



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Memórias emocionais, Auto-criticismo e Alexitimia: que contributo para a Psicopatologia

Theresa Büscher (tessa.buscher@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – sub-área de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Problemas Psicológicos e da Saúde sob a orientação de Professor Doutor José Augusto Veiga Pinto Gouveia

Memórias emocionais, Auto-criticismo e Alexitimia: que contributo para a Psicopatologia

A importância e efeito das experiências precoces com as figuras significativas tem vindo a ser âmbito de numerosas investigações, tendo-se reconhecido que, com efeito, os comportamentos dos pais e a percepção dos mesmos, por parte da criança, têm impacto no desenvolvimento e maturação do futuro adulto.

Esta investigação tem como objetivo estudar a relação entre as memórias emocionais (de vergonha parental ou de cuidado e segurança por parte dos pais), o auto-criticismo (eu inadequado, eu detestado e eu tranquilizador) a alexitimia (a dificuldade em descrever e identificar sentimentos) e a psicopatologia (depressão e ansiedade) numa população de estudantes do ensino superior da Universidade de Coimbra.

Ambicionamos ainda estudar a relação das memórias emocionais em componentes que refletem bem-estar e saúde mental, nomeadamente a auto-compaixão e o *flourishing*.

Com uma amostra de 455 participantes do sexo masculino e feminino da população estudante do ensino superior procedemos às análises necessárias para obter a informação pretendida. Dado existirem diferenças entre os géneros em algumas variáveis, realizámos as análises separadamente para a maioria dos estudos. Os dados obtidos sugerem que pais caracterizados por criticismo e vergonha representam um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de alexitimia e psicopatologia na idade adulta. Por outro lado, pais marcados por comportamentos e atitudes calorosos e afetuosos para com as crianças parecem ser um fator estimulador de saúde mental e *flourishing*, bem como de auto-compaixão. Para além disto, os resultados remetem para um efeito preditor da alexitimia no auto-criticismo e na psicopatologia, nomeadamente a depressão e a ansiedade. Verificámos ainda, que o auto-criticismo representa um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de psicopatologia (depressão e ansiedade) e que o seu efeito na mesma é moderado pela alexitimia, nomeadamente pela dificuldade em identificar sentimentos.

Palavras-chave: memórias emocionais, vergonha, calor e afeto, auto-criticismo, alexitimia, ansiedade, depressão, auto-compaixão e *flourishing*

Emotional memories, Self-criticism and Alexithymia: its contribution to Psychopathology

The importance and effect of early experiences within significant relationships has been object of inumerous studies and, in fact, it has been recognized that parental behaviors and the child's perception of them has an impact on its development and maturation.

This research aims to study the relationship between emotional memories (of parental shame or warmth and safeness), self-criticism (inadequate self, hated self and reassure self), alexithymia (difficulty describing feelings and difficulty identifying feelings) and psychopathology (depression and anxiety) in a sample of students of the Coimbra University.

Furthermore, we will analyse the association between emotional memories (of parental shame or warmth and safeness) on psychological well-being measures like self compassion and flourishing.

With our sample of 455 male and female bachelor and master degree students we realized the statistical analyses required for the pretended information. As we found differences between genders on some of our outcome variables, those studies that included these variables were calculated separately for both male and female. Data suggest that parents showing a critical and shaming behavior towards their children make them vulnerable for the later development of alexithymia and psychopathology. On the other hand, a parental style marked by warmth and affection seems to stimulate mental health, flourishing and self-compassion in adulthood. Results indicate as well that alexithymia has a significant predictive effect on self-criticism, depression and anxiety. Lastly we found that self-criticism predicts anxiety and depression and that this effect is moderated by the difficulty to identify emotions facet of alexithymia.

Key words: Emotional memories, shame, warmth a affection, self-criticism, alexithymia, anxiety, depression, self-compassion and flourishing

Agradecimentos

Ao Professor Doutor José Augusto Pinto Gouveia pela partilha de conhecimento e desafios colocados ao longo deste percurso

À Dr.^a Paula Castilho pelo apoio essencial à realização deste trabalho

Aos meus pais, pelo apoio incondicional que me têm dado e pela confiança e orgulho que têm depositado em mim

