



UC/FPCE — 2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Que processos psicológicos contribuem para a psicopatologia? Relação entre Auto-criticismo, Fusão cognitiva e Evitamento Experiencial**

Carla Andreia Araújo de Sá  
(e-mail: [carlaaraujosa@gmail.com](mailto:carlaaraujosa@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde (Pré especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas perturbações psicológicas e da Saúde) sob a orientação do Professor Doutor José Pinto Gouveia



## **Que processos psicológicos contribuem para a psicopatologia? Relação entre Auto-criticismo, Fusão cognitiva e Evitamento Experiencial**

O modo como os indivíduos se relacionam consigo próprios perante erros ou falhas pessoais e as estratégias que adoptam para lidar com o que sentem têm sido, nos últimos anos, alvo de uma crescente investigação entre a comunidade científica. Contudo, o papel dos processos de regulação interna na psicopatologia encontra-se ainda numa fase preliminar e são ainda muitos os aspectos que se encontram por clarificar. A presente investigação, surge neste seguimento, tendo como objectivo principal estudar o auto-criticismo (sob a forma “eu inadequado”, caracterizado por uma relação interna pautada por sentimentos de inadequação, e “eu detestado”, evidenciando um sentimento de ódio e repulsa pelo eu) e a sua relação com a fusão cognitiva, supressão do pensamento e evitamento experiencial. Para além disto, pretender-se-á avaliar o contributo diferencial destas estratégias no desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa, e afecto negativo na população adulta.

Com o objectivo definido, realizaram-se quatro estudos partindo de uma amostra constituída por 211 sujeitos da população geral. Os resultados obtidos sugerem que o eu detestado e o evitamento experiencial evidenciam ter um papel de maior relevo no desenvolvimento da sintomatologia depressiva e ansiosa, enquanto a relação interna autocrítica pautada por sentimentos de inadequação demonstra ter uma maior influência no surgimento de afecto negativo. Adicionalmente, a fusão cognitiva, a supressão do pensamento e o evitamento experiencial demonstram estar a desempenhar uma efeito moderador na relação entre o eu inadequado e a psicopatologia. Relativamente ao auto-criticismo pautado por sentimentos de ódio e repulsa pelo eu, este parece ser moderado unicamente pela supressão do pensamento na sintomatologia ansiosa e depressiva, tendo evidenciado por sua vez um efeito directo independente da influência dos outros processos de regulação emocional avaliados.

**Palavras-chave:** Auto-criticismo, Evitamento experiencial, Fusão Cognitiva, Psicopatologia, Supressão do pensamento, Terapia da Aceitação e do Compromisso, Vergonha.

## **What/which psychological processes contribute to psychopathology? Relationship between self-criticism, cognitive fusion, and Experiential Avoidance**

The way people interact with themselves when they do something wrong or fail and the strategies they adopt to cope with their feelings have been, in recent years, object of increasing research among the scientific community. However, the role of internal regulatory processes in psychopathology is still at a preliminary stage and are still many aspects that are unclear. This research appears in this context, whose principal aim is to study the self-criticism (in the form “inadequate self” characterized by an internal relationship marked by feelings of inadequacy, and "hated self", showing a feeling of hatred and disgust by the self) and its relationship to cognitive fusion, thought suppression and experiential avoidance. In addition, we want to assess the differential contribution of these strategies in the development of depression and anxiety, and negative affect in the adult population.

To achieve this goal, we realized four studies from a sample of 211 subjects from the general population. The results suggest that hated self and experiential avoidance demonstrate have a greater role in the development of depression and anxiety, whereas the self-critical internal dominated by feelings of inadequacy demonstrates a greater influence on emergence of negative affect. Additionally, cognitive fusion, suppression of thought and experiential avoidance demonstrate is playing a moderating effect on the relationship between inadequate self and psychopathology. For the self-criticism guided by feelings of hatred and disgust for the self, this seems to be moderated only by the thought suppression in anxiety and depression symptoms, suggesting in turn a direct effect independent of the influence of other regulatory processes emotional evaluated.

**Key Words:** Self-criticism, Experiential Avoidance, Cognitive Fusion, Psychopathology, thought suppression, Acceptance and Commitment Therapy, Shame

## Agradecimentos

À minha mãe, pelo amor incondicional, pelo apoio e carinho inquestionáveis e por ser a pessoa com quem aprendi o significado de empatia e compaixão...

Aos meus irmãos por tantas manifestações de afecto e orgulho. Pelas nossas longas conversas, por todo o apoio e por estarem sempre ao meu lado...

Ao Zé por tudo o que representa para mim, por todo o amor, suporte e motivação que fizeram com que este percurso fosse mais fácil de percorrer.

À Vânia e à Paula...pelos momentos em que me fizeram rir da vida. Pela amizade inabalável, incentivo e presença essenciais no meu percurso, ainda que longe...

Á Inês, á Maria, á Raquel e à Sara... Por todos os sorrisos...pelas longas conversas que diminuíram drasticamente o tamanho dos obstáculos... por todos os momentos mais ou menos bons que partilharam comigo, pelas dúvidas existenciais esclarecidas... Obrigada pelo apoio, motivação e sobretudo inspiração.

À professora Paula Castilho pela orientação, atenção e apoio essenciais na realização deste trabalho e pelo exemplo que é para mim a diversos níveis.

Ao professor Pinto Gouveia, pela sabedoria e pelos conhecimentos transmitidos ao longo deste tempo.

À Joana, ao João, ao Tiago, ao Xico, à Sara Moreira, à Cristina, á Ângela...a todos aqueles que estiveram presentes nestes 5 anos e os tornaram inesquecíveis.

# Índice

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>2</b>
<b>1. A EVOLUÇÃO DOS MECANISMOS MENTAIS E A PSICOPATOLOGIA.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Vergonha.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Auto-criticismo .....</b>	<b>5</b>
1.2.1. Auto-criticismo e psicopatologia .....	8
<b>1.3. Compaixão e auto-compaixão.....</b>	<b>8</b>
<b>2. TERAPIA DA ACEITAÇÃO E DO COMPROMISSO.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. ACT e psicopatologia: inflexibilidade psicológica .....</b>	<b>11</b>
2.1.1. Fusão cognitiva.....	11
2.1.2. Evitamento experiencial .....	12
2.1.3. Supressão do pensamento .....	14
<b>II - OBJECTIVOS DO ESTUDO.....</b>	<b>15</b>
<b>III - METODOLOGIA.....</b>	<b>17</b>
1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA .....	17
2. INSTRUMENTOS.....	18
3. PROCEDIMENTO .....	22
<b>IV - RESULTADOS .....</b>	<b>25</b>
<b>ESTUDO DAS DIFERENÇAS ENTRE GÉNEROS NAS VARIÁVEIS EM ANÁLISE .....</b>	<b>25</b>
<b>ESTUDO 1 – VERGONHA, AUTO-CRITICISMO, FUSÃO COGNITIVA E PSICOPATOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
1.1. Estudo correlacional.....	27
1.2. Estudo das formas do auto-criticismo e fusão cognitiva enquanto variáveis preditoras da psicopatologia .....	27
1.3. Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia. ....	29
1.3.1. Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a psicopatologia.....	29
1.3.2. Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre eu detestado e a psicopatologia. ....	31
<b>ESTUDO 2 – VERGONHA, AUTO-CRITICISMO, SUPRESSÃO DO PENSAMENTO E PSICOPATOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
2.1. Estudo correlacional.....	32
2.2. Estudo das formas do auto-criticismo e da supressão do pensamento enquanto variáveis preditoras da psicopatologia.....	32
2.3. Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia. ....	34
2.3.1. Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a psicopatologia. ....	34
2.3.2. Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o eu detestado e a psicopatologia.....	36
<b>ESTUDO 3 – VERGONHA, AUTO-CRITICISMO, EVITAMENTO EXPERIENCIAL E PSICOPATOLOGIA.....</b>	<b>38</b>

3.1. Estudo correlacional.....	38
3.2. Estudo das formas de auto-criticismo e evitamento experiencial enquanto variáveis preditoras de psicopatologia .....	38
3.3. Estudo do evitamento experiencial enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia. ....	40
3.3.1 Estudo do evitamento experiencial enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a psicopatologia. ....	40
3.3.2. Estudo do evitamento experiencial enquanto variável moderadora do efeito entre o eu detestado e a psicopatologia. ....	42
<b>ESTUDO 4: ESTUDO CONJUNTO DOS PROCESSOS DE REGULAÇÃO INTERNA ENQUANTO PREDITORES DOS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS .....</b>	<b>42</b>
4.1. Estudo correlacional.....	42
4.2. Estudo das formas de auto-criticismo e evitamento experiencial enquanto variáveis preditoras de psicopatologia .....	43
<b>V - DISCUSSÃO .....</b>	<b>45</b>
ESTUDO 1 – RELAÇÃO AUTO-CRITICISMO, FUSÃO COGNITIVA E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS. ....	45
ESTUDO 2 – AUTO-CRITICISMO, SUPRESSÃO DO PENSAMENTO PSICOPATOLOGIA .....	47
ESTUDO 3 – RELAÇÃO ENTRE AUTO-CRITICISMO, EVITAMENTO EXPERIENCIAL E SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS .....	49
ESTUDO 4: ANÁLISE DOS PROCESSOS DE REGULAÇÃO INTERNA ENQUANTO PREDITORES DOS SINTOMAS PSICOPATOLÓGICOS.....	51
<b>VI - CONCLUSÕES.....</b>	<b>53</b>
<b>LIMITAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FUTURAS.....</b>	<b>55</b>
<b>IMPLICAÇÕES CLÍNICAS.....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>57</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>65</b>

## Introdução

Desenvolvido à luz das teorias evolucionárias, o auto-criticismo é actualmente uma das principais causas de sofrimento humano, constituindo aliás, um dos principais problemas de saúde mental verificados em contexto clínico e não clínico. Esta forma de relação interior compreende a internalização de um “eu” social submisso e com competências pobres para lidar com os seus auto-ataques. O indivíduo responde às suas críticas internas com os mesmos sistemas de resposta que usa para os ataques externos, fazendo uso de uma mentalidade social de ranking, competitiva, de dominância-subordinação (Gilbert et al., 2004, 2005). Reporta-se a uma relação interna hostil que activa o sistema de processamento ameaça-defesa. O auto-criticismo constitui assim um importante preditor do sofrimento mental, pelo que a literatura demonstra estar associado com o desajustamento emocional, social e com diversas perturbações psicopatológicas na vida adulta.

A par deste crescente interesse pelo **auto-criticismo**, também as competências de regulação de emoções percebidas como aversivas tem vindo a ser objecto de estudo, supondo-se que não é a emoção em si que contribui para a psicopatologia mas sim a forma como os indivíduos processam e lidam com a mesma (Wiser e Telch, 1999, cit in Evers, Marijin Stok e Ridder, D., 2010).

Neste sentido, e igualmente relacionados com os fenómenos linguísticos (sendo alvo da denominação de funções literais e avaliativas da linguagem e da cognição humana), surgem os conceitos desenvolvidos à luz Teoria da Aceitação e do Compromisso: **fusão cognitiva** e **evitamento experiencial**. Enquanto o primeiro se refere à regulação excessiva e imprópria do comportamento a partir de processos verbais, o evitamento experiencial refere-se à tentativa de evitar os estados emocionais percebidos como aversivos através da adopção de medidas para alterar a forma e a frequência destes estados e dos contextos que as originam. Para além destas, e como medida frequentemente associada a estes processos de regulação interna destaca-se ainda a **supressão do pensamento**, que se supõe que cumpra a função de evitamento do afecto negativo, contribuindo, de forma paradoxal, para a sua manutenção. De acordo com a literatura, estas estratégias tem sido apontados como factores preponderantes para o desenvolvimento e manutenção de várias formas de psicopatologia (Hayes, Wilson, Strosahl, Gfford & Follette, 1996; Orsillo, Roemer & Holowka, 2005). Neste sentido, o estudo destes processos que operam num contínuo normal-patológico revela-se profícua para a compreensibilidade da sintomatologia ansiosa, depressiva e afecto negativo, nos quais o auto-criticismo e as tentativas disfuncionais de regular as emoções tidas como aversivas se constituam como factores preponderantes na sua etiologia e manutenção.

Apesar de ser reconhecido pela literatura a influência do auto-criticismo e das estratégias de regulação mencionadas, não foram encontrados estudos empíricos que relacionassem especificamente estas variáveis ou que demonstrassem empiricamente o papel conjunto destes processos. O presente estudo pretende colmatar desta forma a necessidade e a carência de investigação realizada no sentido de compreender a relação entre estas variáveis e a sintomatologia depressiva a ansiosa dado que actualmente estes se têm apresentado como constituintes preponderantes de um vasto conjunto de doenças mentais.



## I – Enquadramento conceptual

Como sujeitos sociais construímos o conhecimento a partir da inerente inscrição social, cultural e familiar. Neste sentido, a percepção que temos acerca de nós próprios é construída através da relação indivíduo - sociedade e pela cognição do indivíduo acerca desta. De acordo com a teoria evolucionária, da mesma forma que estabelecemos determinados tipos de relação com os outros, também a podemos estabelecer connosco, ou seja, “eu”-“eu”. Quando esta é pautada, na sua essência, por de uma relação hostil dominante – submisso, estamos perante uma relação interna autocritica (Gilbert, 2000). Esta teoria postula que os sinais de ataques e críticas, sejam eles internos ou externos, geram stress, afecto negativo, e respostas defensivas. De modo oposto, o afecto, o carinho e a compaixão que recebemos estão associados com o sentimento de segurança e com efeitos fisiológicos específicos na imunidade e no sistema emocional (Cacioppo et al, 2000, *cit in* Gilbert, 2002; Davidson, 2003; Lutz, 2008). De acordo com os teóricos neste campo, o acto de desenvolver auto-compaixão (sinal interno oposto ao auto-criticismo), pode ter benefícios não só a nível fisiológico como também a actuar como uma factor de relevo para a saúde mental. Assim, o objectivo será potenciar uma mudança interior para que o individuo adquira uma “atitude calorosa” consigo próprio, incentivando-o a desenvolver capacidades de auto-tranquilização em momentos de falha e derrota pessoal. Apesar de constituírem relações internas opostas, tanto as conceptualizações do poder destrutivo das autocriticas, como os benefícios de desenvolver a auto-compaixão, são resultado da evolução cognitiva e das teorias psicológicas (Gilbert, 2000).

### 1. A evolução dos mecanismos mentais e a psicopatologia

Dando um salto à era dos nossos ancestrais, vemos como os répteis tinham sobretudo dois objectivos de vida, sobreviver e gerar descendência. A evolução trouxe-nos algo mais. Com o desenvolvimento do sistema límbico e das emoções os mamíferos tornaram-se capazes de se vincularem e gerarem reciprocidade na emissão de sinais e correspondência de papéis.

As exigências ambientais e sociais a que os nossos primórdios foram gradualmente sujeitos traduziram-se na necessidade de ajustamento, exigindo-lhes novas capacidades, aptidões e habilidades para fazer face aos desafios com que se deparavam de forma a ficarem aptos e a agir eficazmente perante o meio em que se encontravam. Darwin surge, neste sentido, como um dos principais exploradores da área, tendo sido as suas descobertas essenciais para o progresso do conhecimento do modo como as espécies “rudimentares” se foram desenvolvendo ao longo dos tempos. Segundo o autor, a força motriz para o progresso é a pressão selectiva, vulgarmente conhecida como selecção natural das espécies. Assim, os animais foram evoluindo, gradualmente, os mecanismos para detectar ameaças e para se defenderem deles com um menu de opções tais como fugir, lutar, congelar e agir de modo submisso (Marks, 1987). Séculos se seguiram, os seres humanos foram-se desenvolvendo e evoluindo as suas aptidões e competências para estar consigo e com os outros (e.g. teoria da mente, representação simbólica), tendo como resultado a geração actual da espécie humana.

A evolução à luz da psicologia foca sobretudo a evolução da mente, nomeadamente, os mecanismos mentais especializados e habilidades para resolver os desafios para a sobrevivência e sucesso reprodutivo (Baron-Cohen, 1997; McGuire & Troisi, 1998; Buss, 1999). Neste sentido, para além dos objectivos base, observamos também a existência de mecanismos

para orientar e motivar a espécie humana, para importantes funções relacionais tais como o interesse em parceiros sexuais (Buss, 1999); apego (Bowlby, 1969); investimento mais centrado nos familiares do que nos não-familiares (Trivers, 1985; Burnstein et al. 1994) e para funcionar em grupos sociais hierarquicamente estruturadas (Gilbert, 1989, 1992, Cummins, 1999, cit in Gilbert et al., 2001). Como refere Gilbert (2002), se os seres vivos sobreviverem ao longo dos tempos e se reproduziram é porque estavam aptos ao seu ambiente e conseguiam cumprir os seus desafios (marcados por ameaças e oportunidades), este simples facto diz-nos muito acerca do modo como a evolução moldou o cérebro e a mente. Actualmente sabe-se que é a interação entre factores genéticos com processos inerentes à aprendizagem enquanto seres sociais que cria a complexidade da mente humana e é também a fonte das mais diversas formas de psicopatologia (Gilbert, 1995; MacGuire & Troisi, 1998, cit in Gilbert, 2002).

A investigação tem sugerido que os animais evoluíram os seus cérebros em torno de dois sistemas de organização psicobiológica centrais para o processamento da informação: sistemas defesa e segurança (Gilbert, 1989, 1993, 2001, cit in Gilbert, 2002). Assim, vão tender a oscilar entre um e outro conforme a sua percepção acerca do ambiente em que se encontram. Se estão perante um ambiente ameaçador vão activar estratégias que lhes permitam lidar e adaptar-se à situação de forma a lutar ou fugir, se se deparam com um meio que lhe transmita confiança e segurança, activarão comportamentos de afecto e tranquilidade. Surge aqui um aspecto fulcral para a saúde mental. Muitas das formas de psicopatologia resultam do modo como os indivíduos percebem e codificam a ameaça (desenvolvendo regras e defesas) de acordo com as estratégias sociais que usam e os defendem (Gilbert, 2002). Para alguns, as ameaças são externas, para outros são internas e advêm dos seus próprios sentimentos, pensamentos ou processos corporais (e.g. na ansiedade social é a relação entre os contextos sociais, processos cognitivos e a activação de comportamentos defensivos que mantém as suas crenças centrais e estratégias básicas) (Gilbert, 2002). Um dos conceitos basilares da teoria evolucionária é, neste sentido, a vergonha, que surge como um elemento fundamental no processo de percepção e codificação da ameaça e consequente activação de comportamentos defensivos.

### 1.1. Vergonha

No nosso dia-a-dia e nas nossas relações com os outros, é inevitável que por vezes falhemos e não consigamos estar à altura dos nossos próprios padrões de comportamento e expectativas. Neste contexto de auto-avaliação negativa das nossas acções, experienciamos muitas vezes vergonha. Segundo um ponto de vista evolucionário, os seres humanos desenvolveram competências específicas para aprender, compreender e desempenhar determinados papéis sociais. Assim, e como sugere Gilbert (2003, 2006), evolucionariamente a vergonha estaria associada à necessidade do indivíduo monitorizar a forma como os outros o avaliam, uma vez que ser avaliado de forma positiva tem um conjunto de vantagens em termos da sobrevivência e da reprodução. Esta necessidade está correlacionada com um maior acesso a recursos sociais (tal como parceiros sexuais, aliados ou maior apoio social) e influenciou o desenvolvimento de vários mecanismos para dar resposta à ameaça de perda de estatuto social (Gilbert, 2002). Neste sentido, a vergonha pode ser conceptualizada como uma estratégia de limitação de danos interpessoais, servindo como alerta para a possibilidade de estarmos a ser avaliados negativamente pelos outros, que, na presença de uma ameaça, real ou imaginária, ao estatuto (i.e., possibilidade de rejeição ou

desvalorização decorrente de ser ou poder ser um objecto social indesejado) activa um núcleo de defesas (e.g. fuga, submissão, camuflagem ou raiva) (Gilbert, P., 2003). Os teóricos neste campo têm associado a vergonha à experiência do “eu” como indesejável, sem valor e incapaz (Gilbert, 1998; Lewis, 1992; Nathanson, 1996) dentro de um mundo social, sob pressão para limitar possíveis danos à auto-apresentação, através da fuga ou apaziguamento (Gilbert, 1998; Tangney & Fischer, 1995).

Encarada também uma tendência para experienciar emoções ameaçadoras do valor pessoal, a vergonha é uma emoção de importância extrema (Gilbert, 2003; Tangney & Dearing, 2002) e de implicações fulcrais para a auto-identidade (Gilbert, 1998), evidenciando ser um dos processos centrais na forma como nos relacionamos connosco próprios em situações de auto-avaliação negativa.

Segundo a literatura autoconsciência acerca da vergonha surge a partir das nossas interacções precoces com os nossos significativos/cuidadores (Lewis, 1995; Tangney & Dearing, 2002). Gilbert coloca a hipótese de que as emoções que as crianças sentem quando percebem sinais de rejeição ou não envolvimento do cuidador são precursores da experiência de vergonha, desenvolvendo-se esta depois das emoções primárias (e.g. medo, raiva, ansiedade, tristeza, alegria) uma vez que depende de um determinado nível de desenvolvimento das competências cognitivas que só amadurecem por volta dos dois anos de idade. Estas integram a capacidade para reconhecer o eu como agente social, tais como: a capacidade para fazer julgamentos acerca do que os outros poderão pensar – teoria da mente; capacidade de reflexão acerca dos seus pensamentos, sentimentos e comportamentos e capacidade de lhes atribuir um significado – meta cognição; a consciência das contingências de aprovação/reprovação e a capacidade para desempenhar papéis e compreensão das regras sociais (Gilbert, 2002, 2003). A forma como este autor conceptualiza a vergonha difere da conceptualização baseada numa avaliação global negativa do eu em alguns aspectos (Gilbert, 2003, 2006). Assim, e atendendo à premissa nuclear respeitante a este constructo de que a forma como nos vemos está associada ao que pensamos que os outros pensam de nós, importa distinguir sumariamente as duas dimensões da vergonha. Estas dependem se a objectivação e avaliação negativa do self é feita pelos outros e/ou pelo indivíduo, correspondendo respectivamente às dimensões consideradas por Gilbert (2002, 2003, 2007) de vergonha externa e interna. Este autor considera que é possível que o indivíduo se sinta envergonhado mesmo sem fazer uma avaliação negativa de si, mas apenas porque acredita que as outras pessoas estão a fazer ou iriam fazer essa avaliação. Desta forma, a vergonha está ligada à percepção de que se é julgado e visto como inferior, defeituoso ou não atractivo aos olhos dos outros, o que pode resultar alguma forma de rejeição e/ou depreciação (Gilbert, 2002). Assim, designa este tipo de vergonha como **vergonha externa**, que tem a já referida objectivo evolutivo de sinalizar a possibilidade de estarmos a ser vistos pelos outros como alguém com características negativas, o que constitui uma ameaça à inclusão social e, em consequência disso, à sobrevivência. A vergonha externa é activada quando sentimos que os outros nos vêem com afecto negativo, desejo de criticar ou evitar (Gilbert, 2002). No caso de ser **internalizada**, a vergonha pode emergir como um sentimento privado relacionado com os nossos próprios juízos dos nossos atributos, características, sentimentos e fantasias, aliado aos efeitos autodirigidos (desgosto, raiva, ansiedade) (Gilbert, 2003). Esta é designada por Gilbert de vergonha interna e corresponde à emoção associada a uma avaliação negativa que fazemos de nós próprios (Tangney & Dearing, 2002). Gilbert associa o processo de

internalização da vergonha a uma história de experiências repetidas de falha em desenvolver nos outros sentimentos positivos em relação ao “eu”. À medida que a criança forma memórias emocionais dessas interações, aprende o que os outros pensam em relação a si e integra essas apreciações na representação que tem de si própria. O autor defende que a internalização da vergonha pode ter a vantagem adaptativa de garantir que as representações e avaliações do “eu” são alinhadas com os padrões sociais (Gilbert, 2003).

