockting, C., Kremers, I., Schene, A., & Williams, J. (2007). The endorsement of dysfunctional attitudes is associated with an impaired retrieval of specific autobiographical memories in response to matching cues. *Memory, 15*, 324- 338.
- Stefanis, N., & Stefanis, C. (2002). Diagnosis of depressive disorders: A review. In Maj, M., & Sartorius, N. (Eds.), *Depressive disorders* (2nd ed., pp, 4-34). NJ: John Wiley & Sons.
- Stopa, L., & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire Short Form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 78*, 45-57.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*, 253-272.
- Strunk D., & Adler, A. (2009). Cognitive biases in three prediction tasks: A test of the cognitive model of depression. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 34 - 40.
- Tata, P., Mathews, C., & Macleod, C. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 15-20
- Teasdale, J. (1983). Negative Thinking in depression; Cause, effect, or reciprocal relationship?. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 5*, 3-25.

- Teasdale, J., Williams, J., Soulsby, J., Segal, Z., Ridgeway, V., & Lau, M., & (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina. Modelos teóricos e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89 - 98.
- Thase, M. (2006). Major depressive disorder. In M. Hersen, & J. Thomas. *Comprehensive handbook of personality and psychopathology* (2nd ed., pp, 207). Adult psychopathology. NJ: John Wiley & Sons.
- Thase, M. (2009). Neurobiological aspects of depression. In Gotlid, I., & Hammen, C. Handbook of depression. (2nd ed., pp, 187-217). New York: The Guilford Press.
- Tran, T. (2008). The effects of induced interpretive biases on memory and emotional vulnerability. University of Miami scholarly repository. Open access theses, paper 155, acessado a 31 de Agosto de 2011 em http://scholarlyrepository.miami.edu/oa_theses/155
- Tran, T., Hertel, P., & Joormann, J. (2010). Cognitive bias modification: Induced interpretive biases affect memory. *Emotion*, 11, 145-152.
- Trenary, L., & Ingram, R. (2005). Mood disorders. In J. Maddux, & B. Winstead, (Eds.), *Psychopathology. Foundations for a contemporary understanding*. (pp, 155-178). NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Voyer, M., & Cappelliez, P. (2002). Congruency between depressogenic schemas and life events for the prediction of depressive relapse in remitted older patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 165 -177.
- Vuilleumier, P. (2002). Facial expression and selective attention. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 291- 300.
- Walker, W., Skowronski, J., & Thomson, C. (2003). Life is pleasant - and memory helps to keep it that way!. *Review of General Psychology*, 7, 203 -210.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V.(2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 137-147.
- Wang, C., Brennen, T., & Holte, A. (2005). Mechanisms of recurrent depression: A cognitive battle model and some preliminary results. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 427 – 442.

- Wang, P., & Kessler, R. (2009). Epidemiology of depression. In Gotlib, I. & Hammen, C. Handbook of depression (2nd ed., pp. 5-21). New York: The Guildford Press.
- Watson, P., & Andrews, P. (2002). Toward a revised evolutionary adaptationist analysis of depression: the social navigation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 72, 1- 14.
- Weels, T., & Beevers, C. (2009). Biased attention and dysphoria: Manipulating selective attention reduces subsequent depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 4, 719 - 728.
- Wei, M., Shaffer, P., Young, S., & Zakalik, R. (2005). Adult attachment, shame, depression, and loneliness; the role of basic psychological needs satisfaction. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 591-601.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H., Joyce, P. R., Karam, E. G., Lee, C., Lellouch, J., Lépine, J., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M., Wells, J., Wickramaratne, P., Wittchen, H., & Yeh, E. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 276, 293 - 299.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire - Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519- 530.
- Wells, T., Beevers, C., Robinson, A., & Ellis, A. (2010). Gaze behavior predicts memory bias for angry facial expressions in stable dysphoria. *Emotion*, 10, 894-902.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875 – 899.
- White, C., Ratcliff, R., Vasey, M., McKoon, G. (2009). Dysphoria and memory for emotional material: A diffusion-model analysis. *Cognition and Emotion*, 23, 181- 205.
- Wilkinson, G., Moore, P., & Moore, B. (2005). *Guia prático do tratamento da depressão*. Lisboa: Climepsi editores.
- Wittchen, H., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, & M., Jönsson, et al., (2010). The size and Burden of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655 - 679.

- Woolfolk, R., Novalany, J., Gara, J., Allen, L., & Polino, M. (1995). Self complexity, self evaluation, and depression; An examination of form and content within the self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1108-1120.
- World Health Organization (1993). *International statistical classification of diseases and related health problems*. 10th revised edition..Geneva: World Health Organization.
- Yiend, J. (2010). The effects of emotion on attention: A review of attentional processing of emotional information. *Cognition and Emotion*, 24,3 - 47.