Ao meu avô

Ao Gregor

Às colegas de tese pela partilha de dicas e apoio nos momentos de dúvida

Aos colegas de estágio

Índice	
Introdução	1
I - Enquadramento conceptual	1
1. Teoria das mentalidades sociais	1
2. Das memórias emocionais à vergonha e auto-criticismo	3
3. Vergonha, auto-criticismo e psicopatologia	6
4. Alexitimia	6
4.1. Alexitimia e auto-criticismo	8
4.2. Alexitimia a psicopatologia	9
5. Memórias de calor e afeto parental, auto-compaixão e <i>flourishing</i>	10
5.1. Das memórias de calor/afeto à auto-compaixão	10
5.2. <i>Flourishing</i> como medida de saúde mental	13
II – Objectivos	14
III – Metodologia	15
1. Caracterização da amostra	15
2. Instrumentos	16
3. Procedimento	19
IV – Resultados	22
1. Estudo das diferenças entre géneros nas variáveis em estudo	22
Estudo I: Relação entre as memórias emocionais da infância, o auto-criticismo e a alexitimia	23
1.1. Estudo correlacional entre as variáveis em estudo	23
1.2. Estudo das memórias emocionais enquanto variáveis predictoras da alexitimia	25
1.3. Estudo da alexitimia enquanto variável predictoras do auto-criticismo	29
Estudo II: Relação entre as memórias emocionais, Auto-criticismo, alexitimia e psicopatologia	30
2.1. Estudos correlacional entre as variáveis em estudo	30
2.2. Estudo das memórias emocionais enquanto variáveis predictoras da sintomatologia depressiva	32
2.3. Estudo das memórias emocionais enquanto variáveis predictoras da sintomatologia ansiosa	33
2.4. Estudo do auto-criticismo enquanto variável predictoras da sintomatologia depressiva	33
2.5. Estudo do auto-criticismo enquanto variável predictoras da sintomatologia ansiosa	34
2.6. Estudo da alexitimia enquanto variável predictoras da sintomatologia depressiva	35
2.7. Estudo da alexitimia enquanto variável predictoras da sintomatologia ansiosa	36
2.8. Estudo do efeito moderador da alexitimia sobre a relação entre o auto-criticismo e a sintomatologia depressiva	37
2.9. Estudo do efeito moderador da alexitimia sobre a relação entre o auto-criticismo e a sintomatologia ansiosa	39
Estudo III: Relação entre as memórias emocionais da infância,	

<i>flourishing</i> e auto-compaixão	42
3.1. Estudo correlacional das variáveis em estudo	42
3.2. Estudo das memórias emocionais da infância enquanto variáveis preditoras do flourishing	43
3.3. Estudo das memórias emocionais da infância enquanto variáveis preditoras da auto-compaixão	44
V – Discussão	44
Diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo	44
1. Memórias emocionais da infância, auto-criticismo e alexitimia	45
Memórias emocionais e alexitimia	45
Alexitimia e auto-criticismo	46
2. Memórias emocionais da infância, auto-criticismo, alexitimia e psicopatologia	47
Memórias emocionais da infância e psicopatologia	48
Auto-criticismo e psicopatologia	49
Alexitimia e psicopatologia	51
Estudo do efeito moderador da alexitimia na relação entre o auto-criticismo e a psicopatologia	52
3. Memórias emocionais da infância, auto-compaixão e <i>Flourishing</i>	53
Efeito das memórias emocionais da infância no flourishing e na auto-compaixão	53
VI – Conclusões	55
Implicações para a prática clínica	57
Limitações do estudo e propostas futuras	57
VII – Bibliografia	58
Anexos	65

Introdução

São várias as influências às que estamos expostos ao longo do nosso percurso desenvolvimental e entre estas, surgem numa fase precoce, as experiências na relação com as figuras parentais. É já reconhecido na literatura que estas vão ter um efeito sobre a maturação cerebral (Schoore, 1998, 2001) e sobre o possível desenvolvimento de psicopatologia, tendo-se apontado a percepção dos pais como envergonhadores, críticos e negligentes como um dos estilos que vulnerabilizam a pessoa para a psicopatologia (Gilbert, 2000; 2007; Gilbert & Gerlsma, 1999; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Gilbert, Clark, Hempel, Miles, & Irons, 2004; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills, & Gale, 2009). Com esta investigação pretendemos obter dados que nos permitam confirmar e complementar o estudado, no sentido de percebermos qual a importância tanto das memórias de vergonha parental, como das experiências positivas de calor e afeto, por um lado na psicopatologia (ansiedade e depressão) e por outro, no auto-criticismo.