### 1.2. Auto-criticismo

As evidências de que a falta de expressão de aprovação e aceitação, especialmente se associados de forma regular, a ataques directos, humilhações e críticas por parte dos pais podem levar à internalização de um sentido do “eu” como não atractivo, sem importância e com pouco valor como pessoa têm aumentado significativamente (Gilbert e Gerlsma, 1999). Estas experiências desvalorizadoras do “eu” poderão não só estar associadas como advir da própria vergonha, predispondo os indivíduos a adoptarem estilos comportamentais interpessoais evitantes e de submissão (Gilbert, Pehl & Allan, 1994, Gilbert, Allan & Gross, 1996; Gilbert & McGuire, 1998 *cit in* Gilbert & Gerlsma, 1999). No caso específico dos comportamentos de submissão, estes têm sido vistos como comportamentos defensivos no contexto de ameaças por parte de outros com mais poder (Gilbert, 1989; Gilbert & Allan, 1994), e a emoção que lhes está associada é o medo (O’Connor *et al.*, 2000). As crianças que têm medo dos seus pais e se sentem forçadas a adoptarem posturas de subordinação involuntariamente, podem adoptar vários comportamentos submissos e defensivos, que podem estar relacionados com a inibição comportamental ou recuar quando confrontado, apaziguar os outros, pouca capacidade de iniciativa ou de assumir a liderança em ocasiões sociais, e com baixos níveis de afecto positivo (Gilbert, 2000; Gilbert *et al.*, 2002). São vários os estudos que têm apontado que o comportamento submisso (Allan & Gilbert, 1997 *cit in* Gilbert & Gerlsma, 1999) e os problemas em actuar de forma assertiva (Arrindell *et al.*, 1990 *cit in* Gilbert & Gerlsma, 1999; Gilbert & Allan, 1994) estão altamente associados à psicopatologia, e têm-se encontrado elevadas associações entre o comportamento submisso, percepções de inferioridade e a depressão tanto no contexto clínico como não clínico (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, Allan & Trent, 1995, *cit in* O’Connor *et al.*, 2000). Se a criança se sentiu amada e cuidada, estará propensa desenvolver a autoconfiança como um modo de lidar com as dificuldades e contrariedades com que se depara ao longo da vida. O mesmo não acontece para as crianças que são negligenciadas, humilhadas ou maltratadas. Uma criança a quem é demonstrado pouco amor ou afecto pode não ter as capacidades inatas (e ligações cerebrais) para se sentir amado e apoiado, não estabelecendo memórias emocionais dos outros que a possam amparar/apoiar e servir de suporte quando se sentir em situações de stress. Esta irá assim possuir menos recursos implícitos para estimular uma resposta interior relaxante e ter dificuldade em activar um estado auto-tranquilizador quando se sentir angustiada (Gilbert *et al.*, 2006).

De acordo com Plutchik & Conte (1997) os humanos têm mecanismos para agir essencialmente de duas formas: como dominantes/hostis e como subordinados/ameaçados, dependendo para tal do grupo social em que se encontram e do papel em desempenham neste. O sistema de formação de papéis - designado por Gilbert (1989, 2000, 2006) como teoria das mentalidades sociais (baseado na biologia evolutiva, neurobiologia, e teoria da vinculação) - postula que as mentalidades (ou

sistemas psicobiológicos) orientam os indivíduos na criação de certos tipos de papéis sociais com os outros, ajudam na interpretação dos papéis sociais que os outros procuram representar connosco (se agem de modo cuidador, amigável, sexual ou competitivo) e direccionam ainda as nossas próprias respostas afectivas e comportamentais no relacionamento interpessoal (se o outro é hostil ataco ou fujo, se é amigável aproximo-me e sou afável). Quando estamos na presença dos outros procuramos estimular neles um determinado estado da mente mutuamente relacionado de com o nosso (Gilbert & McGuire, 1998). Por exemplo, uma mentalidade de dominância agressiva gera nos outros um estado da mente de submissão, em que predominam emoções como a ansiedade, medo e comportamentos de defesa (Gilbert, 2000). Por outro lado, a cooperação amigável procura criar uma mentalidade não-agressiva, de baixo stress e de ligação ao “eu” na mente dos outros.

Estes sistemas de processamento social desenvolvem-se a partir do processo de evolução, selecção e adaptação permanente dos indivíduos ao meio em que vivem, ajudando-nos ainda na co-construção de papéis que têm como função resolver determinados desafios e exigências sociais (Gilbert et al., 2006). Os sistemas irão tornar-se, deste modo, em sistemas adaptativos, ecologicamente sensíveis e funcionais.

Contudo, do mesmo modo que podemos co-construir determinados estados da mente no *self* e nos outros através de diferentes processos de atribuição de significado (processamento sócio-cognitivo) também o podemos fazer na relação com o próprio *self*. Assim, e uma vez que possuímos determinadas capacidades cognitivas desenvolvidas para nos relacionarmos com os outros (tais como, o autoconhecimento e representação simbólica, a metacognição e a construção de auto-identidades), também as utilizamos para nos relacionarmos internamente. Este elemento possibilita que nos possamos sentir ameaçados pelo simples facto de existirmos (não somos suficiente/ atraentes para obtermos o que queremos, sermos amados e desejados, evitarmos a rejeição), pelos nossos próprios pensamentos e emoções e pela capacidade de antecipar ou prever o que nos vai acontecer (Gilbert, 2000; Gilbert, 2005; Wells, 2000).

O auto-criticismo é assim possível porque os indivíduos podem internalizar (recrutar para o seu mundo interior) as mesmas mentalidades sociais e sistemas de processamento de informação e padrões de resposta comportamental que usam para responder a sinais sociais externos (por exemplo, sentir-se relaxado e apoiado perante sinais sociais positivos, ou com medo, inibido e submisso aos sinais de ameaça de pessoas mais fortes). As mentalidades sociais podem assim constituir, de igual modo, a base com procedimentos implícitos para processar e responder a estímulos internos (Gilbert et al., 2006). Neste sentido, os indivíduos são capazes de adoptar uma orientação de ameaça e defesa (proteger, evitar, corrigir, subjugar, perseguir, erradicar) ou de tolerância, compaixão e aceitação (cuidar, dar afecto, tranquilizar) em relação ao seu próprio “eu”. Assim, quando nos tornamos submissos e desencorajados pelos nossos próprios auto-ataques e críticas estaremos, provavelmente, a activar os mesmos sistemas que empregamos quando os outros nos criticam, estimulando redes cerebrais semelhantes às activadas quando alguém exterior o faz (Gilbert et al., 2006). Este facto levanta a proposição de que poderá haver uma parte do “eu” que faz a crítica e a uma outra parte que lhe responde, reflectindo assim uma interacção entre diferentes aspectos do “eu” (Gilbert, 2000; Gilbert et al., 2001). De acordo com Gilbert et al. (2004) o auto-criticismo pode ser concebido segundo dois elementos centrais: formas e funções. Relativamente às formas do auto-criticismo, os autores referem que a esta

pode apresentar três formatos diferentes. Na **forma Eu-tranquilizador** o sujeito exprime a capacidade de recordar os aspectos positivos do “eu” e de continuar a gostar e a cuidar de si próprio, mesmo confrontado com situações de embaraço e decepção. Desta relação interior do indivíduo resulta o sentimento de afecto pelo “eu” e compreensão pela própria condição, colocando-se numa atitude de encorajamento para o futuro. Em sentido oposto, a **forma Eu-inadequado** remete para a autocrítica que é baseada em erros e inadequações do “eu” e num sentimento de merecimento das críticas. Esta forma do auto-criticismo provoca no indivíduo um sentimento interno de inferioridade e derrota pelos próprios pensamentos críticos, não conseguindo aceitar os fracassos e desapontando-se facilmente consigo mesmo. Por fim, a **forma Eu-detestado** leva a que o indivíduo experimente sentimentos de ódio e repugnância pelo “eu”, traduzidos pelo desejo agressivo e persecutório de maltratar e o insultar, levando à autopunição. Segundo Gilbert et al., (2004) a linguagem que o indivíduo utiliza nesta relação como o seu “eu” para descrever aspectos de si mesmo têm, na maioria das vezes, algumas particularidades semelhantes à usada para descrever e representar os inimigos e os estigmatizados.

De acordo com Gilbert a mentalidade social que está mais associada ao auto-criticismo é a mentalidade de posto social ou de ranking social (com as suas raízes na preocupação com o poder dos outros, competição, comparação social, medo da rejeição, vergonha) sendo esta a que se mostra mais eficaz no lidar com ameaças sociais permitindo também a coesão social. Segundo o autor, a activação e a continuidade nesta mentalidade aumentam a vulnerabilidade para a psicopatologia através do sentimento de derrota, inferioridade, subordinação, rejeição, vergonha, de se sentir perseguido e da activação de comportamentos de defesa. De facto, Greenberg, Elliott, e Foerster (1990) sugerem que a depressão é mais provável quando os indivíduos não conseguem defender-se dos seus próprios ataques, sentindo-se humilhados e derrotados por estes, aceitando de modo submisso as autocríticas. Os indivíduos com elevado auto-criticismo, constantemente submetidos às suas autocríticas, manifestam expressões envergonhadas e tristes quando reflectem acerca destas (autocríticas) (Whelton & Greenberg, 2005), sentindo-se fracas e incapazes de contrariar seus ataques internos, resultando essa incapacidade na depressão (Whelton, 2000; cit in Gilbert et al., 2006; Greenberg et al., 1990). Os indivíduos que têm a mentalidade de ranking social sobre desenvolvida manifestam dificuldades acrescidas em estimular afecto positivo nos outros, sentem-se mal-amados, tem uma vulnerabilidade elevada à rejeição e ao fracasso e podem demonstrar que merecem o lugar dos outros, tornando-se extremamente competitivos na procura de obtenção de recursos (Gilbert et al, 2004). Nesta forma de interacção competitiva podem tornar-se excessivamente submissos para lidar com as ameaças ou procurar protecção do indivíduo dominante, o que vai gerar diferentes tipos de relação dominante-subordinado. Aprendendo a defenderem-se pela emissão de comportamentos de defesa (subordinação; *safe*), no qual criam um “sentido de segurança” fenomenologicamente diferente dos comportamentos e emoções de tranquilização (*safeness*).

Assim, e de acordo com a teoria evolucionária, da mesma forma que podemos estabelecer determinados tipos de relação com os outros, também a podemos estabelecer connosco, ou seja, “eu”-“eu”, sendo o auto-criticismo, na sua essência, uma relação hostil dominante – submisso que ocorre internamente (Gilbert, 2000, cit in Gilbert, 2002). De acordo com as evidências clínicas a relação dominante-subordinado pode, de facto, ser encenada internamente (e.g. com a parte do “eu” emissora de ameaças e que

envergonha ao suprimir e derrubar, enquanto outra parte do “eu” se submete e é derrotado), sendo esta experiência interna de ataque-submissão a responsável por intensificar o sentimento de inferioridade. Neste sentido, as qualidades patogénicas do auto-criticismo estão ligadas a dois processos básicos: o grau de hostilidade, desprezo e repugnância implícita dirigida ao próprio (Gilbert, 2000; Whelton & Greenberg, 2005) e a incapacidade relativa de gerar sentimentos de calor, tranquilização e aceitação autodirigidos (Gilbert et al, 2004; Neff, 2003). Segundo Whelton (2000), algumas pessoas evidenciam sentimentos de derrota, submetendo-se ao seu próprio auto-criticismo e ataques indutores de vergonha e humilhação.

### 1.2.1. Auto-criticismo e psicopatologia

A psicologia evolucionária sugere que muitos dos mecanismos mentais são projectados para promover a sobrevivência e a reprodução, não a felicidade ou até mesmo a saúde mental (Gilbert, 2002). Quando o resultado não é o que se pretende, os indivíduos que tendem a ser autocríticos, em comparação com os que adoptam uma postura de auto-tranquilização, estão em maior risco de psicopatologia (Gilbert et al., 2006; Gilbert et al., 2004). A maioria dos teóricos tem encarado a auto-desvalorização, auto-condenação, e o auto-criticismo/auto-ataque como um importante componente da psicopatologia. Para além disso, a depressão, tem vindo a ser, ao longo de vários séculos, ligada aos sentimentos de inutilidade e auto-desvalorização (Radden, 2000, cit in Gilbert et al, 2004). Para além disso, são já vários os autores que têm sugerido que o auto-criticismo constitui uma vulnerabilidade específica para a depressão (Blatt, Quinlan, chevron, McDonald, & Zuroff, 1982; Blatt & Zuroff, 1992); abuso de substâncias (Potter-Efron, 2002), suicídio (Fazaa & Page, 2003, Blatt, 1995), stress traumático (Brewin, 2003; Lee, 2005), perturbações do comportamento alimentar (Steiger, Goldstein, Mongrain & Van der Feen, 1990), ansiedade social (Cox, Fleet & Stein, 2004), perturbações da personalidade e regulação do afecto (Lineham, 1993) e às perturbações psicóticas (Birchwood *et al*, 2000; Gilbert & Irons, 2004; Zuroff, Santor & Mongrain, 2005). Estudos desenvolvidos neste âmbito defendem ainda que o auto-criticismo está associado a um sentimento de ser subordinado e inferior aos outros e a relações afiliativas e sociais pobres (Mongrain, Vettese, Shuster e Kendall; 1998; cit in Gilbert et al, 2004). Murphy e colaboradores (2002) evidenciaram num dos seus estudos que a auto-depreciação, marcada por sentimentos de inadequação pessoal está fortemente associado com o risco de depressão ao longo da vida. A importância do auto-criticismo no desenvolvimento da psicopatologia é também apoiada pela verificação empírica de que a relação entre perfeccionismo e psicopatologia se deve ao componente de autocrítica do perfeccionismo (Dunkley et al, 2006). Kohut (1971, 1977) argumenta que, em resultado das interacções nas experiências precoces, os indivíduos podem ter maior ou menor propensão para as internalizar como a capacidade de serem auto-tranquilizadores em momentos de fracassos e falhas pessoais, ou reagir perante a sua frustração com raiva narcísica do “eu” (Gilbert et al, 2004). De acordo com Gilbert (1992), os pensamentos e sentimentos autocríticos podem, neste sentido, ser vistos como uma forma de “perseguição interior” stressante (Gilbert et al, 2004).

### 1.3. Compaixão e auto-compaixão

Apesar dos seres humanos se poderem envolver numa intensa e insensível crueldade (guerras, massacres, etc.), a compaixão tem sido entendida como uma das mais importantes e distintivas qualidades da mente humana, sendo vista como um processo de regeneração importante não só

para as relações com o outro, mas também para a relação interna com a nossa mente (Gilbert, 2009). Paul Gilbert aborda a compaixão baseando-se no seu modelo evolucionário da teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 1995), onde refere que as capacidades de compaixão estão ligadas a competências motivacionais, emocionais e cognitivo-comportamentais – fruto da evolução, de cuidar dos outros e aumentar-lhes as hipóteses de sobrevivência e prosperidade.

O conceito de auto-compaixão, tal como ele é conhecido na psicologia ocidental, foi introduzido recentemente por Neff (2003b), definindo-o como um a atitude saudável para conosco próprios e de auto-aceitação, representando uma postura calorosa perante os aspectos de nós próprios e da nossa vida de que não gostamos tanto (Neff, Rude, et al., 2007), mantendo as emoções dolorosas sob a atenção consciente enquanto são desenvolvidos sentimentos de cuidado e de bondade para com o próprio (Neff, et al., 2008; Neff, 2003). Segundo Gilbert & Procter (2006), a compaixão dirigida ao próprio, surge através da utilização das mesmas competências subjacentes à compaixão para com os outros. Isto é, através do desenvolvimento de uma preocupação genuína pelo nosso bem-estar, da aprendizagem do sermos sensíveis, empáticos e tolerantes em relação ao nosso desconforto, do desenvolvimento de uma compreensão profunda das raízes e causas deste; de nos tornarmos não-julgadores; e de desenvolvermos uma atitude de “auto-tranquilização”. De modo contrastante com a autocrítica, a compaixão pelo “eu” surge como uma resposta alternativa possível à falha ou ao fracasso (Gilbert, 2000a) – de forma a tentar focar o que se pode fazer para tentar tranquilizar o “eu” (e.g. focar os aspectos positivos e activar uma modo para lidar com o sucedido). Estas respostas de auto tranquilização são adoptadas pelas crianças (em parte) a partir do modo como os pais se comportavam consigo – prestando afecto, aconchego e não induzindo vergonha em experiências precoces mal sucedidas (Gilbert et al, 2004). Gilbert (2005) sugere que a auto-compaixão aumenta o bem-estar do individuo devido à indução do sentimento de tranquilização emocional e cuidado pelo eu. Tendo como suporte da sua teoria (mentalidades sociais) propõe que a auto-compaixão desactiva o sistema de ameaça (associado com sentimentos de insegurança e defesa) e activa o sistema de regulação do afecto baseado na auto-tranquilização (associado com sentimentos de vinculação segura, afiliação, empatia e simpatia).

As qualidades auto-apaziguatórias da auto-compaixão possibilitam ainda competências e oportunidades adequadas para a intimidade, regulação afectiva eficaz, exploração, e um melhor coping com o ambiente (Gilbert, 1995). De facto, ao longo dos anos, a investigação em psicologia tem demonstrado que existe uma relação positiva entre a atitude favorável que as pessoas têm para com elas próprias e a atitude que têm para com os outros (e.g Fey, 1957; Phillips, 1951; Stock, 1949). Psicólogos humanistas como Carl Rogers (Rogers, 1974) e Erich Fromm (1956), postulam que a aceitação incondicional ou o amor que um individuo tem para com os outros depende das mesmas atitudes que tinham para com ele próprio. Para além disto refere ainda que a compaixão pelo “eu” está positivamente relacionada com a auto-estima e negativamente com a depressão e ansiedade (Gilbert et al., 2006), sendo já diversos os estudos que destacam a auto-compaixão como um forte preditor de saúde mental. Estes referem que está negativamente associada ao auto-criticismo, depressão, ansiedade, ruminação, supressão de pensamento, e perfeccionismo neurótico (Neff, 2003a, *cit in* Neff et al., 2006) e, por outro lado, positivamente associada à satisfação com a vida e com a interacção social. Para além disto a auto-compaixão demonstra empiricamente ser um forte preditor negativo da comparação social, raiva, necessidade de



isolamento, autoconsciência pública e auto-ruminação (Neff, 2006). De acordo com um estudo de Neff e colaboradores (Neff, *et al.* 2007), uma auto-compassão aumentada aquando da confrontação com pensamentos difíceis está associada a uma menor necessidade de evitar cognições dolorosas. Os autores desta investigação realçam, para além disto, a importância do aumento da auto-compassão como um meio para ajudar as pessoas a “escapar” às consequências prejudiciais das suas autocríticas e a promover resiliência psicológica. A compaixão, pelas suas potencialidades pro-sociais, e a auto-compassão, pela sua importância para a saúde mental dos indivíduos, demonstram assim ser duas características humanas de extrema relevância.

## 2. Terapia da Aceitação e do Compromisso

A Terapia da aceitação e do compromisso (ACT) é uma forma relativamente nova de psicoterapia. Tendo sido iniciada em 1986 por Steven Hayes, foi a primeira da chamada “Terceira geração da Terapia Comportamental”, sendo actualmente alvo de numerosos dados empíricos com o objectivo de apoiar a sua eficácia (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999; Harris, 2006). A ACT é uma terapia baseada na Relation Frame Theory (RFT) que sustenta que o sofrimento humano é originário da inflexibilidade psicológica, promovida pela  **fusão cognitiva e pelo evitamento experiencial** (Hayes et al., 2004). Assim, e como objectivo principal, esta perspectiva visa promover a saúde mental associando para tal estratégias baseadas na aceitação (de estados do organismo, pensamentos e emoções considerados indesejáveis) e mindfulness, a processos de compromisso e mudança de comportamento para a criação de uma flexibilidade psicológica, considerando que o indivíduo pode começar a agir de modo produtivo sobre o meio que o rodeia quando se libertar da permanente luta contra os seus próprios pensamentos e sentimentos.

Segundo a RFT (Hayes, 1994), o ser humano destaca-se dos outros animais pela sua notável capacidade em estabelecer permanentemente relações arbitrárias entre estímulos (Yovel, 2009), sejam eles eventos, palavras, sentimentos, experiências ou imagens, conforme nos envolvemos com o nosso ambiente, interagimos com os outros, pensamos, observamos e raciocinamos (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001). Esta abordagem postula que a base dos problemas psicológicos encontra-se na linguagem humana que, “como aptidão simbólica, têm a capacidade de derivar relações bidireccionais entre as funções do evento e as funções do símbolo, assim como a capacidade de aleatoriamente se combinar com outros símbolos e derivar uma rede de relações que partilham a mesma função” (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Como consequência da aprendizagem relacional defendida pela ACT resultam os estímulos internos (e.g. imagens, pensamentos, sentimentos, lembranças) que assumem as funções dos eventos aos quais estão ligados, i.e., a recordação de um acontecimento doloroso pode desencadear as mesmas reacções do próprio acontecimento, sendo que os pensamentos e os sentimentos podem provocar reacções comparáveis aos contextos externos com os quais foram associados. Assim, as competências verbais que adquirimos para além de restringem a nossa capacidade de viver no momento presente, fazem-nos também evitar, por um lado, situações exteriores a nós consideradas perigosas e, por outro, os estados internos desagradáveis. De acordo com esta perspectiva, os indivíduos são, muitas vezes, incentivados a abandonar o interesse na verdade literal dos seus próprios pensamentos ou avaliações e viver de acordo com os seus valores (Hayes & Strosahl, 2004). Um dos objectivos da ACT está, desta forma, no

aumento da flexibilidade comportamental e diminuição da rigidez destrutiva, proporcionada pela inevitável experiência controladora que a linguagem assume sobre as acções humanas uma vez que está no centro de muitas das suas dificuldades.

### 2.1. ACT e psicopatologia: inflexibilidade psicológica

Apesar da linguagem humana se ter desenvolvido devido à necessidade dos indivíduos resolverem problemas do quotidiano e criarem um mundo confortável, esta possibilitou-nos igualmente capta-la para o nosso mundo interno e desenvolver com ela o sofrimento humano (permitindo-nos preocupar com o nosso desempenho, fazer comparações desfavoráveis ou comparar o presente com um futuro idealizado ou temido).

De acordo com esta linha de pensamento, a nova vaga de terapias comportamentais-contextuais conceptualizam o sofrimento psicológico e a psicopatologia como um resultado omnipresente das competências metacognitivas da mente humana, i.e., pela inter-relação entre a linguagem e a cognição humana (Twohig, Masuda, Varra, & Hayes, 2005). Neste sentido a linguagem constitui-se na principal fonte de psicopatologia devido à incapacidade para manter ou alterar o comportamento ao serviço dos valores pessoais. Isto porque devido à natureza dos processos linguísticos e das representações verbais, todo o tipo de acontecimentos (internos e externos) podem ser tornados presentes a qualquer momento (Yovel, 2009). Esta eficiência das funções da linguagem leva a que os eventos verbais e as regras de avaliação literal geradas pela mente tendam geralmente a dominar outras fontes de informação como a fornecida através da experiência directa (Yovel, 2009), devido à incapacidade em detectar os processos cognitivos que estão a ocorrer no momento e a produzir o pensamento (Fletcher & Hayes, 2005). Segundo a ACT não é a forma nem o conteúdo da cognição que leva aos problemas, mas sim os contextos que fazem com que este conteúdo cognitivo regule de forma inapropriada e pouco útil o comportamento humano (Hayes et al. 2006). Mais concretamente, e de acordo com o que a ACT preconiza, a linguagem pode aumentar drasticamente o sofrimento humano através de dois processos potencialmente patogénicos que derivam da RFT: a fusão cognitiva e o evitamento experiencial (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes et al., 2006).

#### 2.1.1. Fusão cognitiva

Segundo perspectiva da RFT a aprendizagem relacional poderá incitar a **fusão** entre as experiências internas e os acontecimentos que estas reflectem, levando a que as experiências internas passem a desencadear ansiedade, tristeza, raiva, ou angústia, como se do próprio evento se tratasse (Roemer & Orsillo, 2009; Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin e Olsson, 2008).

Os teóricos neste campo referem que a fusão cognitiva é originada pela regulação excessiva e inapropriada do comportamento a partir de processos verbais, tais como regras e redes relacionais (Stroshal, Hayes, Bergan e Romano, 1998; Hayes et al., 2006), tornando-se o indivíduo indistinguível das suas experiências internas transitórias (Orsillo, Roemer & Holowa, 2005) e difícil ou impossível a flexibilidade psicológica saudável. Assim, nos contextos onde se verifica tal fusão, o comportamento humano é guiado principalmente por regras verbais relativamente inflexíveis em detrimento das contingências ambientais (Hayes et al., 2006).

A fusão cognitiva tem **três efeitos adversos importantes**. Em primeiro lugar salientam-se as relações temporais e avaliativas que se ligam a eventos internos, fazendo com que os indivíduos comecem a prever o medo e a tentar regular e evitar os seus próprios pensamentos, sentimentos e

sensações corporais, mesmo quando este processo é prejudicial. Segundo esta visão, uma vez que o comportamento se torna dominado pela fusão cognitiva, pensamentos (e.g. estou mal) são tratados como um referente, ou seja, um objecto “mau” ou perigoso podendo assim levar ao **evitamento experiencial** (Roemer & Orsillo, 2009).

Para além disso, a fusão cognitiva pode também manifestar-se na visão que cada indivíduo tem de si, no sentido do “eu” que é conceptualizado enquanto objecto (Hayes, 2004), ocorrendo pensamentos e emoções relacionados com o próprio sujeito. Destaca-se assim, e em segundo lugar, a tendência dos indivíduos ficarem “emaranhados” nas suas próprias auto-descrições, procurando mantê-las a funcionar em detrimento delas próprias, i.e., vão tender a comportar-se de modo congruente com o seu **eu conceptual**. O indivíduo, ao identificar-se demasiadamente com o seu “eu” conceptual, adopta atitudes de defesa e torna-se rígido, numa tentativa de manter a coerência da história pessoal que constrói. Este processo orienta a interpretação das experiências e faz com que as escolhas pessoais estejam ao serviço do autoconceito. Os indivíduos tornam-se reféns das suas próprias histórias e do seu “eu-conceptual”, de tal modo que se torna mais relevante a auto descrição verbal (e.g. ser vítima, nunca se aborrecer, estar pobre) do que o envolvimento em formas mais eficazes de comportamento (Fletcher & Hayes, 2005). Assim, a fusão entre a nossa experiência e a nossa percepção da realidade torna as experiências internas particularmente poderosas e, provavelmente, está por detrás o nosso desejo de que fossem diferentes do que aquilo que são (Roemer & Orsillo, 2009). O terceiro efeito prejudicial deve-se ao facto do momento presente desaparecer em função do pensamento humano e das suas razões, explicações e justificações para o comportamento (Hayes et al., 1996). O passado, o futuro e o *self* conceptualizados ganham mais poder na regulação do comportamento, o que contribui igualmente para a inflexibilidade (Hayes et al. 2006).