Anexos

--	--	--

Solicitamos a sua colaboração com o objectivo de participar num estudo que tem como objectivo estudar os processos cognitivos em adultos com depressão.

Se aceitar colaborar, pretendemos que responda a um conjunto de questões relacionadas com o tema. Todas as respostas são confidenciais e anónimas, destinando-se exclusivamente a análise estatística em grupo, pelo que nunca será identificado.

Leia atentamente todas as instruções. Não existem respostas certas ou erradas; pretendemos apenas a sua opinião.

A sua participação neste estudo é voluntária, pelo que não é obrigado a colaborar. Mesmo que aceite colaborar, pode suspender a sua participação a qualquer momento.

Agradecemos a sua colaboração.

I - Informação Demográfica

- 1) Género: ☐ Masculino ☐ Feminino
- 2) Idade: _____ Anos
- 3) Trabalha: ☐ Não ☐ Sim
- 4) Profissão: _____
- 5) Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado(a)/ União de facto ☐ Divorciado(a)/ Separado(a) ☐ Viúvo(a)
- 6) Religião: ☐ Católica ☐ Protestante ☐ Judaica ☐ Budista ☐ Outra, Qual? _____
- 7) Nº de anos de escolaridade: _____
- 8) Agregado familiar: ☐ Vive só ☐ Companheiro/a ☐ Família ☐ Outros, Qual? _____
- 9) Seguidamente vai ler algumas questões com as quais pode ou não concordar, utilize uma escala de 1 a 7 para indicar a sua concordância com cada uma das afirmações. Coloque uma cruz no nº apropriado na linha à frente de cada afirmação. A Escala dos 7 pontos é a seguinte:

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo	Discordo ligeiramente	Não concordo nem discordo	Concordo ligeiramente	Concordo	Concordo totalmente

- a) Em muitas áreas a minha vida está próxima do meu ideal 1 2 3 4 5 6 7
-
- b) As minhas condições de vida são excelentes 1 2 3 4 5 6 7
-
- c) Estou satisfeito com a minha vida 1 2 3 4 5 6 7
-
- d) Até ao momento tenho alcançado as coisas que quero para a minha vida 1 2 3 4 5 6 7
-
- e) Se pudesse viver a minha vida de novo não mudaria quase nada 1 2 3 4 5 6 7
-

10) Indique o nº de actividades que faz semanalmente:

	Nunca	1 Vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes	6 vezes	7+ vezes
Passeios								
Ginástica								
Passeios de Bicicleta								
Jogging								
Natação								
Ciclismo								
Desportos radicais								
Dançar								
Ouvir Música								
Internet								
Cantar								
Sair com amigos								
Namorar								
Outras, quais?								

11) Problemas Psicossociais e Ambientais

a)-Problemas com o grupo de apoio primário.

Especificar: _____

b)-Problemas relacionados com o ambiente social.

Especificar: _____

c)-Problemas Educacionais.

Especificar: _____

d)-Problemas ocupacionais.

Especificar: _____

e)-Problemas de alojamento.

Especifique: _____

f)-Problemas económicos.

Especifique: _____

g)-Problemas com acesso aos serviços de saúde.

Especificar: _____

h)-Problemas relacionados com a interacção com o sistema legal/crime.

Especificar: _____

i)- Outros problemas psicossociais e ambientais.

Especificar _____

12) As afirmações que se seguem referem-se a um conjunto de sintomas que, por vezes, as pessoas sentem. Leia cada uma delas e assinale, colocando um círculo à volta do número (à direita da cada frase) que melhor descreve a forma como se tem sentido durante a maior parte do seu dia, nas duas últimas semanas. Utilize a seguinte escala:

0	1	2	3	4
Nunca	Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Durante a Maior parte do seu dia, quase todos os dias, nas duas últimas semanas, até que ponto sentiu:

- | | |
|--|-----------|
| a)- Tristeza, desanimo ou sensação de vazio | 0 1 2 3 4 |
| b)-Diminuição marcada de interesse ou do prazer em actividades, passatempos ou hobbies que anteriormente constituíam fonte de prazer | 0 1 2 3 4 |
| c)-Alterações do apetite (aumento/diminuição) acompanhadas de um aumento ou perda significativa do peso, sem ser propositado | 0 1 2 3 4 |
| d)-Alterações do sono, insónias ou dormir demasiado (Hipersónia) | 0 1 2 3 4 |
| e)-Agitação ou lentificação | 0 1 2 3 4 |
| f)-Fadiga ou perda de energia | 0 1 2 3 4 |
| g)-Sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa excessiva | 0 1 2 3 4 |
| h)-Dificuldades de concentração, pensamento ou indecisão | 0 1 2 3 4 |
| i)-Pensamentos acerca da morte ou ideias de suicídio | 0 1 2 3 4 |