Um outro constructo que vamos analisar de forma mais aprofundada será a alexitimia, tanto em termos de fatores de vulnerabilidade para o desenvolvimento da mesma, bem como fator de risco para o desenvolvimento de auto-criticismo e psicopatologia. Para tal, teremos em conta a teoria dos esquemas emocionais (Leahy, 2002, 2005), que nos fornece um modelo explicativo e permite fazer a ponte, conjuntamente com a teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 2000, 2005), entre a alexitimia e o auto-criticismo (Wastell & Taylor, 2002), bem como explicar melhor a relação entre a alexitimia e psicopatologia, mais especificamente a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Não só as memórias negativas acerca do comportamento parental, mas também as positivas têm sido alvo de estudo, nomeadamente no que respeita componentes de bem-estar psicológico e saúde mental como a auto-compaixão e o *flourishing*. Não encontramos estudos que estabelecessem uma relação específica entre as memórias emocionais e auto-compaixão e o *flourishing*, apenas as considerações teóricas (Gilbert, 2000, 2005; Gilbert & Irons, 2005) apontam para a existência de uma relação. Deste modo, achámos pertinente o estudo das memórias emocionais como fator promotor da auto-compaixão e do *flourishing* na idade adulta.

I - Enquadramento conceptual

1. Teoria das mentalidades sociais

Ao longo da evolução, a espécie humana viu-se defrontada com vários desafios, como a procura de um parceiro, reprodução, cuidados dos filhos, a obtenção de cuidados pelos outros e a defesa de recursos de concorrentes. Estas tarefas levaram ao desenvolvimento de mentalidades sociais – formas de relacionamento com o outro – que trouxeram consigo a capacidade de emissão e descodificação de sinais sociais. Tais sinais podem provocar no outro emoções positivas ou negativas, informando o seu emissor acerca do

Memórias emocionais, auto-criticismo e alexitimia: que contributo para a psicopatologia

Theresa Büscher (tessa.buscher@gmail.com) 2012

sucesso ou falha no desempenho do papel, naquela situação desejado (como por exemplo, fornecer cuidados ou cooperar).

As mentalidades sociais, para além de terem uma função no sentido de guiar a pessoa para um comportamento pró social (isto é, de vivência em grupo), nascem de um conjunto de fatores internos e externos, sendo que “*podem ser vistas como co-construções emergentes dos genes e da aprendizagem, de motivos, emoções, rotinas de processamento cognitivo e comportamentos ecologicamente sensíveis que possibilitam o desempenho de estratégias através da criação de formas específicas de parcerias e papéis sociais*” (p.17, Gilbert, 2005). Criam, ainda, sequências lógicas de cognições, afeto e comportamento que permitem e facilitam a perseguição dos objetivos pretendidos (como procura de parceiro, prestar cuidados, evocar cuidados nos outros, etc.). Ao longo do nosso desenvolvimento organizamos e integramos as mentalidades sociais através da interação com o meio envolvente, facilitando a construção de sub-identidades e um sentido do eu (Gilbert, 2000, 2005, 2007).

As principais mentalidades sociais são o evocar cuidados nos outros, o prestar cuidados, a formação de alianças para cooperação, afiliação e amizades, a troca e partilha, o *ranking* social (dominância ou submissão nos vários contextos de interação) e o comportamento sexual (Gilbert, 2005), sendo que para o estudo da vergonha, do auto-criticismo e da psicopatologia se tornam especialmente relevantes as mentalidades sociais de prestação de cuidados e *ranking* social. A prestação de cuidados implica a existência de uma sensibilidade para reconhecer e responder adequadamente às necessidades que outros manifestam, sendo que este papel social é fundamental para garantir a sobrevivência dos mais novos, ou seja, a protecção e cuidado dos filhos por parte dos pais. A competição pelo *ranking*, por seu termo, compreende a competição, não necessariamente agressiva, por recursos e estatutos sociais. Implica que a pessoa seja capaz de se representar como melhor ou mais competente na luta, por exemplo pelos parceiros sexuais ou pela amizade de outras pessoas. Na base desta capacidade de representação está a comparação social, que permite a percepção daquilo que os outros têm para oferecer e, em consequência daquilo que a própria pessoa tem que demonstrar ou dar para obter o mesmo reconhecimento, regalia ou estatuto (Gilbert, 2005).

As capacidades cognitivas humanas, por sua vez, permitem a criação de flexibilidade na forma como vemos o mundo, como procuramos desempenhar as mentalidades sociais e como interpretamos os sinais sociais, contribuindo, deste modo, igualmente para a criação do eu. Estas capacidades são a teoria da mente, a representação simbólica do eu, a metacognição e a formação de crenças (Gilbert, 2005).