Apesar de não ter sido encontrada na revisão bibliográfica elaborada apoio empírico da relação entre o auto-criticismo e (especificamente) a fusão cognitiva, nem desta com a psicopatologia, tem sido realizado um número substancial de investigações que relacionam o evitamento experiencial (que na perspectiva aqui abordada surge como consequência da fusão cognitiva) (Holowka, Salters-Pedneault & Roemer, 2005; Kashdan, Barrios, Forsyth e Steger, 2006; Shallcross, Troy, Boland & Mauss, 2010) com a sintomatologia psicopatológica (e.g. Eisenberg, Fabes & Murphy, 1996).

### 2.1.2. Evitamento experiencial

Por razões evolucionárias, os organismos tendem a responder ao que percebem como perigoso ou aversivo. Neste sentido, e devido à capacidade da linguagem humana, as suas competências quase ilimitadas para estabelecer relações entre os estímulos, levam consequentemente a um aumento exponencial dos estímulos percebidos como aversivos. Este facto leva a que os indivíduos passem, por exemplo, a ter medo ou a preocupar-se com acontecimentos que não estão efectivamente a ocorrer no presente, e que poderão inclusive não ocorrer no futuro. Assim, e devido às relações temporais e comparativas presentes na linguagem humana, as avaliações e relações estabelecidas passam a estar acopladas aos próprios eventos internos, passando o indivíduo a prever, recear e tentar evitar e regular os seus próprios pensamentos, emoções e sensações corporais inofensivas (Fletcher & Hayes, 2005).

O evitamento surge assim como uma consequência previsível da fusão

cognitiva, i.e., da dominância das regras verbais geradas pela mente humana. Surgindo dentro de um modelo em que é culturalmente ampliado com o foco em “sentir-se bem” e em evitar a dor.

De acordo com a literatura este conceito pode ser definido desta forma como a tendência, verbalmente mediada para o indivíduo evitar experiências privadas que são avaliadas negativamente (e.g. sensações corporais, emoções, memórias, predisposições comportamentais, pensamentos), levando-o a agir no sentido de alterar forma, frequência, intensidade desses eventos ou os contextos que os causam, mesmo quando tal se revela ineficaz ou interfere em ações valorizadas (Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford & Follette, 1996; Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010). Opondo-se este processo ao de aceitação psicológica conceptualizado como capacidade de experienciar activamente um evento tal e qual como ele é (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Hayes e colaboradores (1996) sugerem que os indivíduos tendem a suprimir as suas respostas emocionais devido ao encorajamento social e modelamento do evitamento experiencial. Segundo estes autores as estratégias de evitamento são empregues como defesa do eu, sendo a sua função primária o controlo e minimização do impacto das experiências indesejáveis (Eifert & Forsyth, 2005). O evitamento experiencial assume desta forma a função de regulação emocional na medida em que é uma estratégia usada com o objectivo de diminuir a experiência de emocionalidade negativa (e.g. ansiedade), e consequentemente a não vivência do que antecipa que acontecerá após a experiência (Hayes, 1996).

A disfuncionalidade do evitamento experiencial relaciona-se sobretudo com uma aplicação rígida e inflexível, pois implica muito esforço, tempo e energia para gerir, controlar ou lutar contra os acontecimentos internos avaliados como negativos e indesejáveis (Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010). Contudo, as tentativas para evitar situações pessoais desconfortáveis tendem a aumentar a sua importância funcional e, por vezes, a sua magnitude e frequência (Hayes et al., 2008).

Segundo a perspectiva adoptada, o evitamento experiencial surge como um constructo abrangente, integrador de um conjunto de estratégias que visam suprimir, controlar e o evitar os eventos internos indesejáveis, tal como tem vindo a ser operacionalizado na abordagem do funcionalismo contextual (Hayes, 1993). Neste sentido, a literatura tem vindo a desenvolver a premissa de que os seres humanos estão motivados para evitar as experiências internas aversivas através de estratégias cognitivas e afectivas, tais como a supressão do pensamento (Wenzlaff & Wegner, 2000), a supressão emocional (Gross & Levenson, 1993) e o coping evitante (Penley, Tomaka, & Wiebe, 2002), sendo que estas estratégias podem ser consideradas processos componentes do evitamento experiencial (Kasshadan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006).

Apesar das consequências do evitamento experiencial serem sobrevalorizadas a curto prazo (uma vez que têm o efeito desejado pelo indivíduo ao permitir um alívio imediato da perturbação emocional, daí o seu uso recorrente), a longo prazo, e por reforço negativo, o indivíduo tenderá a utilizar o mesmo padrão de coping para lidar com situações similares, conduzindo a uma progressiva restrição de actividades valorizadas, e a uma vida cada vez mais afastada dos seus valores nucleares. É este evitamento experiencial que evidencia ter um papel fulcral no desenvolvimento e na manutenção das perturbações psicopatológicas,

nomeadamente distúrbios da ansiedade e depressivos. Podendo ser muitas das formas de psicopatologia conceptualizadas como esforços perniciosos para escapar, evitar, controlar ou suprimir experiências internas tais como emoções, pensamentos ou memórias.

São já diversos os estudos que sugerem que o evitamento experiencial vulnerabiliza o indivíduo para o desenvolvimento e manutenção de medidas gerais de psicopatologia (Hayes et al., 1996). Para além disto demonstraram que o evitamento experiencial está relacionado com medidas específicas de ansiedade e depressão (Marx & Sloan, 2005), constituindo-se como um processo crucial na compreensão da etiologia e manutenção da psicopatologia em geral e das perturbações emocionais em particular (Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010). Holowaka, Salters-Pedneaut e Roemer (2005) concluíram através dos seus estudos que o evitamento experiencial é um preditor significativo de sintomatologia depressiva. Também Cribb, Moulds e Carter (2006) concluíram, á semelhança de investigações anteriores que o evitamento contribui para a manutenção da depressão. Para além disto, Wenzlaff e Wegner (2000) referem que os indivíduos podem tornar-se excessivamente autocríticos com as suas tentativas fracassadas de regular os seus pensamentos.

### 2.1.3. Supressão do pensamento

Os indivíduos que possuem elevados níveis de evitamento experiencial recorrem frequentemente a estratégias que lhes permitam controlar os pensamentos e emoções avaliados negativamente. De entre elas salienta-se a supressão do pensamento (Campbell et al., 2005). Este refere-se ao processo consciente de tentar prevenir determinados pensamentos de entrarem no fluxo da consciência (pensamentos intrusivos). Assim, e uma vez que manter constantemente tais pensamentos gera afecto negativo, os indivíduos vão tender a ingressar numa cadeia de esforços para controlar não só os pensamentos intrusivos mas também o que acreditam que os levaria a estados emocionais desagradáveis. É neste ponto que a supressão do pensamento assume particular relevância. Este conceito remete para uma forma comum de controlo mental que consiste na tentativa de evitar, ignorar, neutralizar ou mesmo eliminar pensamentos intrusivos indesejados e persistentes, aludindo ao modo como os indivíduos lidam com o conflito emocional, stressores internos ou externos intencionalmente (American Psychiatric Association, 1994, p. 757). Segundo Wegner & Zanakos (1994) a supressão do pensamento diz respeito ao esforço levado a cabo pelo indivíduo para não pensar em algo em particular, o que significa retirar intencionalmente e voluntariamente a atenção de um pensamento, com especial ênfase para o objectivo, em detrimento das estratégias utilizadas para o conseguir. Assim, e em resposta a pensamentos produtores ansiedade, alguns indivíduos podem estar mais propensos do que outros para adoptar estratégias que lhes permitam “não pensar” em determinados conteúdos. Contudo, esta é reconhecida como uma resposta geralmente mal adaptativa a um conjunto de factores stressores e um factor de risco para a psicopatologia (Carver et al, 1989; Folkman & Lazarus, 1980 cit in Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010). As tentativas de supressão são, na maioria das vezes, mal sucedidas e o esforço em controlar pode levar a uma maior intrusão (Wegner, 1989; Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Luxton, 2003). Este efeito é explicado pela *Theory of ironic processes of mental control*, que

sugere que a supressão de pensamentos intrusivos indesejáveis conduz a o efeito paradoxal (Wegner, 1992; Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Luxton, 2003). Os estudos iniciais no âmbito desta teoria começaram com a publicação da experiência do "urso branco" (Wegner, Schneider, Carter, e White, 1987, cit in Purdon, 2004). Neste estudo, foi observado um aumento na frequência de pensamentos sobre ursos brancos quando os indivíduos os tentaram suprimir durante período de tempo restrito. Wegner, Erber e Zanakos (1994) sugerem que isto acontece porque estão envolvidos dois processos cognitivos fundamentais na tentativa de suprimir os pensamentos: o primeiro está relacionado com uma procura intencional de um pensamento distractivo e o segundo com uma procura automática pelo pensamento suprimido.

Alguns autores sugerem que esta teoria tem uma consequência notável sobre as conceptualizações recentes no âmbito dos distúrbios emocionais caracterizados pela repetição persistente de pensamentos intrusivos, considerando ainda que a supressão de pensamento, enquanto estratégia de controlo mental, é um processo cognitivo associado à etiologia e manutenção de diversas psicopatologias (Erber & Wegner, 1996; Purdon, 1999; Purdon & Clark, 2000; Purdon, Rowa, & Anthony, 2005; Wegner & Zanakos, 1994), sendo que as tentativas frustradas de controlar os pensamentos intrusivos podem ser geradoras de maior sofrimento. De acordo com Purdon et al (2005), a supressão do pensamento para além de ser problemática visto que, conduz a um aumento da frequência do pensamento, também leva a que o sujeito se torne hipervigilante aos seus próprios pensamentos, esteja impedido de fazer uma aprendizagem acerca da sua importância, e por fim, é infrutífera uma vez que leva a um aumento da avaliação negativa, por parte do sujeito, do seu pensamento.

Segundo os teóricos neste campo, os pensamentos intrusivos indesejáveis constituem queixas comuns entre os distúrbios psicológicos (Salkovskis & Harrison, 1984; Wenzlaff, 2002), e estão relacionadas com o aumento do sofrimento quer na população geral quer na população clínica (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, & Gagnon, 1991; Purdon & Clark, 1993), desempenhando um papel de relevo em diversas perturbações psicopatológicas (Sarason et al., 1996).

## **II - Objectivos do Estudo**

A presente investigação foi delineada a partir de alguns objectivos gerais a nível metodológico e pragmático que, por sua vez, se constituíram como princípios orientadores na investigação de uma amostra da população portuguesa. Neste sentido, e sob o ponto de vista metodológico, os nossos objectivos gerais passaram por averiguar se o modo como os indivíduos lidam com as suas experiências internas prediz de alguma forma a psicopatologia. Assim, por seu turno, esperamos que quanto mais estes recorrerem a estratégias de defesa baseadas no auto-criticismo, fusão cognitiva, evitamento experiencial e na supressão do pensamento, mais propensão irão estar para desenvolverem sintomas psicopatológicos. Para além disso, pretendemos perceber se os tipos de relação eu – eu estão associadas aos diferentes processos de regulação emocional/cognitiva no desenvolvimento de psicopatologia.

Assim, e de forma específica, esta investigação começa por

estabelecer como primeiro objectivo avaliar a relação entre o auto-criticismo (mais concretamente nas suas formas eu inadequado e eu detestado) e a tendência dos indivíduos se fusionarem com as suas experiências internas, bem como a sua relação com a psicopatologia. Concretamente espere-se que a uma maior vivência de uma relação interna autocrítica caracterizada pelo sentimento de inadequação do eu, e de ódio e perseguição interior (eu inadequado e eu detestado), bem como a regulação excessiva e inapropriada do comportamento a partir de processos verbais - fusão cognitiva (, estejam associados ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e afecto negativo. De forma oposta, espera-se que os indivíduos que desenvolvem uma relação interna pautada pelo calor e compreensão pela própria condição apresentem níveis mais elevados de afecto positivo e evidenciam índices inferiores de psicopatologia na idade adulta. Ainda neste estudo, é nosso objectivo avaliar o efeito que a fusão cognitiva pode ter na relação entre o auto-criticismo e a psicopatologia. Neste âmbito, postulamos que esta estratégia desempenhe um efeito de moderação entre o auto-criticismo e a sintomatologia depressiva e ansiosa, intensificando -a, isto é, hipotetizamos que os indivíduos autocríticos que estiverem fusionados com a sua experiência interna, estarão mais propensos a desenvolver sintomatologia psicopatológica.

De modo paralelo, procurámos averiguar se a adopção de estratégias de regulação internas como o auto-criticismo e a supressão do pensamento estão relacionadas com o surgimento de psicopatologia. Assim, hipotetizamos que o desenvolvimento de uma relação interna autocrítica pautada por sentimentos de inadequação e por um sentimento de ódio e repugnância pelo eu (eu inadequado e eu detestado), tal como a adopção de estratégias baseadas na tentativa de controlar e interromper o fluxo do pensamento, estariam relacionadas com uma maior tendência para os indivíduos experienciarem sintomas depressivos e ansiosos. De modo contrário, esperamos que os indivíduos que desenvolvam uma relação interna auto-tranquilizadora (caracterizada pelo carinho, calor e afecto), apresentem níveis baixos de sintomatologia psicopatológica e mais elevados de afecto positivo. Para além disso, é nosso objectivo avaliar ainda o potencial efeito moderador que a supressão do pensamento desempenha na relação entre as formas autocríticas eu inadequado e eu detestado e a psicopatologia. Para tal, hipotetizamos que os indivíduos autocríticos que recorram à supressão do pensamento numa tentativa de controlo, estejam mais propensos a desenvolver sintomatologia ansiosa, depressiva e afecto negativo.

Nesta sequência, e como objectivo seguinte, pretendemos avaliar qual a influência do auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado), juntamente com o evitamento experiencial, e a relação destes com a psicopatologia. Concretamente, prevemos que uma relação interna autocrítica pautada pelo sentimento de inadequação do eu, e de ódio e perseguição interna, bem como o tendência para o individuo evitar experiências privadas que são avaliadas negativamente (e.g. sensações corporais, emoções, memórias, predisposições comportamentais, pensamentos), esteja associado ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva, ansiosa e afecto negativo. De forma oposta, espera-se que os indivíduos que desenvolvem uma relação interna auto-tranquilizadora apresentem níveis elevados de afecto positivo e evidenciam índices inferiores de psicopatologia na idade adulta. Para além disto, e tal

como foi feito nos estudos anteriores, é ainda nosso objectivo avaliar o potencial efeito moderador que o evitamento experiencial cumpre na relação entre o auto-criticismo e a psicopatologia. Especificamente, postulamos que os indivíduos autocríticos que adoptem estratégias de evitamento experiencial relativamente à sua experiência interior, estarão mais propensos a desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa.

Por fim, e uma vez que não foram encontrados resultados experimentais comparativos acerca destas estratégias, o objectivo deste estudo consiste em tentar perceber quais das estratégias de regulação internas analisadas em conjunto (auto-criticismo na suas formas eu inadequado e eu detestado; fusão cognitiva; supressão do pensamento, e evitamento experiencial), poderiam prever em maior grau a sintomatologia psicopatológica. Neste sentido, e de encontro ao que a literatura ostenta, hipotetizamos que o evitamento experiencial se destaque das restantes na predição da psicopatologia, tal como o eu detestado.

De cariz mais pragmático, o último objectivo prende-se com as implicações dos resultados da presente investigação para uma melhor compreensão de como estes processos operam e se relacionam. Neste sentido, e para a prática clínica, constitui-se como um esforço premente para a consideração do papel dos diversos processos e estratégias de regulação internas enquanto factores etiológicos e de manutenção da sintomatologia depressiva e ansiosa. Assim, a presente investigação tem com o objectivo final fornecer um contributo importante para a compreensão das dos sintomas depressivos a ansiosos, demonstrando de que forma os processos de regulação do eu, juntamente com a adopção de estratégias para lidar com as suas experiências internas, podem influenciar a etiologia e manutenção das suas dificuldades.

### **III - Metodologia**

#### **1. Caracterização da amostra**

De forma a atingir os objectivos almejados, foi levado a cabo um estudo transversal com base numa amostra de 211 sujeitos da população geral não-estudante, seguindo uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. A população sob a qual incidiu o estudo teve de obedecer a determinados critérios, tais como: (a) possuir idades compreendidas entre 18 e 60 anos, (b) ter estatuto de trabalhador (não estudante), (c) possuir no mínimo o 6º ano de escolaridade (antiga quarta classe), (d) evidência de compreensão dos itens das escalas que compromettesse o preenchimento das mesmas. Excluir-se-ão ainda questionários com um número considerável de itens por preencher. Relativamente à selecção dos sujeitos a participar, esta foi aleatória e a sua participação foi voluntária.

A amostra final é constituída por 211 sujeitos, 147 (69,7%) do sexo feminino e 64 (30,3%) do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 60 anos de idade, obtendo-se uma média de idades de 38,01 (D.P.=10,35). No que concerne aos anos de escolaridade, a amostra é distribuída entre 6 e 21 anos de escolaridade e a média situa-se nos 12,43 anos (D.P. = 3,64). Dada a discrepância entre o tamanho dos dois grupos de sexo, o primeiro passo foi verificar se havia diferenças estatisticamente significativas entre o sexo masculino e feminino. Relativamente aos resultados, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre



o género feminino e o género masculino no que concerne à idade [ $t(209) = -.032$ ;  $p = .975$ ] nem aos anos de escolaridade [ $t(209) = -.989$ ;  $p = .325$ ].

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

	Total (n=211)		Masculino (n=64)		Feminino (n=147)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Idade</b>	38.02	10.350	37.98	10.997	38.03	10.094	.630	.428
<b>Escolaridade (anos)</b>	12.43	3.642	11.98	3.819	12.54	3.692	.016	.899

Para o **estado civil**, a amostra compõe-se por 34.6% sujeitos solteiros, 56.4% casados, 9.0% divorciados, 1.9% viúvos e 0.5% a viver em união de facto (tabela 2). Não foram também aqui encontradas diferenças estatisticamente significativas para esta variável [ $\chi^2(4) = 3.072$ ;  $p = .546$ ].

**Tabela 2:** Características gerais da amostra: estado civil e nível socioeconómico

	Masculino (n=64)	Feminino (n=147)	Total (n=211)	$\chi^2$	p
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro	25	48	73	3.073	.546
Casado	34	85	119		
Divorciado	5	9	14		
Viúvo	0	4	4		
União de facto	0	1	1		

No que confere ao nível socioeconómico, a amostra é composta por 28.9% de sujeitos com nível socioeconómico baixo, 65.4% com nível socioeconómico médio e 5.7% com nível socioeconómico alto (tabela 3). Tal como se verificou nas variáveis anteriores, também no nível socioeconómico não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino [ $\chi^2(2) = 3.804$ ;  $p = .149$ ].

**Tabela 3:** Características gerais da amostra: nível socioeconómico

	Masculino (n=64)	Feminino (n=147)	Total (n=211)	$\chi^2$	p
<b>Nível socioeconómico</b>					
Baixo	13	48	61	3.804	.149
Médio	48	90	138		
Alto	3	9	12		

## 2. Instrumentos

- **Escala do Afecto Positivo e Negativo** (PANAS – Positive and Negative Affect Schedule; Watson, Clark & Tellegen, 1988; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). Este é uma escala constituída por 20 itens que avaliam o afecto positivo e o afecto negativo, cujas respostas são dadas num formato tipo Likert de 5 pontos, em que o 1 corresponde a “nada ou muito ligeiramente” e 5 a “extremamente”. A escala é formada por duas subescalas: afecto positivo e afecto negativo, cada uma constituída por 10 itens. é pedido aos sujeitos que avaliem a extensão em que experimentaram cada emoção durante as últimas semanas. A magnitude dos valores da consistência interna encontrada por Watson, Clark & Tellegen (1998) foi boa. Valores de consistência interna: subescala

afecto positivo .88 e subescala afecto negativo .89 na versão original. Neste estudo obtivemos valores de .85 e .87, na subescala afecto positivo e negativo, respectivamente.

- **Escala da Vergonha Interna** (ISS - Internalized Shame Scale; Cook, 1987, 1994, 2001; tradução e adaptação para a população portuguesa por Matos & Pinto-Gouveia, 2006). Este instrumento é constituído por 30 itens e tem como objectivo avaliar a vergonha enquanto traço (característica estável). A ISS é um instrumento composto por uma subescala de Vergonha Interna (que mede a experiência de vergonha internalizada) composta por 24 itens (e.g. “Crítico-me e desvalorizo-me a mim mesmo”) que medem a frequência na qual as pessoas experienciam sentimentos de vergonha; e uma subescala que avalia a Auto-Estima. Todos os itens são cotados numa escala de Likert de 4 pontos (0-“Nunca” a 4-“Quase sempre”) e pontuações elevadas na escala de vergonha são representativas de maior vergonha interna. No estudo original as subescalas obtiveram bons níveis de consistência interna ( $\alpha=.88$  na subescala vergonha interna;  $\alpha=.96$  na subescala auto-estima). No que diz respeito à consistência interna no estudo de validação português, os resultados revelaram alfas de Cronbach elevados ( $\alpha=.95$  para a vergonha interna, e  $\alpha=.85$  para a auto estima). Neste estudo verificamos valores de consistência interna de .95 na subescala vergonha interna e de .79 na subescala auto-estima.

- **Escala de Vergonha Externa** (OAS - Other As Shame Scale) Esta escala foi desenvolvida por Allan, Gilbert, e Goss (1994) e traduzida e adaptada para português por Matos, Pinto-Gouveia e Duarte (2011). A escala é composta por 18 itens que avaliam a vergonha externa (julgamentos globais acerca do modo como os indivíduos pensam que os outros os vêem). É uma escala de auto resposta tipo Likert de cinco pontos (0-nunca a 4-quase sempre), em que os sujeitos são instruídos a responder indicando a frequência que sente ou experiencia determinadas situações tais como “As outras pessoas vêem-me como se eu fosse pequeno(a) e insignificante”. Resultados elevados nesta escala revelam elevado nível de vergonha externa. No estudo original reportaram um coeficiente de consistência interna elevado ( $\alpha=.92$ ). No estudo da Versão da portuguesa e propriedades psicométricas (Matos et al., 2011), tal como no presente estudo, a OAS também revela uma consistência interna elevada ( $\alpha=.91$  e  $\alpha=.93$ , respectivamente).

- **Escala de Formas do Auto-criticismo e Auto-tranquilização** (Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale – FSCRS; Gilbert et al., 2004; tradução e validação para a população portuguesa de Castilho, P. & Pinto Gouveia, J., 2011). A escala é composta por um conjunto de 42 itens repartidos por que três factores: o Eu Inadequado (avalia a sensação de inadequação do eu perante fracassos e recuos), o Eu Tranquilizador (avalia a capacidade do eu se reconfortar e de ter compaixão por si mesmo) e o Eu Detestado (avalia um sentimento de auto-repugnância/ódio e uma resposta destrutiva para com o eu, perante fracassos). Esta medida procura analisar a forma como as pessoas se autocriticam/atacam e se auto-tranquilizam “quando as coisas correm mal”. Os participantes são instruídos a responder a determinadas situações, numa escala tipo Likert de 5 pontos (de 0 “não sou

assim” até 4 “sou extremamente assim”). Os valores de consistência interna na versão original obtidos nesta escala foram de .90 para a subescala Eu Inadequado e .86 quer para a subescala Eu Tranquilizador como para a subescala Eu Detestado. Os resultados da versão portuguesa revelaram que a escala possui uma boa consistência interna (subescala Eu Inadequado  $\alpha = .89$ , subescala Eu Tranquilizador  $\alpha = .87$  e subescala Eu Detestado  $\alpha = .62$ ). Neste estudo, obtivemos valores de consistência interna de .86 para a subescala Eu Inadequado, .84 para a subescala Eu Tranquilizador e .73 para a subescala Eu Detestado.

- **Escala da Auto – Compaixão de Neff (SELFCS – Self-compassion Scale; Neff, 2003; traduzida e validada para a população portuguesa por Pinto-Gouveia, J., & Castilho, P., 2011).** Esta é uma escala concebida para a avaliação da auto-compaixão e é composta por 26 itens, divididos em 6 subescalas: calor/compreensão, auto crítica, condição humana, isolamento, mindfulness e sobre identificação. Os sujeitos são convidados responder usando uma escala de tipo Likert de 5 pontos que varia entre 1 (“quase nunca”) e 5 (“quase sempre”). Para se obter o valor total da escala, os valores médios de cada subescala são somados, após inversão dos itens das subescalas de autocritica, isolamento e sobre identificação. Estudos levados a cabo pela autora com o objectivo de avaliar as propriedades psicométricas da escala de auto-compaixão (Neff, 2003), revelaram uma elevada correlação entre as seis subescalas. Os estudos permitiram demonstrar a existência de uma muito boa consistência interna (.92) e teste-reteste (.93). Valores de consistência interna obtidos no estudo original: auto-compaixão .92; subescala calor/compreensão .78; subescala autocritica .77; subescala condição humana .81; subescala isolamento .79; subescala mindfulness .75; e subescala sobre identificação .81. Neste estudo observamos valores de alpha de cronbach’s nas subescalas calor/compreensão de .82, autocritica de .76, condição humana de .72, isolamento .79, mindfulness .76 e na subescala sobre-identificação.72.