- 13) Há quanto tempo lhe foi diagnosticada depressão? _____
- 14) Faz algum tratamento farmacológico? _____
- 15) Se respondeu positivamente diga qual _____
- 16) Faz algum tratamento psicológico? _____
- 17) Se respondeu positivamente diga qual _____
- 18) Avaliação do Funcionamento Global (Escala de Avaliação do Funcionamento Global do DSM-IV-TR): Assinale com um círculo o valor na tabela seguinte mais adequado ao caso:

1-10	Perigo persistente de magoar-se a si próprio ou a outros
11-20	Algum perigo de magoar-se a si próprio e aos outros
21-30	Incapacidade de funcionamento em quase todas as áreas, alguma actividade delirante ou alucinações graves.
31-40	Deficiência maior em áreas como o trabalho ou escola, relações familiares, juízos, pensamentos ou humor, alguma dificuldade em testes de realidade ou na comunicação
41-50	Sintomatologia grave, ideação suicida, rituais obsessivos graves, deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar
51-60	Sintomatologia moderada (ataques de pânico ocasionais, afecto embotado, discurso circunstancial) dificuldade moderada no funcionamento social, ocupacional ou escolar.
61-70	Alguma sintomatologia ligeira, ou alguma dificuldade no funcionamento social, ocupacional ou escolar, mas bastante bom funcionamento de uma maneira geral, tem algumas relações interpessoais significativas.
71-80	Alguns sintomas presentes podem ser reacções a situações transitórias e esperadas a factores de stress psico-familiar, apenas uma ligeira deficiência do funcionamento social, ocupacional ou escolar.
81-90	Ausência ou sintomatologia mínima, bom funcionamento num grupo alargado de actividades, eficaz socialmente, de um modo geral satisfeito com a vida, os problemas e preocupações não ultrapassam os do dia-a-dia.
91-100	Funcionamento superior num grupo alargado de actividades, os problemas da vida parecem ficar sem solução, é procurado por outros devido às suas muitas qualidades positivas.

I.D. BECK⁷

Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações. Sublinhe a resposta que melhor descreve a forma como hoje se sente.

A 0 Não me sinto triste	
1	Ando “neura” ou triste
2	Sinto-me “neura” ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo
2	Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim
3	Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar
B 0 Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado em relação ao futuro	
1	Sinto-me com medo do futuro
2	Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro
2	Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas
3	Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar
C 0 Não tenho a sensação de ter fracassado	
1	Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas
1	Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado
2	Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos
3	Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)

⁷ Apresentação abreviada.

ATQ-R: P. C. Kendall, 1989⁸

Em seguida, encontra um conjunto de pensamentos que qualquer pessoa pode ter.

Por favor, leia cada uma das afirmações que se seguem e indique a frequência com que o pensamento nelas descrito ocorreu durante a última semana, assinalando a sua resposta de acordo com a seguinte escala:

	0	1	2	3	4
	Nunca	Por vezes	Moderadamente	Frequentemente	Sempre
1. Sinto que tenho o mundo contra mim	0	1	2	3	4
2. Não sirvo para nada	0	1	2	3	4
3. Tenho orgulho em mim próprio	0	1	2	3	4

Questionário de Esquemas: J.Young e G. Brown, 1989⁸

(tradução e adaptação José Pinto Gouveia e Margarida Robalo, 1994)

Instruções

Estão Indicadas a seguir algumas sentenças que podem ou não ajudar a pessoa na descrição de si mesma. Leia por favor cada uma delas e decida até que ponto se lhe ajusta e serve para o(a)descrever. Quando tiver dificuldades responda com base na emoção que sente e não no que racionalmente acredita ser ou não verdadeiro.Se desejar pode reescrever a sentença por plavras suas de forma a ficar mais verdadeiro para o seu caso. Escolha de seguida, de 1 a 6 na escala de resposta, o grau que melhor descreve ao longo da sua vida a sua forma mais habitual de ser e coloque o número no espaço indicado pelo traço.

Escala de Resposta

- 1.Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser.
- 2.Acontece algumas vezes mas é pouco carateristico da minha maneira de ser.
- 3.Acontece neste momento mas não costumava acontecer no passado.
- 4.Descreve de uma modo bastante carateristico e frequente a minha maneira de ser.
- 5.Descreve de um modo muito característico a minha maneira de ser, verdadeiro a maior parte do tempo.
- 6.Descreve de um modo muitíssimo carateristico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

⁸ Apresentação abreviada.

A.I

- 1.Não consigo fazer a minha vida sem a ajuda dos outros.
- 2.Preciso da ajuda das outras pessoas.
- 3.Sinto que não consigo resolver os meus problemas sozinho.
- 4.Acredito que os outros sabem melhor do que eu tomar conta de mim.
- 5.Preciso da orientação de outra pessoa sempre que tenho de lidar com uma situação nova.
- 6.Vejo-me como uma pessoa dependente.