A teoria da mente representa a aptidão para “*compreender as outras pessoas e o que se passa nas mentes delas*” (p.35, Gilbert, 2005). Permite assim, a percepção e compreensão dos seus motivos, comportamentos, valores e conhecimentos, bem como nos facilita perceber como agir para que gostem de nós. Baseia-se na suposição de que vemos os outros como iguais e que vamos atualizando as nossas visões deles perante nova informação. Deste

modo, fornece um sentimento de pertença a um grupo, um “nós” que, por um lado, nos protege e por outro nos pode atacar ou fazer sentir como excluídos. A representação simbólica do eu e dos outros resulta da partilha de símbolos e imaginações em comunidade e também da teoria da mente. São a capacidade de enfrentar o eu ou os outros como objeto a valorizar ou julgar, permitindo o desenvolvimento de sentimentos de auto-estima, orgulho ou vergonha. A metacognição, por seu termo, reflete a aptidão de pensar os nossos pensamentos e emoções, isto é, de os avaliar e/ou julgar, dando-nos assim a capacidade de mudar as nossas crenças e criar novas. Por fim, a formação de crenças permite sistematizar os nossos pensamentos e crenças acerca do nosso funcionamento e do funcionamento dos outros e do mundo. Esta sistematização corresponde aos nossos modelos internos de funcionamento do mundo e da ligação entre as coisas (Gilbert, 2005).

2. Das memórias emocionais à vergonha e auto-criticismo

São as relações (precozes) com os outros que vão servir como modelo para a forma como nos vamos relacionar connosco próprios, do mesmo modo que as respostas que recebemos do meio, como consequência do nosso comportamento, vão influenciar a forma como nos vamos ver (a nossa identidade) (Gilbert, 2000, 2007).

São também as relações precoces que moldam o estabelecimento de padrões de ligações neuronais e, conseqüentemente a maturação e organização estrutural dos nossos cérebros (Gilbert, 2007, Schore, 1998, 2001). Os sistemas relevantes para a regulação das emoções e para a formação de representações sobre o eu e os outros situam-se nas áreas corticais, áreas estas estimuladas pelas experiências precoces de cuidado e afeto (Schore, 1998, 2001). Assim, de acordo com a experiência individual na relação com os pais, serão desenvolvidos diferentes padrões de organização cerebral que trazem consigo diferentes sensibilidades futuras (Gilbert, 2005). Enquanto que algumas pessoas tendem a encarar as relações e interações numa postura de *ranking*, ou seja de dominância ou submissão, outras mostram comportamentos mais compreensivos, empáticos e compassivos para com os outros, dependentemente da experiência que tiveram com as figuras parentais. Deste modo, as memórias formadas a partir das experiências nas relações precoces podem, por um lado ser de vergonha por parte dos pais, quando estes manifestaram atitudes de criticismo, punição e vergonha perante os comportamentos da criança, como por outro, de pais cuidadores, afetuosos e fonte de segurança (Gilbert, 2000, 2005; Gilbert & Gerslma, 1999).

As memórias de vergonha referem-se às recordações que a pessoa tem na idade adulta acerca das experiências com figuras significativas, desde os pais como figuras de vinculação aos pares na infância e adolescência. Deste modo, nestas relações, quando o eu é experienciado como “*sem valor, mau, inadequado e inferior*” (p.359, Gilbert & Gerlsma, 1999), estas experiências podem levar a um sentimento de vergonha. A repetição destas vivências durante a infância e ao longo do percurso desenvolvimental pode levar à integração dessa vergonha nas estruturas do eu (Gilbert & Gerlsma, 1999).

Existem estudos (Matos & Pinto Gouveia, 2009, 2010) que demonstram que experiências de vergonha podem tornar-se um ponto de viragem e de referência para a vida da pessoa, interpretando os acontecimentos diários em função das memórias dessas experiências. Esta centralidade das memórias de vergonha deve-se às características traumáticas que tais memórias de vergonha apresentam (Matos & Pinto Gouveia, 2009). Matos e Pinto Gouveia (2009) encontraram, ainda, que as memórias acerca das experiências passadas de vergonha estavam associadas à vergonha no momento atual e que as memórias de vergonha traumáticas se relacionavam com a psicopatologia, particularmente a depressão.

Dado este papel central das experiências de vergonha na infância e das memórias a ela associadas na idade adulta, torna-se pertinente analisar e perceber o constructo de vergonha.

Deste modo, o Dicionário da Língua Portuguesa define **vergonha** como “1 sentimento desagradável relacionado com o receio da desonra ou o ridículo; pejo; 2 timidez; acanhamento; 3 acto indecoroso; 4 sensação de perda de dignidade ou de falta de valor pessoal; humilhação; rebaixamento; 5 desonra; opróbrio; 6 coisa mal feita ou mal acabada; ...” (Porto Editora, 2006). Gilbert (1998, 2007), por sua vez, define a vergonha como a experiência interna de indesejabilidade no contexto social, ou seja, a percepção de ser alguém que não se deseja ser o que está associado a uma perda de estatuto e à desvalorização dentro do seu mundo social, do ponto de vista da pessoa. Distingue, ainda, a vergonha interna que compreende a experiência interna de julgar os próprios comportamentos, pensamentos e emoções, de acordo com os próprios princípios e regras, da vergonha externa que descreve como “a experiência do self como um agente social não atrativo” (p.22, 1998), ou seja, a forma como a pessoa prevê que os outros vão julgar os seus comportamentos ou características. Ambos tipos de vergonha estão altamente correlacionados e nem sempre surgem de forma independente (Gilbert, 1998).