- **Escala de Fusão Cognitiva (CFQ-28; Dempster, Bolderston, Gillanders, & Bond, 2009; Tradução e adaptação de Pinto-Gouveia, Ferreira, Gregório e Dinis, 2010).** Este questionário constitui a versão portuguesa do Cognitive Fusion Questionnaire e é composto por 28 itens que pretendem avaliar o grau em que os participantes se encontram fusionados com os seus pensamentos. À semelhança do original, o Questionário da Fusão Cognitiva – 28 é constituído por itens destinados a avaliar a fusão (e.g. “Sinto-me perturbado quando tenho pensamentos negativos acerca de mim mesmo”) e itens de desfusão cognitiva (e.g. “Acho fácil observar os meus pensamentos de uma perspectiva diferente”). Os sujeitos são instruídos a preencher o questionário classificando o quanto é verdadeira para si cada afirmação utilizando para tal uma escala tipo Likert de 7 pontos em que o 1 representa “nunca verdadeiro” e 7 “sempre verdadeiro”. A magnitude do valor da consistência interna encontrada no estudo original para a escala total teve um alfa de Cronbach=.86, considerada uma boa consistência interna. Por sua vez, para a componente fusão a consistência interna foi considerada muito boa ( $\alpha = .93$ ) e para a componente desfusão a consistência interna foi razoável ( $\alpha = .79$ ). No estudo exploratório português das suas características psicométricas, a versão factorial encontrada mostrou-se consistente com a

estrutura factorial proposta pelos autores da versão original. No que concerne à fidelidade, quer a escala total quer a componente fusão apresentaram valores de consistência interna muito bons ( $\alpha=.92$  e  $\alpha=.94$ , respectivamente), por sua vez a componente desfusão é também ela semelhante à dos autores da escala original, considerado um valor de consistência interna de razoável ( $\alpha=.77$ ). No nosso estudo, obtivemos valores de consistência interna de .87 para a escala total, .95 para a subescala fusão e .83 para a subescala desfusão.

- **Escala da Supressão do Pensamento** (WBSI; Wegner & Zanakos, 1994; traduzido e adaptado para a versão portuguesa por Pinto Gouveia, J. e Albuquerque, P., 2007). O White Bear Suppression Inventory avalia a tendência natural dos indivíduos para suprimir os seus pensamentos indesejados e é composto por 15 itens (e.g. 10- “Há coisas que tento não pensar”; 15- “Por vezes mantenho-me ocupado só para me impedir de pensar”), agrupados numa solução unifactorial, denominado pelos autores como supressão do pensamento. Os sujeitos são convidados a responder usando uma escala tipo Likert de 5 pontos que varia entre 1 (discordo fortemente) e 5 (concordo fortemente). Para se obter o valor total da escala, os valores de cada item são somados, podendo os resultados oscilar entre 15 e 75 pontos, em que o valor mínimo é indicador de uma menor tendência para suprimir os seus pensamentos e o máximo de uma tendência para o fazer. Os estudos permitiram demonstrar a existência de uma boa consistência interna ( $\alpha = .84$ ) e teste-reteste (0,69) na versão original, sendo um indicador fiável de diferenças individuais na supressão do pensamento (Palm & Strong, 2007). Neste estudo obtivemos valores de consistência interna de .93.

- **Questionário de Aceitação e Acção** (AAQ-II; Bond, F., *et al.*, 2007; traduzido e adaptado para a população portuguesa por Pinto Gouveia, J. e Gregório, S., 2007). Este é um instrumento constituído por dez itens que tem como objectivo avaliar o evitamento experiencial e a flexibilidade psicológica. Alguns itens são focados na capacidade de empreender uma acção num contexto de pensamentos inibitórios. Outros itens referem-se à presença de preocupação, ansiedade ou avaliações negativas associadas a eventos, resultando daí as tentativas de os eliminar ou controlar. A capacidade de se distanciar do conteúdo literal de avaliações negativas e, em seguida, usar a preocupação ou desvaneios como um método de regulação comportamental também são factores a serem medidos por este questionário. Finalmente, o questionário permite avaliar as comparações negativas a respeito de como lidar com as suas vidas em relação aos outros (“Parece que a maior parte das pessoas gerem as suas vidas melhor do que eu”). As respostas são medidas numa escala tipo Likert de sete pontos (1-“nunca verdadeiro” a 7-“sempre verdadeiro”) em que é pedido aos sujeitos a medida em que cada item é verdadeiro para eles. Resultados elevados na soma das pontuações dos itens indicam um maior evitamento experiencial. O questionário demonstrou boas propriedades psicométricas na sua versão original (boa consistência interna:  $\alpha: .83$ ).

- **Escala da Ansiedade, Depressão e Stress** (EADS-42; Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004), versão portuguesa da Depression, Anxiety and

Stress Scales (DASS-42; Lovibond & Lovibond, 1995). A EADS-42 é um instrumento de auto-resposta que compreende 42 itens em que cada um remete para sintomas emocionais negativos. Este instrumento é direccionado à avaliação de três dimensões de sintomas psicopatológicos: depressão, ansiedade e stress, sendo assim constituída por 3 subescalas que comportam 14 itens cada. Pretende-se que os participantes avaliem a extensão em que experimentaram cada sintoma, durante a última semana, para tal os sujeitos são instruídos a classificar as suas respostas numa escala tipo Lickert de 4 pontos, de gravidade ou frequência (0=*Não se aplicou nada a mim*; até 3=*Aplicou-se a mim a maior parte do tempo*). A medida permite obter resultados parciais para cada uma das subescalas de ansiedade, depressão e stress, com uma amplitude de resultados a variar entre 0 e 42. Quanto mais elevada for a pontuação em cada dimensão, mais negativos são os estados afectivos. No estudo da versão portuguesa, foram encontrados bons índices de consistência interna, com alfas de Cronbach para depressão de .93 (.91 no estudo original), ansiedade .83 (.84 na versão original) e stress .88 (com .90 no original). Para além disto, os autores verificaram que o instrumento possui validade convergente e discriminante. Neste estudo observamos valores de consistência interna de .95 na subescala depressão, .95 na subescala ansiedade e .94 na subescala stress.

### 3. Procedimento

A bateria acima descrita é constituída por nove instrumentos de auto-resposta, possuindo ainda uma folha de rosto que, para além de informar os participantes acerca do objectivo, importância da sua participação, anonimato, confidencialidade e finalidade dos dados obtidos, permite ainda a recolha de informação biográfica relativa aos respondentes. O preenchimento do protocolo de investigação foi feito de forma voluntária pelos participantes e teve como duração média cerca de 40-50 minutos.

O processo de administração foi feito individualmente e em forma grupal, tentando fornecer sempre uma contextualização do âmbito do estudo, a importância de ser honesto nas respostas dadas e as devidas instruções para o seu preenchimento. Foi ainda dada a hipótese dos sujeitos levarem o conjunto de questionários para casa após terem ouvido as instruções de preenchimento de forma a poderem responder mais atenciosamente, devolvendo-o posteriormente.

Posteriormente, e com o objectivo de analisar os dados obtidos recorreu-se ao software SPSS (versão 17.0). Numa primeiro momento foi concretizada a **estatística descritiva**, mais concretamente, medidas de tendência central (médias das variáveis em estudo), medidas de dispersão (desvios padrão), medidas de forma (coeficientes de assimetria e achatamento), e variação das pontuações (mínimos e máximos). Seguidamente, e de forma a testar a normalidade da distribuição das variáveis sob estudo (dependentes), foi realizado o teste de **Kolmogorov-Smirnov** ( $p > .05$ ). Contudo, e uma vez que este se trata de um teste sensível e, por isso, detectar desvios, mesmo que pequenos, à normalidade, foram ainda analisados os valores de **assimetria e de achatamento**. Segundo Kline (1988), embora não seja claro que valores de achatamento e assimetria se tornam problemáticos, valores absolutos de assimetria inferiores a 3 e de achatamento inferiores a 7-10 permitem assumir que a não normalidade da

distribuição das variáveis dependentes não é problemática. Para além disso, o Teorema do Limite Central diz-nos que uma distribuição da média amostral tende para a distribuição normal à medida que a sua dimensão aumenta para valores suficientemente grandes, ou seja, que a violação do pressuposto da normalidade não afecta a robustez dos testes paramétricos quando são utilizadas amostras significativas, verificando-se essa tendência para um  $n \geq 30$  (Maroco, 2010). No que diz respeito à presença de valores extremos, foram encontrados 6 *outliers*. Apesar de esta ser ainda uma área na estatística sem consenso de opiniões, relativamente à forma de lidar com os mesmos (Hair, Anderson, Tatham & Blach, 1998), optamos por seguir a posição defendida por Maroco e Bispo (2003) e retirá-los da amostra inicial. Após esta etapa, e dado que a amostra cumpre os pressupostos da normalidade e da homogeneidade (Maroco, 2010), foram efectuados testes paramétricos uma vez que se afiguraram como mais robustos.

Posteriormente, procedeu-se à realização do *teste-t* para amostras independentes que permite comparar grupos independentes e verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino dos respondentes em relação às variáveis sociodemográficas avaliadas. Nesta sequência foi ainda calculada a **dimensão do efeito** através do *d* de Cohen de forma a avaliar a magnitude da diferença de médias entre o género feminino e masculino, sempre que tal se revelou oportuno. Para tal foi adoptada a convenção de Maroco (2010, modificado de uma proposta de Cohen, 1988) em que a dimensão do efeito é muito elevado se *d* de Cohen  $> 1$ , elevado se  $0.5 < d \leq 1$ , médio se  $0.2 < d \leq 0.5$  e pequeno se  $d \leq 0.2$ .

No sentido de testar se as variâncias populacionais são homogéneas, e de forma a concluir a análise dos pressupostos referidos, foi realizado o **teste de Levene**, na medida em que é um teste robusto a desvios da normalidade (Maroco, 2010), confirmando-se a homogeneidade para valores de  $p > .05$ .

No que confere à estatística correlacional, foram calculadas **correlações de Pearson**, com o objectivo de quantificar a força e dimensão da associação entre duas variáveis. Relativamente à avaliação das magnitudes de correlação, nesta investigação será utilizada a convenção de Pestana e Gageiro (2003) que propõem que uma associação deverá ser considerada muito baixa sempre que o coeficiente de correlação seja inferior a .20; baixa entre .20 e .39; moderada entre .40 e .69; alta entre .70 e .89 e muito alta entre .90 e 1.0.

Antes de se proceder à elaboração das regressões, foram analisados os pressupostos específicos das regressões nomeadamente a multicolinearidade e a normalidade e independência dos resíduos. A multicolinearidade foi analisada através das matrizes de correlações bivariadas entre as variáveis independentes, onde não foram encontrados problemas de multicolinearidade - os valores de R registados foram inferiores a .75 (Maroco, 2011). Paralelamente foram analisados os valores do factor de inflação da variância (VIF), que corroboraram uma multicolinearidade não problemática, pois encontravam-se abaixo de 5 (Montgomery & Peck, 1982 *cit in* Maroco, 2010). Para além disso, foi ainda assegurada a independência dos resíduos através dos valores de Durbin-Watson que se situaram entre os valores previstos (0 e 4), tendo-se situado os valores encontrados próximos de 2 (Maroco, 2010). De seguida, e asseguradas as condições necessárias para a sua realização, procedemos às

análises de regressão **linear múltipla standard** (método *enter*) (Brace, Kemp & Snelgar, 2003).

Para finalizar, conduzimos estudos que assentam na análise de regressão múltipla hierárquica, considerando a interacção de um preditor contínuo (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003), com o intuito de analisar o efeito de moderação entre as variáveis pretendidas. Neste processo, e de forma a reduzir os erros associados com a multicolinearidade, usamos um procedimento de estandardização das variáveis, centrando os valores das variáveis dos dois preditores e depois obtivemos o produto da interacção pela multiplicação das duas variáveis criadas (Aiken & West, 1991). Nos estudos conduzidos, e num primeiro passo do modelo, introduzimos o preditor, no passo dois, incluímos a variável preditora e no terceiro passo, entramos com a interacção entre as duas variáveis, como preditor.<sup>1</sup> Definido o objectivo, conduzimos uma análise estatística tomando como pressupostos as recomendações de Baron e Kenny (1986). O modelo representado na figura 1 evidencia três “caminhos” causais que regulam a manifestação da variável dependente: impacto do preditor na VD (caminho *a*); impacto do moderador na VD (caminho *b*); e o impacto resultante do produto destas duas variáveis na VD (caminho *c*). Para a hipótese da existência da variável moderadora seja apoiada, a variável resultante da interacção entre a VI e a VM tem que ser estatisticamente significativa na predição da VD (caminho *c*) (Baron e Kenny, 1986).

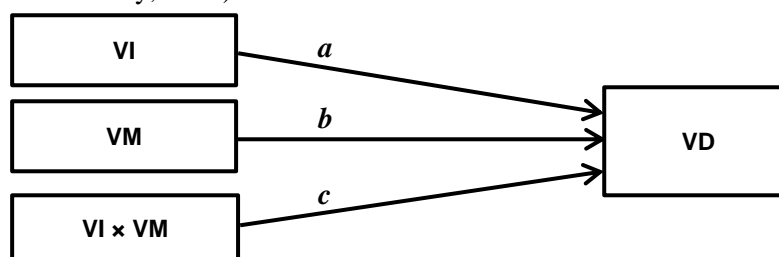


Figura 1: Modelo da Moderação. Adaptado de Baron e Kenny (1986). VI = variável Independente/ preditora; VM= potencial variável moderadora; VD= variável dependente; (a) efeito da VI na VD; (b) efeito da VM na VD; (c) efeito da interacção da VI e da VM na VD.

Para além destas considerações, destaca-se ainda o facto de que, ao contrário das situações que envolvem mediadores (onde o preditor é causalmente antecedente ao mediador), as variáveis do modelo representado na figura 1 (moderadoras e preditoras) estão ao mesmo nível em relação ao seu papel como antecedente causal em relação aos efeitos na variável critério (Baron e Kenny, 1986). Para melhor se compreender e visualizar as associações das variáveis em cada grupo procedemos ao estudo da significância do declive de cada grupo (Post-hoc simple slope analysis) utilizando o software ModGraph uma vez que é o procedimento recomendado para realçar esta relação). Para tal, e uma vez que pode ser feito com variáveis centradas e descentradas (Aiken & West, 1991; Cohen et al, 2003), optámos por usar as variáveis centradas.

<sup>1</sup> Estes procedimentos foram utilizados em todas as moderações apresentadas nos estudo 5.

## IV - Resultados

### Estudo das diferenças entre géneros nas variáveis em análise

De forma a apurar a existência de diferenças estatisticamente significativas, entre o género masculino e feminino, nas médias das variáveis contínuas em estudo, recorreu-se à estatística paramétrica do cálculo do teste *t* de Student para amostras independentes. Para além de se avaliar a significância estatística, foi ainda calculada a dimensão do efeito através do *d* de Cohen para avaliar a magnitude da diferença de médias entre o sexo masculino e feminino.

Neste seguimento, os resultados obtidos permitiram-nos concluir que não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo no que concerne ao género (tabela 4). Sendo apenas de salientar a significância relativamente à supressão do pensamento [ $t(211) = -1.951$ ;  $p = .052$ ], assim, e de forma a despistar possíveis diferenças foi calculado adicionalmente a magnitude do efeito, sendo que este se revelou médio ( $d = -.29$ ; limite inferior de  $d = -2.97$ ; limite superior = 1.81). De acordo com estes resultados efectuamos os estudos posteriores tratando a amostra como um único grupo.

**Tabela 4:** Estudo das diferenças de género nas variáveis em estudo (n= 211)

	Masculino (n=64)		Feminino (n=147)		Total (n=211)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>PANAS</b>								
Afecto Positivo	28.83	6.12	29.04	6.87	28.98	6.64	-2.14	.831
Afecto negativo	17.19	6.15	18.44	6.56	18.06	6.45	-1.301	.195
<b>ISS</b>								
Vergonha interna	27.97	18.01	31.65	17.00	30.53	17.35	-1.418	.158
<b>OAS</b>	16.48	11.82	16.56	9.40	16.54	10.16	-0.048	.962
<b>FSCRS</b>								
Eu-detestado	1.92	3.15	1.95	2.65	1.94	2.81	-0.056	.955
Eu-inadequado	9.47	6.92	10.35	5.90	10.08	6.23	-0.942	.347
Eu-tranquilizador	19.75	5.73	20.67	5.58	20.39	5.63	-1.089	.278
<b>SELFCS</b>	2.74	.44	2.80	.41	2.78	.42	.128	.721
<b>CFQ - 28</b>								
Fusão	59.11	22.96	60.86	19.80	60.33	20.769	-0.563	.574
<b>WBSI</b>	45.61	10.93	49.23	12.95	48.13	12.455	-1.951	.052
<b>AAQ - II</b>								
Evitamento	19.59	9.91	20.17	8.69	19.99	9.059	-0.424	.672
<b>EADS - 42</b>								
Depressão	6.75	8.09	5.94	7.44	6.19	7.629	.709	.479
Ansiedade	7.41	8.44	5.93	7.74	6.37	7.965	1.243	.215
Stress	11.14	8.89	10.97	8.31	11.02	8.469	.137	.891

### Estudo 1 – Vergonha, Auto-criticismo, Fusão Cognitiva e psicopatologia

O objectivo deste estudo prende-se com o facto de pretendemos compreender de que forma é que a vivência da vergonha (externa e interna, ISS e OAS respectivamente) e o auto-criticismo (FSCRS) relatados pelos participantes se relacionam com a presença de uma mente fusionada (CFQ - fusão), onde as construções literais se sobrepõem à experiência directa, e consequentemente com o desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa (DASS-42), bem como de afecto positivo e negativo (PANAS) na idade adulta.



**Tabela 5.** Correlações entre as variáveis em estudo na amostra total (n= 211)

	PANAS		ISS	OAS	FSCRS		SELFCS	CFQ-28	WBSI	AAQ-II	DASS – 42			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
PANAS	1													
1. Afecto positivo	1													
2. Afecto negativo	-.020	1												
ISS			1											
3. Vergonha interna	-.192**	.547**	1											
OAS				1										
4. Vergonha Externa	-.188**	.374**	.790**	1										
FSCRS					1									
5. Eu-tranquilizador	.460**	-.215**	-.352**	-.285**	1									
6. Eu-inadequado	-.037	.396**	.756**	.653**	-.119	1								
7. Eu detestado	-.079	.292**	.600**	.561**	-.191**	.679**	1							
SELFCS								1						
8 Auto compaixão	.359**	-.352**	-.610**	-.512**	.603**	-.543**	-.428**	1						
CFQ-28									1					
9. Fusão cognitiva	-.195**	.338**	.651**	.625**	-.278**	.580**	.436**	-.551**	1					
WBSI										1				
10. Supressão pens.	-.137*	.323**	.571**	.537**	-.195**	.476**	.349**	-.445**	.656**	1				
AAQ-II											1			
11. Evitamento	-.202**	.380**	.682**	.652**	-.354**	.561**	.474**	-.596**	.785**	.611**	1			
DASS - 42												1		
12. Depressão	-.206**	.460**	.602**	.552**	-.314**	.527**	.584**	-.513**	.547**	.497**	.674**	1		
13. Ansiedade	-.101	.442**	.521**	.446**	-.218**	.436**	.459**	-.412**	.488**	.440**	.594**	.860**	1	
14. Stress	-.170*	.499**	.555**	.478**	-.221**	.502**	.470**	-.483**	.514**	.495**	.607**	.814**	.793**	1

\*\* $\leq$ p 0.01\*p $\leq$  0.05

## 1.1. Estudo correlacional

### *Fusão cognitiva e restantes variáveis em estudo*

Considerando o total da amostra, os resultados das correlações de Pearson indicam que a Fusão cognitiva se encontra positiva e significativamente correlacionada, com uma magnitude moderada, com a vergonha interna ( $r = .651$ ;  $p < .01$ ), vergonha externa ( $r = .625$ ;  $p < .01$ ), eu inadequado ( $r = .580$ ;  $p < .01$ ) e eu detestado ( $r = .436$ ;  $p < .01$ ), observando-se ainda uma correlação negativa significativa, com uma magnitude baixa, entre a fusão e o eu-tranquilizador ( $r = -.278$ ;  $p < .01$ ).

No que confere à correlação da fusão cognitiva com os sintomas psicopatológicos, encontramos valores de correlação positivos, significativos e moderados com a sintomatologia depressiva ( $r = .547$ ;  $p < .01$ ) e ansiosa ( $r = .488$ ;  $p < .01$ ). São ainda observadas correlações significativas e positivas com uma magnitude baixa entre a fusão e o afecto negativo ( $r = .338$ ;  $p < .01$ ) e uma correlação negativa, com uma magnitude muito baixa, entre o afecto positivo e a fusão cognitiva ( $r = -.195$ ;  $p < .01$ ).

### *Auto-criticismo, auto-tranquilização e psicopatologia*

O eu inadequado encontra-se positiva e significativamente correlacionada, com uma magnitude moderada, com a depressão ( $r = .527$ ;  $p < .01$ ), e com a ansiedade ( $r = .436$ ;  $p < .01$ ); e com uma magnitude baixa com o afecto negativo ( $r = .396$ ;  $p < .01$ ). A forma eu detestado correlaciona-se por sua vez, significativa e positivamente com a depressão ( $r = .584$ ;  $p < .01$ ), com a ansiedade ( $r = .459$ ;  $p < .01$ ) e com uma magnitude baixa com o afecto negativo ( $r = .292$ ;  $p < .01$ ). Não se registando contudo correlações significativas entre as formas do auto-criticismo e o afecto positivo. Atendendo à forma eu tranquilizadora, esta correlaciona-se significativa e positivamente com o afecto positivo, com uma magnitude moderada ( $r = .460$ ;  $p < .01$ ), e de forma negativa, significativa e baixa com a depressão ( $r = .314$ ;  $p < .01$ ) e com a ansiedade ( $r = .218$ ;  $p < .01$ ).

## 1.2. Estudo das formas do auto-criticismo e fusão cognitiva enquanto variáveis preditoras da psicopatologia

De seguida efectuámos regressões lineares múltiplas (método enter) com o propósito de averiguar se a fusão cognitiva e o padrão de relação interna do eu predizem a sintomatologia depressiva e ansiosa, e o afecto positivo e negativo na idade adulta.

Os resultados obtidos neste estudo revelam que o modelo prediz significativamente 47.0% da variância da sintomatologia depressiva, sendo que é a relação interna hostil com o eu (eu detestado) o preditor significativo com valor de  $B$  estandardizado mais elevado nos sintomas depressivos ( $F = 45,656$ ;  $\beta = .367$ ;  $p = .000$ ), seguindo-se da fusão cognitiva ( $F = 45,656$ ;  $\beta = .293$ ;  $p = .000$ ). Para além disto, dificuldades no desenvolvimento de uma relação interna auto-tranquilização predizem significativamente a depressão ( $F = 45,656$ ;  $\beta = -.152$ ;  $p = .005$ ).

**Tabela 6:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e a dimensão fusão do CFQ-28 (Variáveis independentes) sobre a Depressão (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	F	p	D-W	t	p	VIF
Modelo 1	.470	.460		45.656	.000	1.826			
Fusão			.293				4.543	.000	1.617
Eu inadeq.			.090				1.164	.246	2.315
Eu detest.			.367				5.243	.000	1.902
Eu tranquil.			-.152				-2.849	.005	1.108

Relativamente à sintomatologia ansiosa, o modelo explica significativamente 31.9% da variância observada, denotando que a fusão cognitiva ( $F=24.114$ ;  $\beta=.315$ ;  $p=.000$ ) e o eu detestado são únicos os preditores que emergem como significativos ( $F=24.114$ ;  $\beta=.264$ ;  $p=.001$ ).

**Tabela 7:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e a dimensão fusão do CFQ-28 (Variáveis independentes) sobre a Ansiedade (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	p	D.W.	VIF
Modelo 1	.319	.306				24.114	.000	1.812	
Fusão			.315	4.302	.000				1.617
Eu inadeq.			.065	.748	.455				2.315
Eu detest.			.264	3.326	.001				1.902
Eu tranquil.			-.073	-1.201	.231				1.108

No que confere ao afecto negativo, o modelo explica 17.8% da sua variância, sendo que a relação interna de um eu inadequado emerge aqui como o preditor significativo global mais forte ( $F=12.378$ ;  $\beta=.308$ ;  $p=.001$ ), seguindo-se a relação interna eu tranquilizadora. Assim, uma acentuada dificuldade em desenvolver uma relação auto-tranquilizadora tendem a levar os indivíduos a apresentar mais sintomas ansiosos ( $F=12.278$ ;  $\beta=-.146$ ;  $p=.028$ ).

**Tabela 8:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e a dimensão fusão do CFQ-28 (Variáveis independentes) sobre a Afecto negativo (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	p	D-W	VIF
Modelo 1	.178	.178				12.378	.000	1.760	
Fusão			.116	1.464	.145				1.617
Eu inadeq.			.308	3.233	.001				2.315
Eu detest.			.005	.052	.958				1.902
Eu tranquil.			-.146	-2.211	.028				1.108

A variância do afecto positivo é, por sua vez, explicada em 22.2%, sendo que aqui a sua predição significativa é igualmente dada pela relação interna de tranquilização com o eu ( $F=14.672$ ;  $\beta=.436$ ;  $p=.000$ ).

**Quadro 8:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e a dimensão fusão do CFQ-28 (Variáveis independentes) sobre o Afecto positivo (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	p	D-W	VIF
Modelo 1	.222	.207				14.672	.000	1.936	
Fusão			-.124	-1.580	.116				1.617
Eu inadeq.			.088	.943	.347				2.315
Eu detest.			-.002	-.028	.978				1.902
Eu tranquil.			.436	6.738	.000				1.108

### 1.3. Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia.

Após percebermos que as variáveis em estudo se encontravam significativamente correlacionadas, e que o auto-criticismo e a fusão cognitiva são factores importante no aparecimento, quer de sintomatologia depressiva quer ansiosa, fomos testar a hipótese da fusão cognitiva (CFQ-28) moderar o efeito do auto-criticismo (FSCRS) na psicopatologia (DASS-42). Para tal elaboramos regressões lineares múltiplas hierárquicas e começamos por considerar, separadamente, como variáveis independentes o eu inadequado e o eu detestado, a fusão cognitiva como potencial variável moderadora contínua, e como variáveis dependentes, separadamente, a sintomatologia depressiva e ansiosa. Após isso, testamos o efeito da interacção entre estas (fusão e o eu inadequado, na ansiedade e na depressão; e o efeito da interacção entre o eu detestado e a fusão cognitiva na ansiedade e na depressão, separadamente).

#### 1.3.1. Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a psicopatologia.

Num primeiro momento do modelo introduzimos o criticismo pautado por sentimentos de inadequação (eu inadequado) como preditor, e no passo dois, incluímos a fusão cognitiva como variável preditora. Na terceira fase, entramos com a interacção entre as duas variáveis, como preditor apresentando um  $R^2 = .394$  ( $F=9.542$ ;  $p=.002$ ). Os três passos de regressão múltipla produziram modelos estatisticamente significativos. Denotando assim a existência de uma interacção entre o eu autocrítico inadequado e a fusão cognitiva na predição da sintomatologia depressiva e um efeito moderador da fusão cognitiva entre a relação interna autocritica pontuada por sentimentos de inadequação do eu e a depressão ( $\beta=1.75$ ;  $t_{(211)}=3.089$ ;  $p=.002$ ). Tal como para a depressão, podemos verificar que os três passos do modelo predizem significativamente a sintomatologia ansiosa, sendo que o modelo 3 (que representa a variável resultante da interacção entre a fusão cognitiva e eu inadequado) explica 28.9% da variância da ansiedade ( $F=4.601$ ;  $p=.033$ ). Através da equação da análise de regressão podemos verificar que existe uma interacção significativa entre a fusão e o eu inadequado na predição da ansiedade, denotando um efeito moderador da fusão cognitiva na relação entre a relação autocritica pontuada por sentimentos de inadequação e a ansiedade ( $\beta=.132$ ;  $t_{(211)}=2.145$ ;  $p=.033$ ).

**Tabela 9:** Síntese do modelo dos três passos da regressão múltipla Hierárquica usando o eu inadequado (FSCRS) a predizer a depressão e a ansiedade (DASS-42), tendo a Fusão Cognitiva como moderadora.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> Adj	F change	p
<b>Depressão</b>					
1	.527 <sup>a</sup>	.278	.274	80.389	.000
2	.605 <sup>b</sup>	.366	.360	28.822	.000
3	.627 <sup>c</sup>	.394	.385	9.542	<b>.002</b>
<b>Ansiedade</b>					
1	.436 <sup>a</sup>	.186	.186	48.990	.000
2	.523 <sup>b</sup>	.273	.266	23.789	.000
3	.537 <sup>c</sup>	.289	.279	4.601	<b>.033</b>

a- preditores: FSCRS; b-preditores: FSCRS, CFQ-28; c- preditores: FSCRS, CFQ-28, FSCRSxCFQ-28

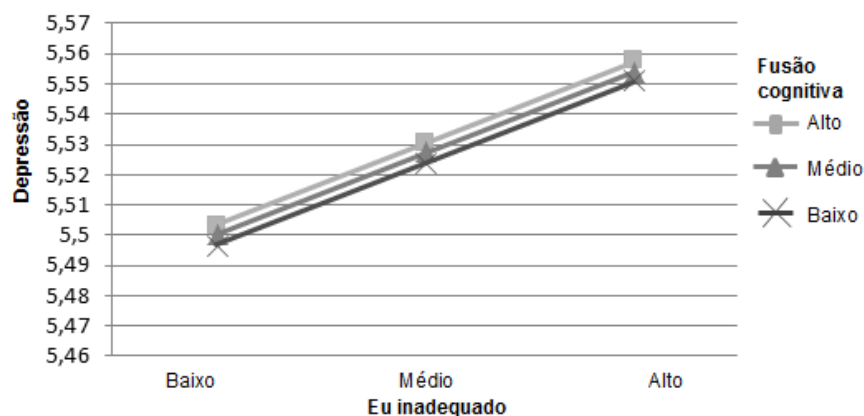
**Tabela 10:** coeficientes de regressão para o terceiro passo da equação da regressão múltipla hierárquica

<b>Depressão (modelo 3)</b>			
	$\beta$	$t$	$p$
(equação 1) FSCRS Eu inadequado	.263	3.827	.000
(equação 2) FSCRS Eu inadequado, CFQ 28 fusão	.367	5.524	.000
(equação 3) FSCRS Eu inadequadox CFQ 28 fusão	.175	3.089	<b>.002</b>
<b>Ansiedade (modelo 3)</b>			
	$\beta$	$t$	$p$
(equação 1) FSCRS Eu inadequado	.190	2.561	.011
(equação 2) FSCRS Eu inadequado, CFQ 28 fusão	.356	4.951	.000
(equação 3) FSCRS Eu inadequadox CFQ 28 fusão	.132	2.145	<b>.033</b>

FSCRS=Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; CFQ-28=Cognitive Fusion Questionnaire; DASS-48= Depression, Anxiety and Stress Scales.

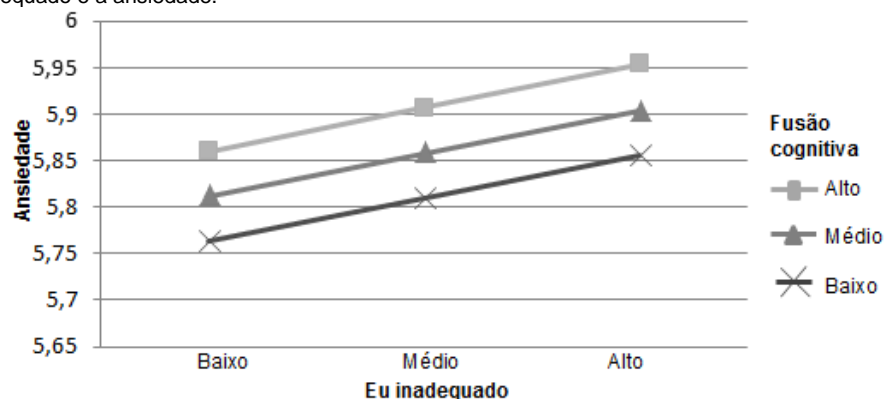
Para uma melhor compreensão da relação entre a forma eu inadequado do auto-criticismo e a depressão, com diferentes níveis de fusão cognitiva, desenhamos um gráfico (figura 1) considerando cada curva para cada nível (baixo, médio e alto) de fusão cognitiva (CFQ-28). Assim, para os mesmos níveis de eu inadequado (baixo, médio ou alto), indivíduos que apresentam níveis médios ou elevados de fusão cognitiva (que tendem a fusionar-se com as suas experiências internas) vão tender a revelar mais depressão. Por outro lado, independentemente do eu inadequado (baixo, médio ou alto), os indivíduos que apresentam menos fusão cognitiva tendem a revelar menos depressão.

**Figura 1:** Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a depressão.



A relação entre a forma eu inadequado do auto-criticismo e a ansiedade, com diferentes níveis de fusão cognitiva apresentada figura 2 foi obtida considerando cada curva para cada nível (baixo, médio e alto) de fusão cognitiva (CFQ-28). Assim, para os mesmos níveis de eu inadequado (baixo, médio ou alto), indivíduos que apresentam níveis médios ou elevados de fusão cognitiva (que tendem a fusionar-se com as suas experiências internas) vão tender a revelar mais ansiedade. Para além disso, independentemente do eu inadequado (baixo, médio ou alto), os indivíduos que apresentam menos fusão cognitiva tendem a revelar menos ansiedade.

**Figura 2:** Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a ansiedade.



### 1.3.2. Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre eu detestado e a psicopatologia.

As regressões múltiplas levadas a cabo com estas variáveis deixaram de ser significativas com a introdução da interacção entre as variáveis predictoras (eu detestado e a fusão cognitiva) ( $R^2=.456$ ;  $F=3.217$ ;  $p=.074$ ). Os resultados sugerem assim que não existe um efeito moderador da fusão cognitiva na relação entre a relação interna autocritica pontuada por sentimentos de ódio e raiva do eu e a sintomatologia depressiva ( $\beta=.115$ ;  $t_{(211)}=1.794$ ;  $p=.074$ ).

Tal como para a depressão, podemos verificar que o terceiro passo do modelo (interacção do eu detestado e da fusão cognitiva) não prediz significativamente a sintomatologia ansiosa ( $R^2=.321$ ;  $F=2.499$ ;  $p=.115$ ), não denotando qualquer efeito moderador da fusão entre o eu detestado e a ansiedade.

**Tabela 11:** Síntese do modelo dos três passos da regressão múltipla Hierárquica usando o eu detestado (FSCRS) a prever a depressão e a ansiedade, tendo a Fusão Cognitiva como moderadora.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> Adj	F change	p
<b>Depressão</b>					
1	.584 <sup>a</sup>	.342	.338	108.439	.000
2	.669 <sup>b</sup>	.447	.442	39.793	.000
3	.675 <sup>c</sup>	.456	.448	3.217	<b>.074</b>
<b>Ansiedade</b>					
1	.459 <sup>a</sup>	.211	.207	55.818	.000
2	.559 <sup>b</sup>	.313	.306	30.929	.000
3	.567 <sup>c</sup>	.321	.311	2.499	<b>.115</b>

a-preditores: FSCRS; b-preditores:FSCRS, CFQ-28;c-preditores: FSCRS, CFQ-28, FSCRSxCFQ-28

**Tabela 12:** coeficientes de regressão para o terceiro passo da regressão múltipla hierárquica.

Depressão (modelo 3)	$\beta$	t	p
(equação 1) FSCRS Eu detestado	.358	5.193	.000
(equação 2) FSCRS Eu detestado, CFQ 28 fusão	.362	6.360	.000
(equação 3) FSCRS Eu detestadox CFQ 28 fusão	.115	1.794	<b>.074</b>
Ansiedade (modelo 3)	$\beta$	t	p
(equação 1) FSCRS Eu detestado	.236	3.069	.002
(equação 2) FSCRS Eu detestado, CFQ 28 fusão	.356	5.598	.000
(equação 3) FSCRS Eu detestado x CFQ 28 fusão	.113	1.581	<b>.115</b>

FSCRS=Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; CFQ-28=Cognitive Fusion Questionnaire; DASS-48= Depression, Anxiety and Stress Scales.

## **Estudo 2 – Vergonha, Auto-criticismo, Supressão do pensamento e psicopatologia**

Com este estudo pretendemos averiguar de que forma é que a vergonha interna (ISS) e externa (OAS), bem como as diversas formas de regulação do eu (eu inadequado, eu detestado e eu tranquilizador do FSCRS) se relacionam com a tendência para a supressão do pensamento (WBSI - evitamento), com a experiência de sintomatologia depressiva e ansiosa (DASS-42), bem como com o desenvolvimento de afecto positivo e negativo na idade adulta (PANAS).

### **2.1. Estudo correlacional<sup>2</sup>**

#### ***Vergonha, auto-criticismo e auto-tranquilização***

Na amostra foram encontradas correlações significativas e positivas, com uma magnitude moderada, entre a supressão do pensamento e vergonha interna ( $r = .571$ ;  $p < .01$ ), vergonha externa ( $r = .537$ ;  $p < .01$ ), eu inadequado ( $r = .476$ ;  $p < .01$ ), e com uma magnitude baixa com o eu detestado ( $r = .349$ ;  $p < .01$ ). Para além disto, verifica-se ainda correlacionada de forma negativa e significativa, com uma magnitude baixa, com o eu tranquilizador ( $r = -.195$ ;  $p < .01$ )

#### ***Vergonha e psicopatologia***

Foram obtidas correlações significativas e positivas, com uma magnitude moderada sintomatologia depressiva ( $r = .497$ ;  $p < .01$ ) e ansiosa ( $r = .440$ ;  $p < .01$ ). É ainda observada uma correlação positiva e significativa, com uma magnitude baixa entre a supressão do pensamento e o afecto negativo ( $r = .323$ ;  $p < .01$ ). Por fim, a supressão do pensamento encontra-se correlacionada de forma negativa e significativa, com uma magnitude muito baixa com o afecto positivo ( $r = -.137$ ;  $p < .01$ ).

### **2.2. Estudo das formas do auto-criticismo e da supressão do pensamento enquanto variáveis preditoras da psicopatologia**

De seguida realizámos regressões lineares múltiplas (método enter) com o propósito de perceber se os estilos de relação interna dos sujeitos e a estratégia de supressão do pensamento prediziam significativamente os diferentes tipos de sintomatologia em estudo. Nesta sequência observamos que o modelo explica 47.4% da variância da depressão sendo que a relação de hostilidade para com o eu caracterizado pela perseguição e condenação ( $F=46.357$ ;  $\beta = .371$ ;  $p = .000$ ) e a supressão o pensamento ( $F=46.357$ ;  $\beta = .275$ ;  $p = .000$ ) surgem como preditoras significativas. Para além disso, a relação interna de auto tranquilização surge aqui como significativa na medida em que na sua ausência prediz significativamente os sintomas depressivos ( $F=46.357$ ;  $\beta = -.175$ ;  $p = .001$ ).

---

<sup>2</sup> Consultar tabela 5

**Tabela 13:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e a supressão do pensamento do WBSI (Variáveis independentes) sobre a depressão (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	$\rho$	D-W	VIF
<b>Modelo 1</b>	.474	.464				46.357	.000	1.879	
Supressão			.275	4.719	.000				1.327
Eu inadeq.			.123	1.677	.095				2.121
Eu detest.			.371	5.327	.000				1.901
Eu tranquil.			-.175	-3.360	.001				1.064

As variáveis eu detestado ( $F=31.4$ ;  $\beta= .274$ ;  $p= .001$ ) e supressão do pensamento ( $F=31.4$ ;  $\beta= .269$ ;  $p= .001$ ) surgem ainda como predictoras significativas da sintomatologia ansiosa, num modelo em que é explicada 31.4% da sua variância.

**Tabela 14:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e para a supressão do pensamento do WBSI (Variáveis independentes) sobre a ansiedade (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	$\rho$	D-W	VIF
<b>Modelo 1</b>	.314	.301				23.605	.000	1.849	
Supressão			.274	4.123	.000				1.327
Eu inadeq.			.111	1.319	.189				2.121
Eu detest.			.269	3.381	.001				1.901
Eu tranquil.			-.100	-1.686	.093				1.064

No que concerne ao afecto negativo, o modelo explica 20.2% da sua variância surgindo como preditores significativos o eu inadequado ( $F=13.009$ ;  $\beta= .304$ ;  $p=.000$ ), a supressão do pensamento ( $F=13.009$ ;  $\beta= .147$ ;  $p=.042$ ) e o eu tranquilizador, sendo que este último prediz pela sua ausência ( $F=13.009$ ;  $\beta= -.150$ ;  $p=.021$ ).

**Tabela 15:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e a supressão do pensamento do WBSI (Variáveis independentes) sobre o afecto negativo (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	$\rho$	D-W	VIF
<b>Modelo 1</b>	.202	.186				13.009	.000	1.770	
Supressão			.147	2.049	.042				1.327
Eu inadeq.			.304	3.357	.001				2.121
Eu detest.			.006	.064	.949				1.901
Eu tranquil.			-.150	-2.329	.021				1.064

Relativamente ao afecto positivo, este é predito significativamente pelo eu tranquilizador ( $F=14.210$ ;  $\beta= .452$ ;  $p=.000$ ), remetendo 21.6% da explicação da sua variância ao modelo.

**Tabela 16:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e a supressão do pensamento do WBSI (Variáveis independentes) sobre o afecto positivo (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	$\rho$	D-W	VIF
<b>Modelo 1</b>	.216	.201				14.210	.000	1.940	
Supressão			-.072	-1.020	.309				1.327
Eu inadeq.			.055	.610	.543				2.121
Eu detest.			-.005	-.060	.952				1.901
Eu tranquil.			.452	7.101	.000				1.064



### 2.3. Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia.

Após percebermos que as variáveis em estudo se encontravam significativamente correlacionadas, e que o auto-criticismo e a supressão do pensamento são factores importante no aparecimento, quer de sintomatologia depressiva quer ansiosa, fomos testar a hipótese da supressão do pensamento (WBSI) moderar a relação entre o auto-criticismo (FSCRS) e a sintomatologia apresentada na idade adulta (DASS-42). Neste sentido, começamos por considerar como potencial moderador contínuo a supressão do pensamento e testamos o efeito da interacção entre este e o eu inadequado (variável independente), na sintomatologia ansiosa e depressiva (variáveis dependentes); e o efeito da interacção entre o eu detestado (variável independente) e a fusão cognitiva na ansiedade e na depressão, separadamente.

#### 2.3.1. Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a psicopatologia.

Os dados revelam que todos os modelos são significativos na predição da sintomatologia depressiva, sendo que o terceiro (regressão obtida através da variável resultante do produto das variáveis eu inadequado e supressão do pensamento centradas) explica 40.7% da sua variância. A análise do coeficiente de regressão associado à equação 3 da sintomatologia depressiva permite-nos concluir ainda que existe uma interacção significativa entre o eu inadequado e a supressão do pensamento ( $R^2 = .407$ ;  $F=17.641$ ;  $p=.000$ ) ou seja, existe evidência de que a relação entre o criticismo marcado pelo sentimento de inadequação do eu e a depressão é moderada pela tendência do individuo tentar lidar com os seus pensamentos através do evitamento ( $\beta=.230$ ;  $t_{(211)}=4.200$ ;  $p=.000$ ).

Analisado os modelos de regressão múltipla hierárquica reproduzido na tabela 25, podemos verificar que os três passos do modelo predizem significativamente a sintomatologia ansiosa, sendo que o modelo 3 possui 30.0% do poder explicativo da variância dos sintomas ansiosos ( $F=11.740$ ;  $p=.001$ ). Através da equação da análise de regressão denota-se ainda que existe uma interacção significativa entre a supressão e o eu inadequado na predição da sintomatologia ansiosa na idade adulta, denotando assim um efeito moderador da supressão do pensamento na relação entre um eu autocrítico pontuado por sentimentos de inadequação e a ansiedade ( $\beta=.204$ ;  $t_{(211)}=3.426$ ;  $p=.001$ ).

**Tabela 17:** Síntese do modelo dos três passos da regressão múltipla Hierárquica usando o eu inadequado (FSCRS) a predizer a depressão e a ansiedade, tendo a Supressão do Pensamento como moderadora.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> Adj	F change	p
<b>Depressão</b>					
1	.527 <sup>a</sup>	.278	.274	80.389	.000
2	.597 <sup>b</sup>	.350	.350	25.413	.000
3	.638 <sup>c</sup>	.407	.398	17.641	.000
<b>Ansiedade</b>					
1	.436 <sup>a</sup>	.190	.186	48.990	.000
2	.510 <sup>b</sup>	.260	.253	19.718	.000
3	.547 <sup>c</sup>	.300	.290	11.740	.001

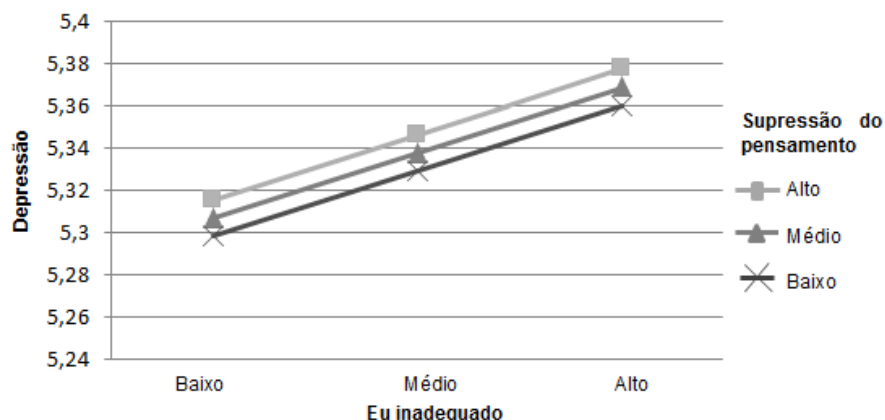
a- preditores: FSCRS; b-preditores: FSCRS, WBSI; c- preditores: FSCRS, WBSI, FSCRSxWBSI

**Tabela 18:** coeficientes de regressão para o terceiro passo da regressão múltipla hierárquica

<b>Depressão (modelo 3)</b>			
	$\beta$	$t$	$p$
(equação 1) FSCRS Eu inadequado	.331	5.353	.000
(equação 2) FSCRS Eu inadequado, WBSI	.369	5.951	.000
(equação 3) FSCRS Eu inadequadox WBSI	.230	4.200	<b>.000</b>
<b>Ansiedade (modelo 3)</b>			
	$\beta$	$t$	$p$
(equação 1) FSCRS Eu inadequado	.253	3.767	.000
(equação 2) FSCRS Eu inadequado, WBSI	.346	5.129	.000
(equação 3) FSCRS Eu inadequadox WBSI	.204	3.426	<b>.001</b>

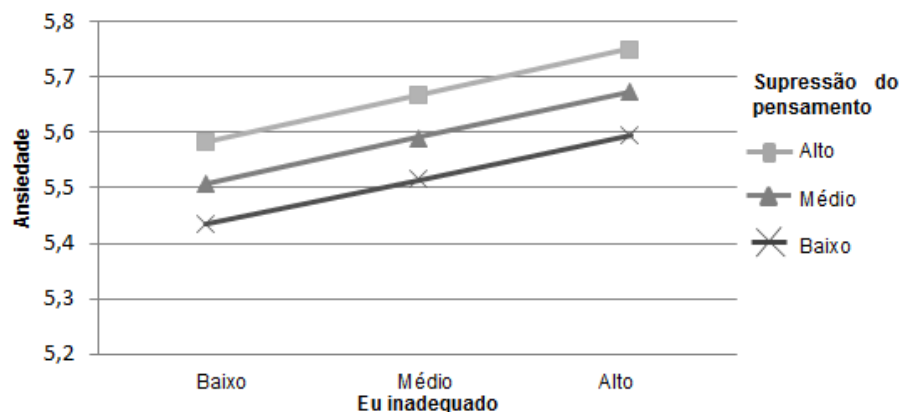
FSCRS=Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; WBSI=White Bear Suppression Inventory; DASS-48= Depression, Anxiety and Stress Scales.

De forma a clarificar melhor a relação entre o eu inadequado e a depressão, com diferentes níveis de supressão do pensamento, desenhamos um gráfico (figura 3) considerando cada curva para cada nível (baixo, médio e alto) de supressão do pensamento (WBSI). Assim, para os mesmos níveis de eu inadequado (baixo, médio ou alto), indivíduos que apresentam níveis médios ou elevados de supressão do pensamento (que tem uma maior propensão para evitar e controlar os seus pensamentos) vão tender a revelar mais depressão. Por outro lado, independentemente do eu inadequado (baixo, médio ou alto), os indivíduos que apresentem uma menor tendência para suprimir os seus pensamentos tendem a revelar menos depressão.

**Figura 3:** Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a depressão.

A relação entre o eu inadequado e a ansiedade, com diferentes níveis de supressão do pensamento está evidenciada na figura 4, considerando cada curva para cada nível (baixo, médio e alto) de supressão (WBSI). Assim, para os mesmos níveis de eu inadequado (baixo, médio ou alto), indivíduos que apresentam níveis médios ou elevados de supressão do pensamento (que possuem uma tendência mais acentuada para controlar ou tentar evitar determinados pensamentos de entrarem no fluxo da consciência) vão tender a revelar mais ansiedade. Por outro lado, independentemente do eu inadequado (baixo, médio ou alto), os indivíduos que apresentem uma menor tendência para suprimir os seus pensamentos tendem a revelar menos ansiedade.