Não se assume a presença de fatores genéticos que levem a uma predisposição para a vergonha, contudo, é reconhecido que experiências de abuso físico e sexual, de negligência emocional e de controlo sem afecto por parte dos pais estão ligados à vergonha (Gilbert, 1998, 2007, Gilbert et al., 2009b). Como diz Gilbert (p.27, 1998) “*Vergonha precoce e intensa tem vindo a ser identificada como uma principal fonte de mais tarde ter problemas de relacionamento interpessoal, incluindo violência.*”, sendo frequente encontrar a origem da vergonha nas interações familiares e nos grupos sociais (através de *bullying*, discriminação e preconceitos) (Gilbert, 1998, 2007). Deste modo, experiências de vergonha na família (como criticismo e expressividade emocional negativa) e as vergonhas vividas no grupo social levam ao desenvolvimento da ideia de existir na mente dos outros de forma negativa (vergonha externa, manifestada através de exclusão, evitamento da pessoa e desvalorização) que podem ser internalizadas (levando à auto depreciação e à atribuição interna) ou levar a um sentimento de humilhação.

A vergonha é uma experiência e emoção não voluntária, difícil de

controlar e são várias as emoções que lhe estão associadas, tal como ansiedade, raiva e humilhação. Enquanto que a ansiedade surge como uma emoção inseparável da vergonha, a raiva parece ser consequência da mesma, porém, como surge tão rapidamente, a pessoa não consegue separar a experiência de vergonha da vivência de raiva (Gilbert, 1998). A humilhação está associada a uma experiência de submissão por outra pessoa e implica “(1) um foco no outro e não no eu como mau; (2) atribuição externa e não interna aos acontecimentos prejudiciais; (3) um sentimento de injustiça: e (4) um forte desejo para vingança.” (Gilbert, 1998, p.10).

A vergonha encontra-se, ainda, associado ao auto-criticismo (Gilbert, 2005, 2007), uma vez que, quando experienciada precocemente com os pais ou com as figuras significativas que vão rodeando a pessoa ao longo do desenvolvimento, e quando internalizada nas estruturas do eu, aumenta a probabilidade do indivíduo desenvolver um relação do eu com o eu marcada por criticismo (Brewin, Firth-Cozens, Furnham, & McManus, 1992; Gilbert, 2005, 2007).

Assim, Gilbert e Irons (2005) explicam o **auto-criticismo** como resultado de uma relação interna “*onde uma parte do eu aponta erros, acusa, condena ou mesmo detesta o eu*” (p.265). Deste modo, são sobretudo as relações de dominância e submissão (de *ranking* social) que estão na base do auto-criticismo: há uma parte do eu que critica e a pessoa submete-se a essas críticas (em oposição ao ponto de vista dos terapeutas comportamentalistas e cognitivos que vêem o auto-criticismo como auto punição e auto avaliação negativa, respetivamente). Por outras palavras, o auto-criticismo é uma forma de relacionamento eu-eu, onde o auto ataque funciona como *bullying* e assédio interno perante o qual a pessoa assume uma postura submissa (Gilbert, 2000, 2005, 2007; Gilbert & Irons, 2005). As pessoas com baixo auto-criticismo, por sua vez, ignoram e rejeitam com facilidade este tipo de ataque (Whelton & Greenberg *in* Gilbert, 2007).

No seu estudo, Gilbert, Clark, Hempel, Miles e Irons (2004) distinguem entre dois tipos de relação eu-eu autocrítica, nomeadamente o eu inadequado, caracterizado por uma experiência interna de rebaixamento e sentimento de desadequação, em consequência a falhas e erros percebidos, e o eu detestado, expressando uma componente mais destrutiva relativamente a partes do eu percebidas como más. Como terceira dimensão do auto criticismo, apontam o eu tranquilizador que cumpre uma função redutora da agressão para consigo próprio e poderá, de acordo com os autores, estar relacionada com atitudes compassivas para consigo próprio através da recordação dos aspectos positivos do *self* e da capacidade para tolerar sentimentos de vulnerabilidade e desilusão.