**Figura 4:** Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a ansiedade.



### 2.3.2 Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o eu detestado e a psicopatologia.

As regressões múltiplas obtidas com estas variáveis produziram efeitos estatisticamente significativos nos três modelos, apontando assim que existe interação entre o eu autocrítico detestado e a supressão do pensamento na predição da sintomatologia depressiva. Estes dados demonstram que a variável resultante da relação interna de ódio/repulsa e a supressão do pensamento funciona como preditora, sendo responsável por 45.9% da variância da sintomatologia ( $F=7.353$ ;  $p=.007$ ). Estes dados reflectem um efeito moderador da supressão do pensamento na relação entre a relação interna autocrítica detestada e a depressão ( $\beta=.154$ ;  $t_{(211)}=2.712$ ;  $p=.007$ ).

No que confere aos sintomas ansiosos, o modelo 3 prediz significativamente 45.1% da sua variância ( $F=8.351$ ;  $p=.004$ ). A interacção resultante da supressão do pensamento e da relação hostil com o eu funciona como uma variável preditora, sendo que a supressão do pensamento funciona neste caso como moderadora do efeito do eu detestado com a sintomatologia ansiosa ( $\beta=.183$ ;  $t_{(211)}=2.890$ ;  $p=.004$ ).

**Tabela 19:** Síntese do modelo dos três passos da regressão múltipla Hierárquica usando o eu detestado (FSCRS) a predizer a depressão e a ansiedade, tendo a Supressão do Pensamento como moderadora.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> Adj	F	p
<b>Depressão</b>					
1	.584 <sup>a</sup>	.342	.338	108.439	.000
2	.663 <sup>b</sup>	.440	.434	36.333	.000
3	.677 <sup>c</sup>	.459	.451	7.353	.007
<b>Ansiedade</b>					
1	.459 <sup>a</sup>	.211	.207	55.818	.000
2	.548 <sup>b</sup>	.300	.293	26.509	.000
3	.572 <sup>c</sup>	.327	.317	8.351	.004

a- preditores: FSCRS; b-preditores: FSCRS, WBSI; c- preditores: FSCRS, WBSI, FSCRSxWBSI

**Tabela 20:** coeficientes de regressão para o terceiro passo da regressão múltipla hierárquica

Depressão (modelo 3)	$\beta$	t	p
(equação 1) FSCRS Eu detestado	.397	6.554	.000
(equação 2) FSCRS Eu detestado, WBSI	.353	6.411	.000

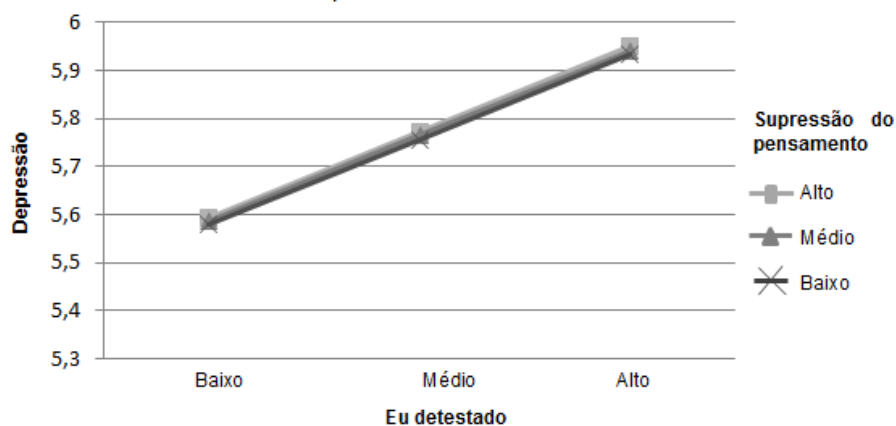
(equação 3) FSCRS Eu detestado x WBSI	.154	2.712	.007
Ansiedade (modelo 3)	$\beta$	$t$	$p$
(equação 1) FSCRS Eu detestado	.263	3.901	.000
(equação 2) FSCRS Eu detestado, WBSI	.341	5.560	.000
(equação 3) FSCRS Eu detestado x WBSI	.183	2.890	.004

FSCRS=Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; WBSI=White Bear Suppression Inventory; DASS-48= Depression, Anxiety and Stress Scales.

**Figura 5:** Estudo do evitamento experiencial enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a depressão.

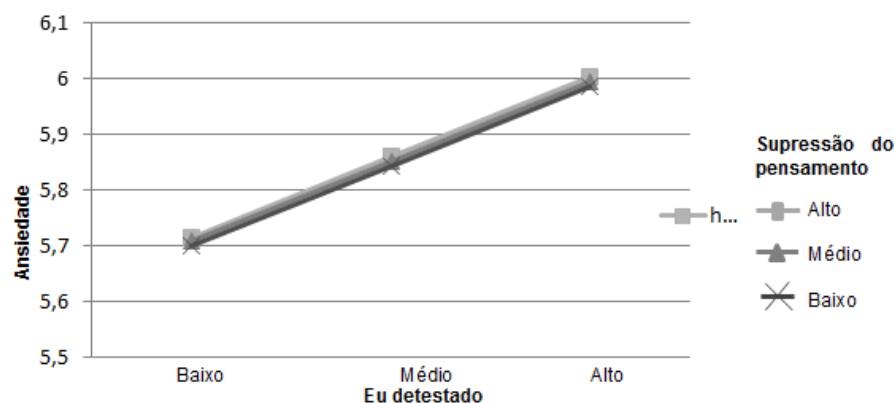
Apesar desta relação já não ser tão evidente, desenhamos um gráfico (figura 5) obter uma melhor compreensão da relação entre a forma eu detestado do auto-criticismo e a depressão, com diferentes níveis de supressão do pensamento, considerando cada curva para cada nível (baixo, médio e alto) de supressão do pensamento (WBSI). Assim, para os mesmos níveis de eu detestado (baixo, médio ou alto), indivíduos que apresentam níveis médios ou elevados de supressão (que tendem a adoptar mais estratégias de controlo do pensamento) vão tender a revelar mais depressão. Por outro lado, independentemente do eu detestado (baixo, médio ou alto), os indivíduos que apresentam uma menor tendência para suprimir os seus pensamentos tendem a revelar menos depressão.

**Figura 5:** Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o eu detestado e a depressão.



A relação entre o eu detestado e a ansiedade, com diferentes níveis de supressão do pensamento esta evidenciada na figura 6, considerando cada curva para cada nível (baixo, médio e alto) de supressão do pensamento (WBSI). Assim, para os mesmos níveis de eu detestado (baixo, médio ou alto), indivíduos que apresentam níveis médios ou elevados de supressão do pensamento (que possuem uma tendência mais acentuada para controlar ou tentar evitar determinados pensamentos de entrarem no fluxo da consciência) vão tender a revelar mais ansiedade. Por outro lado, independentemente do eu inadequado (baixo, médio ou alto), os indivíduos que apresentem uma menor tendência para suprimir os seus pensamentos tendem a revelar menos ansiedade.

**Figura 6:** Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o eu detestado e a depressão.



### Estudo 3 – Vergonha, Auto-criticismo, Evitamento experiencial e psicopatologia

Neste estudo pretendemos avaliar se a vergonha interna e externa experienciadas pelo sujeito (ISS e OAS, respectivamente), a forma como este se relaciona com o seu eu interno (FSCRS), e o evitamento experiencial (AAQ-II), se relacionam com a sintomatologia depressiva e ansiosa (DASS-42) e com o afecto negativo e positivo (PANAS) na idade adulta.

#### 3.1. Estudo correlacional<sup>3</sup>

##### *Evitamento experiencial, vergonha e auto-criticismo*

Através da análise das correlações bivariadas, foram encontradas correlações positivas significativas, com uma magnitude moderada, entre o evitamento experiencial e a vergonha interna ( $r=.682$ ;  $p<.01$ ), vergonha externa ( $r=.652$ ;  $p<.01$ ), eu inadequado ( $r=.476$ ;  $p<.01$ ) e com o eu detestado ( $r=.474$ ;  $p<.01$ ). Obtiveram-se ainda correlações negativas significativas de magnitude baixa com o eu tranquilizador ( $r=-.354$ ;  $p<.01$ ).

##### *Evitamento experiencial e psicopatologia*

Para além disto, foram encontradas na amostra correlações positivas e significativas, com magnitudes moderadas, entre as o evitamento experiencial e a sintomatologia depressiva ( $r=.674$ ;  $p<.01$ ) e com a sintomatologia ansiosa ( $r=.594$ ;  $p<.01$ ). Por fim, foram ainda obtidas correlações significativas e positivas, de magnitude baixa, entre o afecto negativo e o evitamento ( $r=.380$ ;  $p<.01$ ) e negativas com uma magnitude baixa com o afecto positivo ( $r=-.202$ ;  $p<.01$ ).

#### 3.2. Estudo das formas de auto-criticismo e evitamento experiencial enquanto variáveis preditoras de psicopatologia

Tendo sido encontradas correlações significativas entre as formas

<sup>3</sup> Consultar tabela 5

de relação interna (eu inadequado, eu detestado e eu tranquilizador) e o evitamento experiencial com os sintomas psicopatológicos, procedemos à análise de regressão linear simples (método *enter*) com o objectivo de avaliar de que modo é que estas estratégias de regulação, auto-criticismo e evitamento, predizem a psicopatologia (sintomatologia depressiva, ansiosa, afecto negativo e positivo).

Os resultados obtidos indicam que a relação hostil com o eu (F=63.144;  $p = .000$ ;  $\beta = .323$ ) associada à estratégia de evitamento (F=63.144;  $\beta = .475$ ;  $p = .000$ ) são as variáveis que significativamente e em maior grau, explicam 55.1% da variância da depressão encontrada no modelo.

**Tabela 21:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e o evitamento do AAQ-II (Variáveis independentes) sobre a depressão (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	$t$	$p$	F	$p$	D-W	VIF
<b>Modelo 1</b>	.551	.542				63.144	.000	1.913	
Evitamento			.475	7.838	.000				1.684
Eu inadeq.			.032	.459	.647				2.199
Eu detest.			.323	4.981	.000				1.199
Eu tranqüili.			-.081	-1.600	.111				1.169

Estas formas de regulação, eu detestado e evitamento, são ainda preditores significativos da sintomatologia ansiosa (F=33.475;  $\beta = .220$ ;  $p = .004$ ) e (F=33.475;  $\beta = .479$ ;  $p = .000$ ), respectivamente, sendo que o modelo explica 38.2% da sua variância.

**Tabela 22:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e o evitamento do AAQ-II (Variáveis independentes) sobre a ansiedade (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	$t$	$p$	F	$p$	D-W	VIF
<b>Modelo 1</b>	.394	.382				33.475	.000	1.859	
Evitamento			.479	6.805	.000				1.684
Eu inadeq.			.017	.212	.832				2.199
Eu detest.			.220	2.922	.004				1.199
Eu tranqüil.			-.005	-.080	.936				1.169

Relativamente ao afecto negativo, o modelo é significativamente explicativo de 18.9% da variância desta variável, remetendo a sua predição para o eu inadequado (F=13.274;  $\beta = .288$ ;  $p = .002$ ), e para o evitamento experiencial (F=13.274;  $\beta = .181$ ;  $p = .025$ ).

**Tabela 15:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e o evitamento do AAQ-II (Variáveis independentes) sobre o afecto negativo (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	$t$	$p$	F	$p$	D-W	VIF
<b>Modelo 1</b>	.205	.189				13.274	.000	1.779	
Evitamento			.181	2.250	.025				1.684
Eu inadeq.			.288	3.126	.002				2.199
Eu detest.			-.012	-.142	.887				1.199
Eu tranqüil.			-.119	-1.776	.077				1.169

Para além do referido, encontramos no modelo 21.6% da explicação da variância do afecto positivo (F=14.205;  $\beta = .439$ ;  $p = .000$ ), sendo que a forma de relação interna tranquilizadora do eu é a única preditora significativa.

**Tabela 23:** Análise de regressão linear para as dimensões Eu inadequado, Eu detestado e Eu tranquilizador do FSCRS, e o evitamento do AAQ-II (Variáveis independentes) sobre o afecto positivo (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	p	D-W	VIF
<b>Modelo 1</b>	.216	.201				14.205	.000	1.951	
Evitamento			-.081	-1.013	.312				1.684
Eu inadeq.			.059	.645	.520				2.199
Eu detest.			.003	.032	.975				1.199
Eu tranquil.			.439	6.585	.000				1.169

### 3.3. Estudo do evitamento experiencial enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia.

Segundo os resultados que foram apresentados nos estudos anteriores, podemos constatar que as variáveis em estudo se encontravam significativamente correlacionadas, e que o auto-criticismo e o evitamento experiencial são factores importante no aparecimento, quer de sintomatologia depressiva quer ansiosa. Neste sentido, testamos a hipótese do evitamento experiencial (AAQ-II) estar a desempenhar um papel moderador entre o auto-criticismo (FSCRS) e a sintomatologia psicopatológica apresentada na idade adulta (DASS-42). Para tal começamos por considerar como moderador contínuo o evitamento experiencial e testamos o efeito da interacção entre este e o eu inadequado (variável independente), na ansiedade e na depressão (variáveis dependentes); e o efeito da interacção entre o eu detestado e o evitamento experiencial na ansiedade e na depressão, separadamente.

#### 3.3.1 Estudo do evitamento experiencial enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a psicopatologia.

Os três passos de regressão múltipla produziram modelos estatisticamente significativos, sendo que a variável resultante da interacção do eu pautado por sentimentos de inadequação e o evitamento experiencial, operou como preditor significativo da sintomatologia depressiva, recaindo 50.5% da sua variância ao modelo ( $R^2 = .505$ ;  $F=7.495$ ;  $p=.007$ ). A interacção entre estas duas variáveis aponta para a existência de um efeito moderador do evitamento experiencial na relação entre um eu interno autocrítico pontuada por sentimentos de inadequação do eu e a depressão ( $\beta=.145$ ;  $t_{(211)}=2.738$ ;  $p=.007$ ).

No que concerne à ansiedade, apenas o modelo 1 e 2 são estatisticamente significativos na sua predição. Assim sendo, a interacção entre o eu inadequado e o evitamento experiencial não funciona como variável explicativa da ansiedade ( $R^2 = .377$ ;  $F=2.737$ ;  $p=.100$ ), não surgindo o evitamento como uma variável moderadora na interacção eu inadequado-depressão ( $\beta=.097$ ;  $t_{(211)}=1.654$ ;  $p=.100$ ).

**Tabela 24:** Síntese do modelo dos três passos da regressão múltipla Hierárquica usando o eu inadequado (FSCRS) a prever a depressão e a ansiedade, tendo o Evitamento Experiencial como moderadora.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> Adj	F change	p
<b>Depressão</b>					
1	.527 <sup>a</sup>	.278	.274	80.389	.000
2	.698 <sup>b</sup>	.487	.482	84.653	.000
3	.710 <sup>c</sup>	.505	.497	7.495	<b>.007</b>
<b>Ansiedade</b>					
1	.436 <sup>a</sup>	.190	.186	48.990	.000
2	.607 <sup>b</sup>	.368	.362	58.773	.000
3	.614 <sup>c</sup>	.377	.368	2.737	<b>.100</b>

a- preditores: FSCRS; b-preditores: FSCRS, AAQ-II; c- preditores: FSCRS, WBSI, FSCRSxAAQ-II

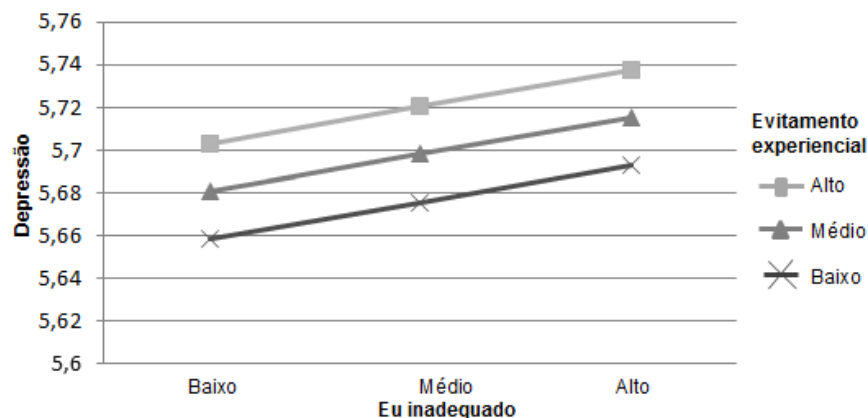
**Tabela 25:** coeficientes de regressão para o terceiro passo da regressão múltipla hierárquica

Depressão (modelo 3)	β	t	p
(equação 1) FSCRS Eu inadequado	.195	3.263	.001
(equação 2) FSCRS Eu inadequado, AAQ-II Evit.	.520	8.632	.000
(equação 3) FSCRS Eu inadequadox AAQ-II Evit.	.142	2.738	<b>.007</b>
<b>Ansiedade (modelo 3)</b>			
(equação 1) FSCRS Eu inadequado	.134	2.002	.047
(equação 2) FSCRS Eu inadequado, AAQ-II Evit.	.489	7.229	.000
(equação 3) FSCRS Eu inadequadox AAQ-II Evit.	.097	1.654	<b>.100</b>

FSCRS=Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire; DASS-48= Depression, Anxiety and Stress Scales.

De forma a clarificar melhor a relação entre o eu inadequado e a depressão, com diferentes níveis de supressão do pensamento, desenhamos um gráfico (figura 3) considerando cada curva para cada nível (baixo, médio e alto) de supressão do pensamento (CFQ-II). Assim, para os mesmos níveis de eu inadequado (baixo, médio ou alto), indivíduos que apresentam níveis médios ou elevados de supressão do pensamento (que tem uma maior propensão para evitar e controlar os seus pensamentos) vão tender a revelar mais depressão. Por outro lado, independentemente do eu inadequado (baixo, médio ou alto), os indivíduos que apresentem uma menor tendência para suprimir os seus pensamentos tendem a revelar menos depressão.

**Figura 7:** Evitamento experiencial enquanto variável moderadora do efeito entre o eu inadequado e a depressão





### 3.3.2. Estudo do evitamento experiencial enquanto variável moderadora do efeito entre o eu detestado e a psicopatologia.

As restantes variáveis em que o efeito moderador da fusão cognitiva foi testado mostraram que este não se verifica. Ou seja, para eu detestado não existe um efeito moderador da fusão cognitiva na relação entre a depressão e a ansiedade. Quer isto dizer que, nestas relações, verifica-se um efeito directo da variável independente na variável dependente, não derivando da fusão cognitiva a amplificação ou diminuição da variável dependente.

Segundo os dados seguintes, apenas o passo um e dois da regressão múltipla produzem modelos estatisticamente significativos. O que significa que não existe uma interacção entre o eu detestado e o evitamento experiencial na predição da sintomatologia depressiva e ansiosa. Ou seja, não existe um efeito moderador do evitamento na relação entre o eu detestado e a depressão ( $\beta=.070$ ;  $t_{(211)}=1.207$ ;  $p=.229$ ) ou ansiedade ( $\beta=.078$ ;  $t_{(211)}=1.163$ ;  $p=.246$ ).

**Tabela 26:** Síntese do modelo dos três passos da regressão múltipla Hierárquica usando o eu inadequado (FSCRS) a prever a depressão e a ansiedade, tendo o Evitamento Experiencial como moderadora.

Modelo	R	R <sup>2</sup>	r <sup>2</sup> Adj	F change	p
<b>Depressão</b>					
1	.584 <sup>a</sup>	.342	.338	108.439	.000
2	.738 <sup>b</sup>	.545	.541	93.038	.000
3	.740 <sup>c</sup>	.548	.542	1.456	.229
<b>Ansiedade</b>					
1	.459 <sup>a</sup>	.211	.207	55.818	.000
2	.628 <sup>b</sup>	.394	.388	62.800	.000
3	.631 <sup>c</sup>	.398	.389	1.352	.246

a- preditores: FSCRS; b-preditores: FSCRS, AAQ-II; c- preditores: FSCRS, AAQ-II, FSCRSxAAQ-II

**Tabela 27:** coeficientes de regressão para o terceiro passo da regressão múltipla hierárquica.

Depressão (modelo 3)	$\beta$	t	p
(equação 1) FSCRS Eu detestado	.306	5.022	.000
(equação 2) FSCRS Eu detestado, AAQ-II Evit.	.502	9.346	.000
(equação 3) FSCRS Eu detestado x AAQ-II Evit.	.070	1.207	.229
Ansiedade (modelo 3)	$\beta$	t	p
(equação 1) FSCRS Eu detestado	.189	2.686	.008
(equação 2) FSCRS Eu detestado, AAQ-II Evit.	.474	7.649	.000
(equação 3) FSCRS Eu detestado x AAQ-II Evit.	.078	1.163	.246

FSCRS=Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale; AAQ-II= Acceptance and Action Questionnaire; DASS-48= Depression, Anxiety and Stress Scales.

## Estudo 4: Estudo conjunto dos processos de regulação interna enquanto preditores dos sintomas psicopatológicos

### 4.1. Estudo correlacional<sup>4</sup>

#### *Auto-criticismo, auto-tranquilização e Auto-compaixão*

Encontramos correlações positivas, significativas e moderadas entre o eu-detestado e o eu-inadequado ( $r=.679$ ;  $p<.01$ ), para além disso foi

<sup>4</sup> Ver tabela 5

possível verificar que o eu-tranquilizador se encontra negativa e significativamente correlacionado, com uma magnitude muito baixa, com o eu-detestado ( $r = -.191$ ;  $p < .01$ ) e com o eu-inadequado ( $r = -.119$ ;  $p < .01$ ). Para além disso, foram encontradas correlações significativas e positivas com uma magnitude moderada com a Auto-compaixão ( $r = .603$ ;  $p < .01$ ), e negativas com a mesma magnitude com o eu detestado ( $r = -.428$ ;  $p < .01$ ) e o eu inadequado ( $r = -.543$ ;  $p < .01$ ).

### ***Fusão cognitiva, supressão do pensamento e evitamento experiencial***

Através da análise das correlações bivariadas, foram ainda encontradas correlações positivas significativas, com uma magnitude moderada, entre a supressão do pensamento e o evitamento experiencial ( $r = .611$ ;  $p < .01$ ) e entre a primeira e a fusão cognitiva ( $r = .656$ ;  $p < .01$ ). No que confere às correlações entre o evitamento experiencial e a fusão cognitiva, verifica-se uma magnitude alta ( $r = .785$ ;  $p < .01$ ).<sup>5</sup>

## **4.2. Estudo das formas de auto-criticismo e evitamento experiencial enquanto variáveis preditoras de psicopatologia**

De acordo com as regressões efectuadas podemos notar quais os processos internos (supressão do pensamento, fusão cognitiva, evitamento experiencial, relação interna eu-detestado, eu-inadequado, eu tranquilizador e auto-compaixão) que são melhores preditores da sintomatologia depressiva, ansiosa, e relacionada com o afecto negativo e positivo, separadamente. Assim, o objectivo do presente estudo prende-se com a necessidade de obter uma análise conjunta dos processos que predizem significativamente a psicopatologia na idade adulta. Para tal foram conduzidos estudos de regressão linear múltipla (método *enter*) com todos os processos de regulação interna descritos, acrescentando-se a estes a auto-compaixão.

De acordo com os dados obtidos observamos que o modelo explica 56.0% da variância dos sintomas psicopatológicos depressivos, sendo a relação hostil com o eu ( $F = 36.971$ ;  $\beta = .326$ ;  $p = .000$ ) e o evitamento experiencial ( $F = 36.971$ ;  $\beta = .450$ ;  $p = .000$ ) os processos de regulação interna que surgem como preditores significativos.

**Tabela 28:** Análise de regressão linear múltipla standard (método *enter*) para as dimensões do FSCRS (Eu tranquilizador, eu detestado, eu inadequado), WBSI (supressão do pensamento), SELFCS (Auto compaixão), a dimensão fusão do CFQ-28, e a dimensão evitamento do AAQ - II (Variáveis independentes) sobre a Depressão do DASS-42 (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	p	D-W
<b>Modelo 1</b>	.560	.545				36.971	.000	1.918
FSCRS Eu inadeq.			.000	.006	.995			
FSCRS Eu detest.			.326	5.037	.000			
FSCRS Eu tranquil.			-.054	-8.666	.387			
WBSI Supressão			.120	1.887	.061			
CFQ – 28 Fusão			-.074	-9.01	.369			
AAQ – II Evitamento			.450	5.496	.000			
SELFCS			-.060	-7.786	.432			

Relativamente aos sintomas ansiosos, o modelo explica 40.1% da

<sup>5</sup> Neste estudo correlacional referimos apenas as associações que ainda não tinham sido previamente descritas entre as variáveis.

sua variância, sendo que a sua predição significativa, tal como na depressão, reside no eu detestado ( $F=19.441$ ;  $\beta=.224$ ;  $p=.003$ ) e no evitamento experiencial ( $F=19.441$ ;  $\beta=.437$ ;  $p=.000$ ).