Para além disto, diferencia ainda duas funções do auto-criticismo, a auto correção, como forma de melhorar e aperfeiçoar características pessoais consideradas menos adequadas e, por outro lado, a auto perseguição. Quando visto como auto corretivo, o auto-criticismo pode ser categorizado como um comportamento/estratégia de segurança, pois na confrontação com um outro mais poderoso que nos critica e ameaça é adaptativo exercermos alguma forma de auto correção e criticismo para, futuramente, controlarmos os

nossos comportamentos, de forma que estes não provoquem uma resposta de ameaça e criticismo nos outros (mais poderosos). Assim, neste contexto o auto-criticismo apazigua o próprio e o outro em situações de conflito (Gilbert, 2007). Por outro lado, a função persecutiva magoa uma parte do eu através do ódio sentido, numa tentativa de se libertar dessa mesma parte (Gilbert et al., 2004).

3. Vergonha, auto-criticismo e psicopatologia

Estudos têm vindo a demonstrar que estilos parentais (reportados em retrospectiva na idade adulta) marcados por baixo afeto, elevado controlo, rejeição ativa, subordinação (de notar que são todas componentes que, como é mencionado anteriormente, levam ao sentimento de vergonha e a uma elevada probabilidade de auto-criticismo) e vergonha são comuns nos relatos de deprimidos (Gilbert, 2007).

Ainda a propósito da depressão, são vários os estudos (por exemplo, Gilbert et al., 2004) que comprovam a existência de uma elevada associação entre o auto-criticismo e a depressão. Também a vergonha tem vindo a ser associada à sintomatologia depressiva e ansiosa (Gilbert, 1998; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills, & Gale, 2009; Robinaugh & McNally, 2010) e à psicopatologia no geral (Gilbert & Gerslma, 1999).

O conjunto de vergonha e auto-criticismo parece ainda ter um contributo para outros problemas psicológicos para além da ansiedade e depressão, nomeadamente raiva e agressão (Gilbert & Miles, 2002 *in* Gilbert & Irons, 2005), suicídio (Blatt, 1995 *in* Gilbert & Irons, 2005), alcoolismo (Potter-Efron, 2002 *in* Gilbert & Irons, 2005), perturbações da personalidade (Linehan, 1993) e alucinações auditivas em psicóticos (Gilbert et al., 2001).

4. Alexitimia

O termo alexitimia tem a sua origem etimológica no Grego e significa “sem palavras para as emoções”. Este constructo foi introduzido pela primeira vez em 1970, quando Nemiah e Sifneos observaram e estudaram o estilo cognitivo de doentes psicossomáticos, identificando um padrão de dificuldades em descrever subjetivamente emoções, uma capacidade de imaginação empobrecida e um estilo cognitivo literal e orientado para o exterior (Prazeres, 2000; Taylor, Bagby, & Parker, 1991). Assim, com base nestas observações, define-se a alexitimia como uma marcada dificuldade em expressar e descrever verbalmente emoções e em distingui-las de sensações corporais, limitações na imaginação manifestadas através de uma escassez de fantasia e um estilo de pensamento utilitário e orientado para o exterior (Sifneos, 2000; Taylor, Bagby, & Parker, 1991). Deste modo, o discurso dos indivíduos alexitímicos, quando questionados acerca de acontecimentos de vida, tende a ser muito pormenorizado em relação à realidade e contexto externo (descrição detalhada dos lugares e das datas), porém muito pobre em termos de conteúdo subjetivo e relativo à vivência pessoal e individual dos acontecimentos (Prazeres, 2000). Por outro lado, estes indivíduos tendem a manifestar e experimentar disforia, explosões de raiva ou ataques de choro que não conseguem explicar ou relacionar com

memórias ou situações específicas (Bagby, Taylor, & Parker, 1991; Prazeres, 2000).

No que concerne a etiologia deste fenómeno, os autores estão em desacordo: enquanto Krystal e Freyberger (sem data *in* Sifneos, 2000) atribuem as dificuldades descritas a uma predisposição psicológica, Nemiah e Sifneos entendem que estas se baseiam em fatores biológicos (Sifneos, 2000). Taylor (1992, 1994 *in* Prazeres, 2000), por sua vez, postula que a alexitimia é um traço de personalidade. Contudo, existe unanimidade no que diz respeito a um outro aspeto: a alexitimia é um constructo dimensional e *“não é um fenómeno de tudo ou nada admitindo-se que todos os indivíduos podem, por vezes adoptar um estilo comunicativo relativamente assimbólico”* (p. 111, Prazeres, 2000), sendo o grau da mesma variável de indivíduo para indivíduo e de doente para doente (Prazeres, 2000).

De acordo com modelo dos esquemas emocionais, a alexitimia pode ser explicada por experiências precoces nas relações parentais pouco validantes das emoções da criança (Leahy, 2002, 2003, 2005, 2007). A validação torna-se relevante, uma vez que vai testemunhar e dar valor ao sofrimento da criança, mostrando-lhe que as outras pessoas são afetadas pelo seu sofrimento. Deste modo, a validação faz a ponte entre a empatia (o reconhecimento dos sentimentos do outro) e a compaixão (o sentimento com e pela outra pessoa) (Leahy, 2005). O modelo dos esquemas emocionais propõe que diferentes tipos de estilos parentais e de vinculação vão influenciar a visão e as crenças da pessoa acerca da validação que, mais tarde, estarão na base das estratégias interpessoais de partilha da emoção e das metacognições acerca das emoções (Leahy, 2002). Assim, um estilo parental marcado por crítica e depreciação das emoções da criança terá como consequência crenças de indisponibilidade e pouca utilidade da validação levando, por um lado, a uma elevada probabilidade que haja uma maior dificuldade na identificação das emoções e, por outro, à invalidação sendo as próprias emoções encaradas como excessivas e vergonhosas (Leahy, 2005). Não só as relações precoces levam ao desenvolvimento deste padrão de crenças acerca da validação, mas também as experiências nas relações significativas ao longo da adolescência e idade adulta (Leahy, 2002, 2005). Tendo como base experiências de criticismo e invalidação face às próprias emoções, o indivíduo vai processar as emoções de modo distinto de quem teve experiências de validação. Nomeadamente, tenderá a evitar cognitivamente as emoções negativas e desagradáveis que vão surgindo (ansiedade, medo, tristeza), pois são interpretadas como inaceitáveis, incompreensíveis e com culpa (invalidadas), ou seja, como problemáticas, experienciando dissociação e entorpecimento, características associadas à alexitimia (Leahy, 2002).

Existem ainda dados de investigações que remetem igualmente para a importância das experiências precoces na interação com os outros, apontando uma série de fatores familiares relacionados com e/ou como possíveis antecedentes da alexitimia.

Nomeadamente Berenbaum e James (1994), encontraram que um dos melhores preditores da Alexitimia em estudantes universitários era ter

crescido num ambiente familiar no qual havia pouca comunicação positiva, sendo que a dificuldade em identificar e comunicar emoções resultaria da ausência de figuras que fornecem suporte e modelam a expressão não ameaçadora de emoções. Para além disto, os dados deste estudo apontam para a distinção entre os constructos de alexitimia e dissociação, estando, contudo, associados.

Num outro estudo posterior (também com estudantes universitários), Lumley, Mader, Gramzow e Kapineau (1996) mostraram que determinados tipos de disfunção familiar se relacionam com determinados aspetos da alexitimia. Especificamente, o sub ou sobre envolvimento nas preocupações de cada membro da família estavam associados à dificuldade dos jovens adultos identificarem emoções. Por outro lado, a falta de regras ou de orientação para os comportamentos encontrava-se relacionada com a tendência para o pensamento orientado para o exterior. Por fim, através de uma tarefa de desenho e escrita, concluiu-se que fracas capacidades de resolução de problemas na família se relacionavam com défices na imaginação e no pensamento simbólico.

Kooiman et al. (2004) obtiveram resultados que mostram que a falta de afeto e a sobre proteção percebidas se associam ao grau de alexitimia. Por outro lado, os autores encontraram que um estilo parental de um dos pais percebido como ideal tinha um efeito regulador/moderador na associação entre o estilo parental do outro pai percebido como não ideal e a alexitimia, indicando assim, que um pai ou uma mãe envolvido/a pode proteger o indivíduo contra o desenvolvimento de alexitimia quando a percepção do envolvimento de um dos pais é de inadequada e negativa.

Um estudo longitudinal realizado ao longo de 31 anos na Finlândia, o *Northern Finland Birth Cohort Project*, demonstrou que, para além da alexitimia estar relacionada com o facto de ser uma criança não desejada e de crescer numa família com muitas crianças, estava também associada ao desenvolvimento linguístico, sendo que quanto maior a capacidade linguística das crianças (medida ao ano de idade) menor o grau de alexitimia (Bagby & Taylor, 2004).

No que respeita a vinculação, existem também investigações nesta área que comprovam que a alexitimia se encontra associada a um estilo de vinculação inseguro, nomeadamente evitante/desligado ou preocupado/medroso (Bagby & Taylor, 2004).

Os dados anteriormente descritos apontam para a necessidade de mais estudos que forneçam informação acerca do constructo de alexitimia, principalmente numa perspetiva da vergonha e do auto-criticismo. O facto de já sabermos haver uma relação entre fatores familiares como comportamento parental e estilos de comunicação dentro da família remetem-nos também para a importância do estudo pormenorizado da relação que a Alexitimia apresenta com o auto-criticismo e a vergonha, mais especificamente a vergonha percebida por parte dos pais.