**Tabela 29:** Análise de regressão linear múltipla standard (método *enter*) para as dimensões do FSCRS (Eu tranquilizador, eu detestado, eu inadequado), WBSI (supressão do pensamento), SELFCS (Auto compaixão), a dimensão fusão do CFQ-28, e a dimensão evitamento do AAQ - II (Variáveis independentes) sobre a Ansiedade do DASS-42 (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	$\rho$	D-W
<b>Modelo 1</b>	.401	.381				19.441	.000	1.858
FSCRS Eu inadeq.			-.015	-.167	.868			
FSCRS Eu detest.			.224	2.965	.003			
FSCRS Eu tranquil.			.015	.212	.832			
WBSI Supressão			.108	1.460	.146			
CFQ – 28 Fusão			-.035	-.364	.716			
AAQ – II Evitamento			.437	4.576	.000			
SELFCS			-.044	-.497	.620			

No que concerne ao afecto negativo, o modelo é explicativo de 21.2% da sua variância, recaindo na relação interna, pautada por sentimentos de inadequação, a sua predição significativa ( $F=7.779$ ;  $\beta=.259$ ;  $p=.012$ ).

**Tabela 30:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões do FSCRS (Eu tranquilizador, eu detestado, eu inadequado), WBSI (supressão do pensamento), SELFCS (Auto compaixão), a dimensão fusão do CFQ-28, e a dimensão evitamento do AAQ - II (Variáveis independentes) sobre o Afecto Negativo do PANAS (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	$\rho$	D-W
<b>Modelo 1</b>	.212	.184				7.779	.000	1.779
FSCRS Eu inadeq.			.259	2.530	.012			
FSCRS Eu detest.			-.009	-.104	.917			
FSCRS Eu tranquil.			-.098	-1.181	.239			
WBSI Supressão			.101	1.189	.236			
CFQ – 28 Fusão			-.046	-.414	.679			
AAQ-II Evitamento			.150	1.368	.173			
SELFCS			-.046	-.451	.653			

Por fim, é de salientar ainda que a relação interna de auto tranquilização ( $F=8.998$ ;  $\beta=.341$ ;  $p=.000$ ) e a Auto compaixão são predictoras significativas do afecto positivo ( $F=8.998$ ;  $\beta=.199$ ;  $p=.048$ ), sendo que o modelo explica 23.7% da sua variância.

**Tabela 31:** Análise de regressão múltipla standard (método *enter*) para as dimensões do FSCRS (Eu tranquilizador, eu detestado, eu inadequado), WBSI (supressão do pensamento), SELFCS (Auto compaixão), a dimensão fusão do CFQ-28, e a dimensão evitamento do AAQ - II (Variáveis independentes) sobre o afecto positivo do PANAS (variável critério)

Preditores	R <sup>2</sup>	Adj. R <sup>2</sup>	$\beta$	t	p	F	$\rho$	D-W
<b>Modelo 1</b>	.237	.210				8.998	.000	1.913
FSCRS Eu inadeq.			.160	1.589	.114			
FSCRS Eu detest.			-.008	-.089	.929			
FSCRS Eutranquil.			.341	4.152	.000			
WBSI Supressão			-.011	-.129	.897			
CFQ – 28 Fusão			-.102	-.939	.349			
AAQ – II Evitamento			.037	.346	.730			
SELFCS			.199	1.985	.048			

## V - Discussão

A amostra final da presente investigação foi constituída por 211 sujeitos da população geral não estudante, 147 (69,7%) do sexo feminino e 64 (30,3%) do sexo masculino. A idade média dos respondentes situa-se nos 38 anos, abrangendo indivíduos dos 18 aos 60 anos. No que refere ao nível de escolaridade, a média de graduação dos sujeitos em estudo situa-se nos 12 anos, sendo que o mínimo de instrução verificado foi de 6 anos e o máximo de 21. Relativamente ao estado civil, a amostra é constituída essencialmente por sujeitos casados (56,4%) e solteiros (32,6%). Considerando o nível socioeconómico, a amostra é composta sobretudo por 65,4% sujeitos de nível médio (28,9% com nível baixo e 5,7% com nível socioeconómico alto). Por fim, e dado que nos parâmetros avaliados não se registaram diferenças significativas relativamente ao género, os quatro estudos conduzidos com objectivo de testar as nossas hipóteses tiveram como base um único grupo.

### **Estudo 1 – Relação Auto-criticismo, Fusão Cognitiva e sintomas psicopatológicos.**

O auto-criticismo tem sido conceptualizado como um tipo de relação interna que gera sofrimento, pelo que a literatura demonstra estar relacionado com o desajustamento emocional, social e com diversas perturbações psicopatológicas (Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982; Blatt & Zuroff, 1992; Zuroff, Moskowitz e Cote, 1999 cit in Gilbert et al., 2004). A par deste, a fusão cognitiva surge como resultado dos últimos desenvolvimentos no contexto da inflexibilidade psicológica defendida pela ACT como um dos processos fundamentais no desenvolvimento de psicopatologia (Hayes et al., 2004).

#### *Estudo correlacional*

De modo congruente com o evidenciado na literatura, os resultados indicam que a fusão cognitiva, tal como a relação interna autocrítica, demonstram estar positiva e significativamente correlacionadas com a sintomatologia depressiva, ansiosa e afecto negativo. Concretamente, este estudo indica que a níveis mais elevados de fusão cognitiva e de auto-criticismo, na forma eu detestado e eu inadequado, correspondem a maiores índices de psicopatologia.

No que refere ao eu-tranquilizador, os dados indicam que a capacidade dos indivíduos se reconfortarem e terem auto-compaixão pelo eu se associa de forma negativa à sintomatologia depressiva, ansiosa e ao afecto negativo, e positivamente com o afecto positivo.

#### *Estudo das formas do auto-criticismo e fusão cognitiva enquanto variáveis preditoras da psicopatologia*

Posteriormente, e com o objectivo de averiguar qual o sentido da relação entre estas variáveis, foram elaborados estudos de regressão, sendo que a análise dos resultados evidencia que para além de haver uma associação entre elas, a fusão cognitiva e as formas do auto-criticismo se constituem como preditoras da sintomatologia depressiva e ansiosa.

Neste sentido, a nossa primeira predição assentou em hipotetizar que os indivíduos da nossa amostra que relatassem ter níveis mais elevados de

auto-criticismo (representado pelo eu inadequado e pelo eu detestado, separadamente) e de fusão cognitiva, demonstrassem níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica e, por outro lado, níveis mais baixos de afecto positivo. Os resultados evidenciados vem deste modo corroborar a nossa hipótese inicial de que estas estratégias de regulação aumentam a vulnerabilidade para a psicopatologia. Estes dados vão de encontro aos estudos levados a cabo neste âmbito (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, Allan & Trent, 1995, *cit in* O'Connor *et al.*, 2000), contudo relataram apenas as associações específicas entre auto-criticismo na sua forma eu detestado e a depressão (Gilbert *et al.*, 2004), sem no entanto referirem qual das suas formas estaria mais associada à sintomatologia ansiosa. No nosso estudo, porém, foram encontradas evidências de que é a relação interna autocrítica pautada por sentimentos de ódio e repulsa que prediz tanto a sintomatologia depressiva como a ansiosa de forma mais acentuada.

Adicionalmente, a dificuldade dos indivíduos se reconfortarem e terem auto-compassão em momentos de falha (baixo **eu tranquilizador**) prediz a sintomatologia depressiva, sugerindo por outro lado, e tal como esperado, que aqueles que têm uma maior tendência para se auto-tranquilizarem, manifestam menos sintomas depressivos. Este elemento poderá ser entendido pela atitude de encorajamento relativamente ao futuro, a capacidade de recordar os aspectos positivos do “eu” e de continuar a gostar e a cuidar de si próprio, mesmo confrontado com situações de embaraço e decepção que caracteriza esta forma de relação com o eu, predispondo o indivíduo a agir de acordo com os seus objectivos e a não desanimar em momentos de falha.

No que concerne ao **afecto negativo**, é fundamentalmente a relação interna relacionada com o sentimento de inadequação do eu que a predizem, sendo que a relação interna auto-tranquilizadora surge como preditora negativa. Este é um dado curioso visto, segundo o modelo tripartido de Clark e Watson (1991), o afecto negativo (ou distress) surge como elemento representado por sintomas relativamente inespecíficos experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos, logo era de esperar que também este se desenvolvesse a partir da fusão cognitiva e do eu detestado.

Relativamente ao **afecto positivo**, tal como o encontrado na literatura, o eu tranquilizador constitui-se como elemento que propicia ao seu desenvolvimento.

### ***Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia.***

Dadas estas conclusões prévias, e tendo em consideração que os nossos resultados sugeriram que ambas as estratégias de regulação internas (auto-criticismo e fusão cognitiva) se constituíram como preditores significativos, quer da sintomatologia depressiva quer da ansiosa, colocámos a hipótese de que a fusão cognitiva pudesse desempenhar um **efeito de moderação** entre o auto-criticismo e a sintomatologia psicopatológica.

No que confere aos resultados evidenciados no estudo, estes corroboraram em parte as nossas hipóteses iniciais. Na amostra em análise, enquanto a fusão cognitiva moderou a relação eu inadequado e a sintomatologia ansiosa e depressiva, o mesmo não se verificou entre a relação eu detestado e a psicopatologia, não se registando interacção entre os pensamentos autocríticos relacionados com um sentimento de ódio e

repulsa pelo eu e a tendência para se fusionarem. Denota-se assim que os indivíduos do nosso estudo que possuem uma relação interna que remete para a autocritica baseada em erros e inadequações do “eu” e num sentimento de merecimento das críticas, quando fusionados com a sua experiência interna vão tender a apresentar índices mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa. Este efeito de interacção pode ser entendido uma vez que, para além da relação interna autocritica provocar no indivíduo um sentimento interno de inferioridade e derrota pelos próprios pensamentos (não conseguindo por isso aceitar os fracassos e desapontando-se facilmente consigo mesmo), o desenvolvimento paralelo de uma mente fusionada e enredada nas construções verbais leva o individuo a assumir que essas críticas traduzem verdades literais acerca da realidade o que o propicia à psicopatologia.

## **Estudo 2 – Auto-criticismo, Supressão do Pensamento Psicopatologia**

Tendo em conta a maior ou menor propensão que cada individuo possui para conscientemente tentar prevenir determinados pensamentos de entrarem no fluxo da consciência (Wegner & Zanakos, 1994), propusemos estudar a relação entre esta e o relato de sintomatologia depressiva, ansiosa e relacionada com o afecto negativo e positivo na idade adulta. De acordo com a literatura a supressão pensamento, enquanto estratégia de controlo mental, é um processo cognitivo associado à etiologia e manutenção de diversas psicopatologias (Erber & Wegner, 1996; Purdon, 1999; Purdon & Clark, 2000; Purdon, Rowa, & Anthony, 2005; Wegner & Zanakos, 1994), sendo que as tentativas frustradas de controlar os pensamentos intrusivos podem ser geradoras de maior sofrimento. Congruentemente com estes dados, as evidências empíricas apresentam resultados indicadores de que as tentativas directas de evitar pensamentos e sentimentos desagradáveis são frequentemente ineficazes, originando uma aumento paradoxal da frequência e intensidade das experiências (Hayes et al., 1999), aumentando assim a propensão para a psicopatologia em geral (Hayes et al., 1996; Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010) e especificamente para a ansiedade e para a depressão (Marx & Sloan, 2005; Holowaka et al., 2005; Cribb, Moulds e Carter, 2006). Posto isto, e dada a relevância da percebermos a relação entre estas variáveis e o impacto na propensão à psicopatologia, procedemos às análises seguintes.

### ***Estudo correlacional***

De acordo com o que os estudos neste âmbito têm demonstrado, era de esperar que a relação interna autocritica, a supressão do pensamento e a sintomatologia psicopatológica estivessem associados. Assim, e segundo os dados obtidos, estes sugerem a existência de uma correlação significativa e positiva entre as variáveis em estudo. De modo contrário, relativamente ao **afecto positivo**, esta encontra-se negativamente correlacionado à supressão do pensamento, denotando não estar associado a estratégias de regulação internas autocriticas, tal como era de esperar.

### ***Estudo das formas do auto-criticismo e supressão do pensamento enquanto variáveis predictoras da psicopatologia***

Neste âmbito, e com o objectivo de percebermos qual o sentido da

associação encontrada, elaboramos estudos de regressão. Denotamos a predição significativa do eu detestado e da supressão do pensamento na psicopatologia. Assim, os dados indicam que os indivíduos que possuem uma relação interna caracterizada pelo desejo de maltratar e insultar o eu e que adoptam estratégias de controlo do pensamento baseado na supressão estão mais propensos a experienciar **sintomatologia depressiva e ansiosa**. Pelo contrário, o facto de os sujeitos desenvolverem uma relação interna auto-tranquilizadora, caracterizada pela capacidade de recordar os aspectos positivos do “eu” e de continuarem a gostar e cuidar de si próprios mesmo quando confrontados com situações de embaraço e de decepção, numa atitude de encorajamento para o futuro, demonstra, neste estudo, evidências de ser um factor protector do desenvolvimento de sintomatologia depressiva.

Relativamente ao **afecto negativo**, e tal como no estudo anterior, a relação do eu pautada por sentimentos de inadequação é igualmente a única forma de regulação interna em análise que se constitui como factor que leva ao seu aparecimento. No que confere ao **afecto positivo**, este é desenvolvido aquando de uma relação interna pautada por sentimentos de afecto pelo eu, encorajamento e motivação perante as falhas, sendo predito significativamente pelo eu tranquilizador. Isto vai de encontro a um estudo de Neff, *et al.* (2007), que indica que uma auto-compaixão aumentada, aquando da confrontação com pensamentos difíceis, está associada a uma menor necessidade de evitar cognições dolorosas .i.e., de adoptar estratégias como a supressão do pensamento.

***Estudo da supressão do pensamento enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia.***

Dadas as nossas hipóteses e uma vez que são escassos os estudos que visam relacionar as formas de auto-criticismo com a supressão do pensamento, o objectivo passará, seguidamente por tentar clarificar esta relação. Neste sentido, hipotetizamos que a supressão do pensamento se pudesse constituir como uma **variável moderadora** do efeito entre o auto-criticismo e a psicopatologia.

A literatura tem vindo a desenvolver a premissa de que os seres humanos estão motivados para evitar as experiências internas aversivas através de estratégias cognitivas tais como a supressão do pensamento (Wenzlaff & Wegner, 2000). No caso de os sujeitos desenvolverem uma forma de relacionamento interno pautado pelo auto-criticismo, poderão estar mais propensos a se envolverem em tentativas para evitar tais estados e a procurar estratégias, das quais se destaca a supressão do pensamento, que lhes permitam tentar regular, controlar, ou evitar, não só os pensamentos indesejados, mas também o sofrimento que lhes está associado (Wegner & Zanakos, 1994). Neste sentido, os nossos resultados constituíram-se defensores destas preposições e das nossas suposições na medida em que foi possível observar a existência de um efeito de moderação da supressão do pensamento na relação entre o **eu inadequado** e a sintomatologia depressiva e ansiosa. Assim, verificámos que, de acordo com os sujeitos da nossa amostra, existe uma interacção significativa entre a relação interna autocrítica baseada em erros e inadequações do “eu” (caracterizada pelo sentimento interno de inferioridade) e a tentativa de “afastar” estes pensamentos da sua consciência, na predição da sintomatologia depressiva e

ansiosa. Segundo a literatura as tentativas de parar/evitar o fluxo da consciência são, na maioria das vezes, mal sucedidas, e o esforço em controlar pode levar a uma maior intrusão (Wegner & Zanakos, 1994; Wenzlaff & Luxton, 2003), sendo já diversos os estudos que apontam o evitamento experiencial como estando relacionado com medidas de psicopatologia (Hayes et al., 1996). Neste sentido, salienta-se a existência de uma amplificação do efeito da relação autocrítica na psicopatologia devido à tentativa de suprimir os pensamentos autocríticos indesejados.

Para além disto, os resultados evidenciam que a supressão do pensamento, aliada à relação interna autocrítica pautada por sentimentos de ódio e repulsa (**eu detestado**), também são precursores da sintomatologia depressiva e ansiosa. Estes dados poderão ser compreensíveis pelo facto de quando a relação com o “eu” é marcada pelo sentimento de ódio e repugnância, traduzida pelo desejo agressivo e persecutório de maltratar e o insultar, utilizando para tal uma linguagem hostil e acusatória (Gilbert et al., 2004), aliada às tentativas de controlo do pensamento, este o venha a acentuar uma vez que segundo as investigações esta estratégia têm, na maioria das vezes, o efeito paradoxal (Wegner & Zanakos, 1994) levando a aumento da frequência dos pensamentos evitados e a um maior desajustamento posterior (Wenzlaff & Luxton, 2003).

Estes resultados vão também de encontro às investigações de Whelton e Greenberg (2005) que referem que indivíduos com elevado auto-criticismo, submetidas frequentemente às suas autocríticas, manifestam expressões envergonhadas e tristes quando reflectem acerca destas (autocríticas), sentindo-se fracas e incapazes de contrariar os seus ataques internos, resultando essa incapacidade na depressão (Whelton, 2000; cit in Gilbert et al., 2006). Neste sentido, os indivíduos que adoptem estratégias de defesa baseadas na supressão do pensamento irão ter maior propensão para as experienciar com maior frequência, dado o seu efeito contraproducente, e consequentemente desenvolverem psicopatologia.

Assim, e de um modo geral, os resultados obtidos neste sub-estudo são de salientar na medida em que sugerem que os indivíduos que relatam ter relações internas autocríticas e aliam esta estratégia de defesa à supressão do pensamento, tendem a experienciar mais sintomas psicopatológicos.

### **Estudo 3 – Relação entre Auto-criticismo, Evitamento experiencial e sintomas psicopatológicos**

À semelhança do que foi feito nos estudos 1 e 2, e uma vez que os conceitos anteriores (fusão cognitiva e supressão do pensamento) estão relacionados com o evitamento experiencial (segundo a perspectiva adoptada nesta investigação), propusemo-nos a investigar se o impacto do auto-criticismo e o evitamento experiencial na sintomatologia depressiva, ansiosa, afecto negativo e positivo se desenvolveria no mesmo sentido.

De acordo com os teóricos neste campo o evitamento experiencial surge como a tendência, verbalmente mediada, para o individuo evitar experiências privadas que são avaliadas negativamente (e.g. sensações corporais, emoções, memórias, pensamentos), levando-o a agir no sentido de alterar a forma, frequência, intensidade desses eventos ou os contextos que os causam, mesmo quando tal se revela ineficaz ou interfere em acções valorizadas (Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford & Follette, 1996; Boulanger,



Hayes & Pistorello, 2010).

### ***Estudo correlacional***

De modo concordante com o evidenciado na literatura, os resultados indicam que o evitamento experiencial, tal como a relação interna autocritica, demonstram estar positiva e significativamente correlacionadas com a sintomatologia depressiva, ansiosa e afecto negativo. Concretamente, este estudo indica que a níveis mais elevados de evitamento experiencial e de auto-criticismo, na forma eu detestado e eu inadequado, correspondem a maiores índices de psicopatologia.

No que refere ao eu-tranquilizador, os dados indicam que a capacidade dos indivíduos se reconfortarem e terem auto-compaixão pelo eu se associa de forma negativa à sintomatologia depressiva e ansiosa.

### ***Estudo das formas do auto-criticismo e fusão cognitiva enquanto variáveis preditoras da psicopatologia***

De acordo com o que foi evidenciado no estudo prévio, o objectivo deste passa por averiguar qual o sentido das relações observadas através da análise de regressão. Neste sentido, é de esperar neste estudo que os resultados encontrados apontem para uma propensão mais acentuada para experienciar sintomas psicopatológicos quando se verifica evitamento experiencial. De igual forma, e uma vez já referidos os efeitos nefastos do auto-criticismo para a psicopatologia, era de esperar que a valores mais elevados nesta medida levassem os indivíduos a experienciar em maior grau os sintomas psicopatológicos descritos.

Assim, partimos da hipótese de que a frequência com que as pessoas recorrem a estratégias de regulação autocriticas e evitantes se traduziria, posteriormente, num maior grau de psicopatologia demonstrada pelas medidas utilizadas. De modo oposto, se os indivíduos que evidenciassem ter uma relação interna caracterizada pelo afecto e tranquilização, apresentariam menor propensão a evidenciar sintomas psicopatológicos e maiores seriam as evidências desta forma de relação interna promover afecto positivo. Congruentemente com a literatura e com as nossas previsões, verificamos a hipótese de que o evitamento experiencial e a relação interna autocritica predizem de forma expressiva os sintomas psicopatológicos, depressivos, ansiosos e o afecto positivo, i.e., encontramos evidencias de que, tal como o encontrado na literatura, o evitamento experiencial vulnerabiliza o individuo a desenvolver sintomas psicopatológicos.

Contudo, enquanto os indivíduos que revelaram possuir uma relação interna pautada pelo ódio e desprezo pelo eu tendem a desenvolver sintomatologia depressiva e ansiosa, os indivíduos com uma relação interna caracterizada pelo sentimento de inadequação registaram níveis mais elevados de afecto negativo. Por seu turno, a forma de relação auto-tranquilizadora demonstrou evidência, na nossa amostra, de predizer o afecto positivo. Nesta sequência e de encontro ao que é evidenciado na literatura e nas recentes investigações, os resultados do presente estudo, demonstram igualmente que o evitamento prediz significativamente a psicopatologia, ou seja, que quanto mais os sujeitos procuram controlar, suprimir e alterar a forma dos seus eventos privados, mais sintomas depressivos, ansiosos e afecto negativo experienciam.

***Estudo da fusão cognitiva enquanto variável moderadora do efeito entre o auto-criticismo (eu inadequado e eu detestado) e a psicopatologia.***

De forma a percebermos a relação mais pormenorizadamente a relação entre as variáveis, investigamos o **efeito de moderação** do evitamento experiencial na relação entre o auto-criticismo e a psicopatologia. Os resultados obtidos vão de encontro às hipóteses formuladas previamente. Neste sentido verificamos que esta estratégia de regulação baseada no “escape” exerce um efeito moderador entre a relação do eu inadequado e os sintomas depressivos, realçando-se a interacção de dois mecanismos centrais na sua explicação: relação hostil (de auto-ataque punitivo e destrutivo) que o individuo tem consigo próprio (eu-detestado) e o evitamento experiencial (escape à sua experiência interna).

Deste modo é legítimo considerar que o individuo que desenvolve uma relação interna baseada em erros e inadequações do “eu” e com um sentimento de merecimento das críticas (que o fazem sentir inferior internamente e derrotado pelos próprios pensamentos), e que adopte estratégias defensivas como o evitamento experiencial (de forma a conseguir “escapar” às emoções negativas), tenha uma tendência mais acentuada para experienciar sintomas psicopatológicos.

Esta tendência poder ser compreendida no sentido em que o individuo ao evitar experiências privadas que são avaliadas negativamente (mesmo quando tal se revela ineficaz), leva a que o seu comportamento não seja congruente com o atingir objectivos valorizados (Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford & Follette, 1996; Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010) podendo consequentemente leva-lo a desenvolver sintomatologia depressiva.

Todavia, este efeito de moderação do evitamento experiencial não se regista entre o eu inadequado e a sintomatologia ansiosa, nem entre o eu detestado e a sintomatologia ansiosa. Uma possível explicação para este facto poderá residir na própria função do evitamento experiencial de diminuir a ansiedade, evitando por isso estímulos que o possam desencadear. Para além disso, também não foi encontrado um efeito de moderação entre a relação interna de ódio e repulsa pelo eu e a sintomatologia depressiva.

**Estudo 4: Análise dos processos de regulação interna enquanto preditores dos sintomas psicopatológicos**

Considerando as análises prévias, e uma vez que não foram encontrados resultados experimentais comparativos acerca destas estratégias, o objectivo deste estudo prende-se com tentar perceber quais das estratégias de regulação internas, analisadas em conjunto, poderiam prever em maior grau a sintomatologia psicopatológica. Segundo o que a literatura tem desenvolvido neste âmbito hipotetizamos que o evitamento experiencial, tal como o eu detestado, se destaquem na predição sintomatologia depressiva e ansiosa. De acordo com os teóricos, os indivíduos com níveis de fusão cognitiva elevados tendem a não distinguir os seus pensamentos dos acontecimentos reais, levando a que os pensamentos adquiram a capacidade de evocar a mesma reacção emocional que o próprio evento evocaria (Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin e Olsson, 2008), fazendo com que o seu comportamento seja resultado de regras verbais geradas pela mente. Sob este ponto de vista, o evitamento surge como uma consequência previsível da fusão cognitiva (Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010), na medida em que as avaliações e relações estabelecidas passam a estar acopladas aos próprios

eventos internos, passando o indivíduo a prever, recluir e conseqüentemente a tentar regular os seus próprios pensamentos, emoções e sensações corporais inofensivas através do evitamento (Fletcher & Hayes, 2005). Esta premissa teórica sob a qual assenta a perspectiva aqui adoptada, pode ser apoiada ainda que em parte, pelos nossos resultados se considerarmos a associação positiva, significativa alta entre estas medidas (fusão cognitiva e evitamento experiencial) e a uma predição significativa da sintomatologia depressiva e ansiosa apenas pelo evitamento experiencial, quando analisados em conjunto. Sendo que este último elemento vai de encontro com o referenciado por Holowaka, Salters-Pedneaut e Roemer (2005), ao salientarem o evitamento como um preditor significativo de sintomatologia depressiva. Para além disso, os estudos neste âmbito tem destacado a disfuncionalidade do evitamento experiencial realçando sobretudo a sua aplicação rígida e inflexível que poderá incitar à psicopatologia em geral (Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010; Holowaka, Salters-Pedneaut e Roemer, 2005), constituindo-se ainda como um processo crucial na compreensão da etiologia e manutenção das perturbações emocionais em particular (Boulanger, Hayes & Pistorello, 2010) e com medidas específicas de ansiedade e depressão (Marx & Sloan, 2005).

Paralelamente, a literatura tem vindo a desenvolver a premissa de que os seres humanos estão motivados para evitar as experiências internas aversivas através de estratégias cognitivas tal como a supressão do pensamento (Wenzlaff & Wegner, 2000), sendo esta, a nível teórico, considerada um dos processos componentes do evitamento experiencial (Kasshadan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006). Assim, e de acordo com esta perspectiva, o evitamento experiencial surge como um constructo mais abrangente, integrador de um conjunto de estratégias que visam suprimir, controlar e o evitar os eventos internos indesejáveis (Hayes, 1993). De acordo com os nossos resultados, estas considerações teóricas podem ser apoiadas igualmente, ainda que em parte, pelos nossos resultados se considerarmos a associação positiva, significativa alta entre estas medidas (evitamento e supressão do pensamento) e a uma predição significativa da psicopatologia (nas medidas avaliadas) apenas pelo evitamento experiencial, quando analisados em conjunto.

Apesar dos nossos resultados nos indicarem apenas que o evitamento experiencial é uma medida mais forte na predição da psicopatologia, e não podermos daí extrapolar conclusões que indiquem que o constructo de fusão cognitiva se constitui uma estratégia de regulação interna que incita ao evitamento e que esta abrange a medida de supressão do pensamento, os dados sugerem que existe essa possibilidade dada a associação teórica entre estes constructos e as relações aqui encontradas (i.e., elevadas correlações entre a fusão cognitiva, evitamento e a supressão do pensamento; e uma predição mais forte da psicopatologia atribuída ao evitamento).

De modo concordante com as premissas enunciadas e com as nossas hipóteses, os resultados levaram-nos a constatar que perante a sintomatologia depressiva e ansiosa, as estratégias de regulação interna de evitamento e o eu detestado são as únicas preditoras substanciais.

No que concerne ao **afecto negativo**, apuramos que o auto-criticismo, mais especificamente a sua forma eu inadequado, surge como único responsável pelo seu desenvolvimento. De acordo com a literatura, e mais

concretamente com teoria evolucionária (Gilbert, 2000), os sinais de ataques e críticas, sejam eles internos ou externos, geram stress, afecto negativo, e respostas defensivas. Contudo, e apesar de esta premissa ir de encontro ao que observamos no nosso estudo (auto-criticismo como preditor do afecto negativo), o auto-criticismo não surge diferenciado sob o ponto de vista de qual das suas formas é que poderá estar mais associada com este tipo de afecto. Devido ao facto do afecto negativo incluir sintomas relativamente inespecíficos, que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos (Clark e Watson, 1991), seria de esperar que tal como nestes sintomas psicopatológicos, o afecto negativo fosse predita igualmente pelo eu detestado e pelo evitamento experiencial (tal como se esperava nos estudos anteriores, ainda que não fossem hipóteses delimitadas previamente mas sim apenas derivadas da análise dos resultados prévios no âmbito da ansiedade e da depressão). Contudo, não existe suporte empírico ou teórico por nós encontrado que fizesse referência a este elemento.

Relativamente ao afecto positivo, os resultados observados indicam que quando os indivíduos desenvolvem uma atitude calorosa e compassiva com eu (sinal interno oposto ao auto-criticismo) tendem a desenvolver afecto positivo.

No nosso estudo encontramos ainda dados concordantes com as afirmações de Gilbert (1995) nas quais refere que as qualidades auto-apaziguatórias da auto-compaixão possibilitam competências para uma regulação afectiva eficaz. Neste sentido, é de realçar a relação negativa e significativa que esta estratégia possui com o evitamento experiencial, fusão cognitiva e supressão do pensamento. Para além disso, e de acordo com um estudo de Neff, *et al.* (2007), uma auto-compaixão aumentada aquando da confrontação com pensamentos difíceis está associada a uma menor necessidade de evitar cognições dolorosas. Neste sentido ressalva-se ainda a tendência para os indivíduos que desenvolvem uma atitude auto-tranquilizadora não adoptarem as estratégias mal adaptativas de regulação das emoções estudadas.

Estes elementos levam-nos a sustentar a nossa hipótese de que as estratégias de regulação internas pautadas pelo auto-criticismo bem como as baseadas no evitamento, são elementos fulcrais na etiologia e desenvolvimento da psicopatologia. De modo oposto, uma relação interna auto tranquilizadora perante momentos de falha e desapontamento é percussora de afecto positivo e saúde mental.

## VI - Conclusões

O bem-estar psicológico e emocional são cada vez elementos mais valorizados dentro da sociedade. Controlamos o nosso mundo exterior de forma a potenciarmos esses estados (i.e. afastamos o que nos pode trazer desconforto ou mal estar, ou do que não gostamos, e aproximamo-nos do que consideramos que nos faz sentir bem) e tentamos fazê-lo igualmente para as experiências internas, adoptando uma gama de estratégias, mais ou menos adaptativas para tentar controlar ou evitar o que percebemos como aversivo e intolerável (emoções, sensações, pensamentos). Contudo, controlar as nossas experiências internas, pode não ter o efeito desejado.

Neste sentido, e tendo em conta que a forma como cada sujeito conceptualiza as suas experiências internas e as regula tem um enorme

impacto no desenvolvimento de psicopatologia (Gross, 2007), o nosso trabalho assentou sob dois objectivos basilares, nomeadamente: (1) tentar compreender quais as estratégias de regulação internas e processos cognitivos que podem estar mais intimamente relacionadas com a psicopatologia (nomeadamente com a sintomatologia ansiosa e depressiva) e, (2) perceber de que modo, e a que nível, as formas de relação interna autocriticas (eu inadequado e eu detestado) podem estar relacionadas com determinadas estratégias de regulação emocional (fusão cognitiva, supressão do pensamento, evitamento experiencial) e se são influenciadas por estas.

A literatura já havia documentado o auto-criticismo enquanto factor preponderante no desenvolvimento da psicopatologia. Porém, os processos e mecanismos com que os indivíduos lidam com ele são ainda, em parte, desconhecidos. A este nível, os resultados do nosso estudo, ainda que na impossibilidade retirar relações de causalidade e de estabelecer generalizações, permitiram apontar algumas direcções. Neste sentido os dados sugerem que a relação autocritica com o eu bem como as estratégias de regulação que visem suprimir, controlar ou evitar as experiências internas estão **positivamente relacionadas** com a etiologia e manutenção das dificuldades individuais bem como do sofrimento percebido. Concretamente, pudemos constatar que a forma autocritica eu detestado, em comparação com o eu inadequado, se apresenta associada em maior grau à sintomatologia depressiva e ansiosa. Paralelamente, a forma eu inadequado surge correlacionada de forma mais vincada com as estratégias de regulação interna referentes à fusão cognitiva, supressão do pensamento e evitamento experiencial. Este facto realça a tendência proeminente para os indivíduos que possuem uma relação interna pautada pelo sentimento de inadequação do eu terem uma maior tendência para adoptarem estratégias que visem controlar ou evitar as suas experiências subjectivas. Adicionalmente, encontramos associações mais elevadas entre todos os processos de regulação interna (auto-criticismo, fusão cognitiva, supressão do pensamento e evitamento experiencial) e a depressão do que com a ansiedade.

Para além do referido, e analisando o sentido destas correlações, concluímos (constituindo-se este como um contributo particularmente importante) que as formas eu detestado e eu inadequado (do auto-criticismo), fusão cognitiva, supressão do pensamento e evitamento experiencial **predizem** de forma significativa a psicopatologia. Ou seja, quanto mais saliente for a relação autocritica do individuo e mais acentuadas forem os estratégias levadas a cabo que visem evitar ou controlar a experiencia interna, maior será a tendência para apresentar sintomatologia depressiva e ansiosa. Neste contexto pudemos comprovar que uma relação com o eu autocritica, desvalorizadora e punitiva, assim como processos de regulação internos baseados no evitamento, são factores de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia. Contudo, e enquanto, por um lado, o eu detestado e o evitamento experiencial tem um papel de destaque como estratégias que levam ao desenvolvimento e manutenção da sintomatologia depressiva e ansiosa nos indivíduos adultos<sup>6</sup>, por outro, a

---

<sup>6</sup> Neste contexto, é importante salientar ainda que apesar dos constructos de ansiedade e depressão serem claramente distintos do ponto de vista fenomenológico, empiricamente tem sido difícil separa-los. Segundo o que o modelo tripartido defende, a sintomatologia depressiva e ansiosa partilham de “sintomas inespecíficos” comuns o que pode explicar a forte associação entre as medidas de

forma eu inadequado autocrítica desempenha um papel proeminente na predição do afecto negativo.

Adicionalmente, um dos contributos particularmente importantes deste estudo prende-se com os resultados que apontam para um papel moderador, de algumas das estratégias de regulação emocional e cognitivas na relação entre as dimensões do auto-criticismo e da psicopatologia. Neste sentido, salientam-se os dados que indicam que a fusão cognitiva, supressão do pensamento e o evitamento experiencial moderaram a maioria das relações avaliadas entre o eu inadequado e os sintomas psicopatológicos. No que confere à relação interna pautada por sentimentos de ódio e desprezo, a supressão do pensamento evidenciou ter um papel de relevo na compreensão do impacto que esta possui na psicopatologia posterior. Os resultados obtidos sugerem, neste sentido, que as tentativas para os indivíduos suprimirem os seus pensamentos actuou como um moderador na relação entre o eu detestado e a sintomatologia relatada pelos respondentes.

De modo contrário, uma relação auto-tranquilizadora está não só negativa e significativamente relacionada com a adopção de estratégias de controlo e evitamento emocional/cognitivo, mas também com a sintomatologia ansiosa, depressiva e relacionada com o afecto negativo. Neste contexto torna-se evidente que para além dos indivíduos que desenvolvem uma relação auto-tranquilizadora não manifestarem também tendência para adoptar estratégias desadaptativas na regulação emocional/cognitiva mesmo perante momentos de falha e de decepção pessoal (possuindo tendencialmente mais aptidões que visam a aceitação das experiências internas). Sendo ainda de destacar que os sujeitos que evidenciam níveis altos de auto-tranquilização tendem a desenvolver um estado subjectivo em que predomina o afecto positivo.

Estas conclusões levam-nos no mesmo sentido do que é realçado na literatura, de que de facto, quando utilizados de uma forma mal adaptativa os processos de regulação emocional estes poderão levar à exacerbação de estados emocionais negativos, tais como depressão, ansiedade, e outros sintomas de psicopatologia (Gross & John, 2003; Gross & Munoz, 1995).

Embora sejam já conhecidos estudos nesta área, tem sido pouco evidente a investigação desenvolvida em torno dos processos de fusão cognitiva, supressão do pensamento e do evitamento experiencial<sup>7</sup>, numa visão unificadora com as formas autocríticas. Assim para além de ter sido um contributo fundamental para nós na medida em que pudemos compreender de forma mais clara a existência de uma relação entre os processos de regulação internas e a psicopatologia.

### **Limitações e recomendações futuras**

Não obstante os resultados obtidos, este estudo acarreta algumas limitações. Neste sentido, salienta-se a constituição e características da amostra. Esta para além de ser circunscrita à zona norte e centro do país, verificamos ainda uma diferença entre os sexos, ao nível do número de sujeitos, pelo que não podemos afirmar que as conclusões aqui encontradas

---

ansiedade e depressão e, conseqüentemente, o porquê de se terem obtido resultados semelhantes nas nossas análises.

<sup>7</sup> De acordo com o preconizado pelas abordagens de 3ª geração

são representativas da população portuguesa. Assim, seria pertinente replicar o mesmo estudo numa amostra maior, mais equilibrada relativamente ao género e geograficamente mais diversificada.

Como limitação adicional apontamos o facto de, embora pretendêssemos avaliar estes constructos numa população não clínica, as características destes sujeitos implicam níveis mais baixos de sintomatologia psicopatológica, dificultando assim a replicação das conclusões acerca dos processos de regulação emocional/cognitiva e a sintomatologia depressiva e ansiosa. Neste sentido seria interessante replicar este estudo para populações clínicas gerais e específicas, investigando o papel destes processos na manutenção da sintomatologia apresentada, com o objectivo final de se criarem intervenções rigorosas e que pretendam intervir nos factores que mantêm os problemas do individuo.

Como limitação do presente estudo devemos ter ainda em consideração as limitações referentes à causalidade das variáveis e a colinearidade dos constructos avaliados. Neste ultimo ponto, e tal como foi realçado a nível da ansiedade e da depressão, apesar de ser relativamente fácil distinguir estes conceitos a nível teórico, na prática estas diferenças não são tão evidentes nem é tão fácil discrimina-los.

Para além do que foi exposto, devemos considerar ainda como uma limitação as condicionantes inerentes à utilização de instrumentos de auto-resposta. Neste sentido, apelamos à necessidade de futuramente se adicionar a este, outros métodos de investigação (e.g. entrevista clínica).

Para finalizar consideramos que seria interessante explorar uma eventual relação entre, a fusão cognitiva e o evitamento experiencial, eventualmente procurando verificar, como nos indica a teoria, que a fusão cognitiva precede o evitamento experiencial.

### **Implicações clínicas**

Embora este estudo não tenha sido levado a cabo com uma população clínica, consideramos pertinente salientar algumas questões que nos parecem importantes em termos clínicos, tendo em conta as devidas reservas em extrapolar implicações a esta nível a partir de um estudo com uma amostra da população geral.

Neste sentido, e tendo em conta a predominância do auto-criticismo nos indivíduos com sintomatologia depressiva e ansiosa na idade adulta, os resultados obtidos vêm consolidar, de um modo geral, o que tem vindo a ser dito acerca da importância das intervenções psicoterapêuticas que visem promover uma atitude de Auto compassiva e de compreensão/aceitação para com o sofrimento do eu. De facto, existem evidências acerca das consequências negativas de uma falta de auto-compaixão para a saúde mental, tal como verificamos na nossa revisão de literatura sobre a temática (Neff, 2003; Neff, Rude, et al., 2007), e da vantagem de a promover (Adams & Leary, 2007; Neff, Kirkpatrick, et al., 2007), uma vez que, e tal como afirma Gilbert & Procter (2006), ainda que a redução da hostilidade autodirigida seja importante, as investigações desenvolvidas nos últimos anos indicam que não é suficiente, sendo o desenvolvimento de competências de auto-compaixão igualmente fundamental. Nesta linha tem surgido nos últimos anos algumas terapias que directamente incitam à fomentação da capacidade para as pessoas se auto-tranquilizarem e reconfortarem perante experiências de fracasso e decepção pessoal, como o

Compassionate Mind Training (Gilbert, 2009; Gilbert & Procter, 2006). De modo paralelo, e dada a tendência bem patenteada nos nossos resultados para os indivíduos adoptarem estratégias cognitivas e emocionais que visem evitar ou controlar os seus estados afectivos menos desejados (levando-os paradoxalmente a manter/aumentar as suas dificuldades), salienta-se ainda a importância para, conjuntamente, desenvolver flexibilidade psicológica. Neste sentido o objectivo será promover a defusão cognitiva e a aceitação, reduzir o evitamento e estimular a adopção de estratégias de aproximação, tal como a preconizada pela Acceptance and Commitment Therapy (Hayes, 2004).

Por último, seria importante continuar a estudar as variáveis aqui avaliadas, pois os resultados são promissores e esta ideia apresenta potenciais mais-valias para a intervenção com indivíduos que apresentem um quadro clínico no qual o Auto-criticismo, a fusão cognitiva e as estratégias de regulação baseadas no evitamento assumem um papel preponderante.

### Bibliografia

- Allan, S. & Gilbert, P. (1997). Submissive behavior and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 467-488.
- Arriendell, A., Sanderman, R., Hageman, M., Pickersgill, J., Kwee, T., Van der Molen, T. & Lingsma, M. (1990). Correlates of assertiveness in normal and clinical samples: A multidimensional approach. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 12, 153-282.
- Aldao, A. & Nolen- Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behavior Research and therapy*, 48, 974 – 983.
- Baldwin, K. M., Baldwin, J. R., & Ewald, T. E. (2006). The relationship among shame, guilt, and self-efficacy. *American Journal of Psychotherapy*, 60, 1-21.
- Baron, R., & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Boulanger, J., Hayes, S., & Pistorello, J., (2010). Experimental Avoidance as a functional contextual concept. In A., Kring & A., Sloan (Ed.). *Emotion Regulation and Psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press. 107-136.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*, 1. London: Hogarth.



- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation, anxiety and anger*, 2. London: Hogarth.
- Buss, D. M. (1999). *Evolutionary psychology: The new science of mind*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Cacioppo, J. T., Berston, G. G., Sheridan, J. F., & McClintock, M. K. (2000). Multilevel integrative analysis of human behavior: Social neuroscience and the complementing nature of social and biological approaches. *Psychological Bulletin*, 126, 829-843.
- Campbell – Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., & Hofmann, S.G. (2005). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1251 – 1263.
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia (2011). Auto-compaixão: estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psicológica*, 54, 203-231
- Castilho, P. & Pinto-Gouveia (2011). Auto-criticismo: estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-criticismo e Auto-tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-criticismo e Auto-ataque (FSCS). *Psicológica*, 54, 63-87
- Conway, M., Csank, P.A.R., Holm, S.L., & Blake, C.K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75 (3), 404-425.
- Cribb, G., Moulds, M. & Carter, S. (2006). Rumination and Experiential avoidance in depression. *Behavior Change*, 23(3), 165-176.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, N., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 368–385.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., & Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behavior Research and Therapy*, 29, 585–597.
- Fletcher, L. & Hayes, S.C. (2005). Relational frame theory, acceptance and

commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of rational – emotive and cognitive behavioral therapy*, 23, 315-336.

- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. London: Erlbaum.
- Gilbert, P. (1992a). *Depression: The evolution of powerlessness*. Hove, Sussex: Erlbaum; New York: Guilford.
- Gilbert P. (1992b). *Counseling for depression*. London: Sage.
- Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135-156.
- Gilbert, P. Pehl, J. & Allan, S. (1994). Assertiveness, submissive behavior and social comparison. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 295-306.
- Gilbert, P., Allan, S. & Goss, K. (1996). Parental representation, shame, interpersonal problems, and vulnerability to psychopathology. *Clinical Psychology and Psychology*, 3, 23-34
- Gilbert, P., & McGuire, M. (1998). Shame, social roles and status: The psychobiological continuum from monkey to human. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*, 99-125. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert, & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behaviour, Psychopathology and culture*, 3-36. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. & Gelsma, C. (1999). Recall of Shame and Favouritism in Relation to Psychopathology. *The British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-373.
- Gilbert, P. (2000). Social mentalities: Internal ‘social’ conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Hove: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K., Miles, J. N. V. (2001) Na exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behavior in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine* 31, 1117-1127. Cambridge University Press

- Guilbert, P. (2002). Evolutionary Approaches to Psychopathology and Cognitive Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 16 (3)
- Gilbert, P., Cheung, M.S.P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threats and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108-115.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V. & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *The British Journal of Psychology*, 43 (1), 31-50
- Gilbert, P. & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualizations, research and use in psychotherapy* (235-263). London/New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy*. Hove: Routledge.
- Gilbert, P., Baldwin, M.W., Irons, C., Baccus, J.R., Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: an imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20 (2), 183-200.
- Gilbert, P. (2005a) Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In, P., Gilbert (Ed). *Compassion: Conceptualizations, Research and Use in Psychotherapy*, 9-74. London: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199-208.
- Gilbert, P., Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
- Gross, J.J., & John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362
- Harris, R. (2006). Embracing Your Demons: an Overview of Acceptance and Commitment Therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12 (4), 2-8
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.). (2004) *Mindfulness and Acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.

- Hayes, S.C. (1994). Content, Context, and the types of psychological acceptance. In Hayes, S.C., Jacobson, N.S., Follette, V.M. & Dougher, M.J. (Eds), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy*. Reno, NV: Context Press.
- Hayes, Wilson, Strosahl, Gifford & Follette (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Hayes, S. C., Masuda, A. & De Mey, M. (2003) Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Dutch Journal of Behavior Therapy*, 2, 69-96.
- Hayes, S. C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S., Strosahl, D. K. (2004a). *A practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Ney York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guildford
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.) (2001). *Relational Frame Theory: A Post Skinnerian Account of Human Language and Cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes,S.C., Wilson, K.G., Strosahl, K., Gifford, E.V. & Follette, V.M. (1996). experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Holowaka, D.W., Salters-Pedneaut, K., & Roemer, L. (2005). *The Role of Experimental Avoidance and Rumination in Depressive Symptoms*. Poster presented in congress nual at the annual convention of the Association for Advanced of Behavior Therapy. Washington, DC.
- Leahy, R.L. (2005). A social-cognitive model of validation. In P. Gilbert (Ed.) *Compassion: Conceptualizations, Research, and Use in Psychotherapy*. London: Routledge Taylor & Francis York.
- Lewis, M. (1992). The socialization of shame: from parent to child. In Lewis, M. (Eds). *Shame: the exposed self*. New York: Free Press
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety and their*

- disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Maroco, J. & Bisppo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marôco, J. (2010). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: Reported number
- McGuire, M. T., & Troisi, A. (1998). *Darwinian psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Marx, B. & Sloan, D. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behavior Research and Therapy*, *43*, 569-583.
- Neff, K.D., Rude, S. S., Kirkpatrick, K. L (2006). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*.
- O'Connor, L; Berry, J., Weiss, J. Schweitzer, D. e Sevier, M. (2000). Survivor Guilt, Submissive Behaviour and Evolutionary Theory: The Down-Side of Winning in Social Comparison. *British Journal of Medical Psychology*, *73*, 519-530.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Block Lerner, J., LeJeune, C., & Herbert, J. D. (2004). ACT with anxiety disorders. In S. Hayes & K. Strosahl (Eds.). *A clinician's guide to acceptance and commitment therapy*, 103-132. New York: Springer.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., & Holowka, D. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: Using acceptance and mindfulness to enhance traditional cognitive-behavioral approaches. In S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York: Springer.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Depressão Ansiedade e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psycologic*, *36*, 235-246.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinto-Gouveia, J., Matos, M. (2010). Can Shame Memories Become a Key

- to Identity? The Centrality of Shame Memories Predicts Psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, 25, 281–290.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part I. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 31, 713–720.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Ridley, M. (2000). *Genome: The autobiography of a species*. London: Fourth Estate.
- Roemer, L., Orsillo, S. (2009). Uma conceptualização comportamental de problemas clínicos baseada na Aceitação. In Roemer, L., Orsillo, S. (Eds.), *A prática da terapia Cognitivo-comportamental baseada em mindfulness e aceitação*, 36-40. Brasil: The Guildford Press.
- Ruiz, F. J. (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental Psychopathology, Component and Outcome Studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162
- Shafran, R., Thordarson, D., & Rachman, S. (1996). Thought action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 379-391.
- Tangney, J., & Fischer, K. (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. (Eds.) New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P. (2002). Self-conscious emotions: The self as a moral guide. In A. Tesser, D. A. Stapel, & J. V. Wood. (Eds.), *Self and motivation: Emerging psychological perspectives*, 97-117. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford.
- Thompson, R. A. & Goodman, M. (2010). Development Of Emotion Regulation: More Than Meets The Eyr. In A.M. Kring & D. M. Sloam (Eds.), *Emotional Regulation and Psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. 38-58. New York: The Guildford Press.
- Tracy J.L., Robins R.W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: a theoretical model. *Psychology*, 15, 103–25
- Yovel, I. (2009). Acceptance and Commitment Therapy and new generation

- of cognitive Behavioral Treatments. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(4), 304-309. approaches. In Orsillo, S.M. & Roemer, L. (Eds), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. Ed. Springer.
- Watson, D., Clark, A. L., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCornick, R. A. (1995). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 15-25.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615–640
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 , 5–13.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy*. UK: Wiley.
- Wicksell, R., Reno, J., Olsson, G., Bond, F., Melin (2008). Avoidance and cognitive fusion – central components in pain related disability? Development and preliminary validation of the Psychological Inflexibility in Pain Scale (PIPS). *European Journal of Pain*, 12, 491-500.
- The Contribution of Experiential Avoidance and Anxiety Sensitivity in the Prediction of Health Anxiety
- Wheaton, M., Berman, N. & Abramowitz. J. (2010). *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 3(24). University of North Carolina at Chapel Hill.
- Webb, M., Heisler, D., Call, S., Chickering, S.A., & Colburn, T.A. (2007). Shame, guilt, symptoms of depression, and reported history of psychological mal-treatment. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1143–1153.
- Wilson, K. G. & Murrell, A. R. (2004). Values-centered interventions: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition*, 120–151. New York: The Guilford Press
- Zettle, 2005. *Get Out of Your Mind & Into Your Life: The Acceptance & Commitment Therapy*. Canada: Raincoast Books.

**Anexos**

---