4.1. Alexitimia e auto-criticismo

Para além dos componentes acima mencionados, a alexitimia parece

estar também relacionada com a capacidade de empatia, sendo que os indivíduos alexitímicos têm alguma dificuldade em ter sentimentos de empatia para com os outros (Wastell & Taylor, 2002). Taylor (1997, *in* Wastell & Taylor, 2002) explica esta ausência de empatia pela falta de conhecimento sobre a própria experiência emocional que impede a pessoa de se colocar na situação do outro que, por sua vez, vai trazer consigo dificuldades na percepção das emoções dos outros. A empatia, por seu termo, está relacionada com a teoria da mente (Wastell & Taylor, 2002) que, de acordo com Gilbert (2005) capacita a pessoa de perceber e imaginar o que se passa na mente do outro, através da assunção básica de que o outro sente e pensa o mesmo que o próprio. Esta visão é atualizada com as experiências que a pessoa vai tendo ao longo do desenvolvimento, levando à noção de que nem sempre o outro sente da mesma forma que o próprio (Gilbert, 2005). Tal falta de empatia e ausência de capacidades de teoria da mente vai ter implicações a nível social, visto que por um lado, vai impedir o estabelecimento de relações íntimas que vão para além do contacto social no sentido mais vasto (integração numa comunidade ou grupo), pois o alexitímico terá dificuldades em perceber o que se passa na mente do outro, num nível mais individual (Wastell & Taylor, 2002) e, por outro, e de acordo com a teoria das mentalidades sociais, impede o indivíduo de desempenhar os seus papéis sociais de forma adequada. Nomeadamente, é mais provável a pessoa encarar as relações a nível do *ranking* social, e a demonstrar uma tendência a comportar-se em termos de dominância e submissão, sendo muito provável a sua submissão perante os outros. Esta submissão advém das dificuldades em representar-se (em termos de hierarquia) e comparar-se socialmente com os outros (obtendo, ou não um sentido de pertença), de forma a demonstrar “eu sou melhor/sou mais forte/tenho mais capacidades para”, dominando sobre o outro concorrente ou ganhando um sentido de pertença através da noção “eu sou igual aos outros” (Gilbert, 2005; 2007). A experiência repetida da submissão poderá ser internalizada através dos esquemas interpessoais e relacionais (Baldwin & Fergusson, 2001 *in* Gilbert et al., 2004) levando a uma relação eu-eu semelhante, isto é, uma parte do eu ameaçando, submetendo e envergonhando outra parte do eu, ou seja, levando ao auto-criticismo (Gilbert, 2000; Gilbert et al., 2004).

4.2. Alexitimia e psicopatologia

Os estudos realizados nos últimos 35 anos fornecem dados acerca da prevalência deste fenómeno nas várias perturbações psicológicas, sendo mais comum a presença de características alexitímicas em pessoas com Perturbação de Stress Pós-traumático (Monson, Price, Rodriguez, Ripley, & Warner, 2004 *in* Leahy, 2007), no abuso de substâncias, em Perturbações Alimentares, na Perturbação de Personalidade *Borderline* e em perturbações somatoformes (Sifneos, 2000; Trzepacz & Baker, 1993). Fernandes e Tomé (2001) acrescentam ainda que as características alexitímicas se encontram associadas à depressão, ansiedade, perturbações alimentares e comportamentos aditivos. A relação da alexitimia com a depressão é ainda comprovada por Culhane e Watson (2003, *in* Leahy, 2007) e Eizaguirre,

Saenz de Cabezon, Alda, Olarriaga, e Juaniz (2004, in Leahy, 2007).

Outros estudos, realizados na área da depressão com a Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) têm vindo a mostrar que há uma forte relação entre a alexitimia e a depressão, tanto na população clínica, como na população geral (Bagby & Taylor, 2004). Tendo em conta a possível relação entre auto-criticismo e a alexitimia, acima mencionada, faz sentido a alexitimia relacionar-se com a depressão, uma vez que já se sabe que o auto-criticismo também está altamente correlacionado com a depressão (Gilbert, 2000; 2007; Gilbert et al., 2004).

Porém, é escassa a investigação que forneça dados sobre a direcção da correlação da alexitimia com a psicopatologia, não esclarecendo sobre a antecedência ou precedência da alexitimia sobre a psicopatologia.

5. Memórias de calor e afeto parental, auto-compaixão e *flourishing*

5.1. Das memórias de Calor/afeto à auto-compaixão

O cuidado parental inclui vários aspetos que no seu conjunto fornecem à criança um meio ideal de crescimento e maturação, nomeadamente a protecção e o provisionamento da criança de acordo com as suas necessidades, a exposição gradual da criança ao mundo e a estimulação para a aprendizagem e socialização. Para além destes componentes, é extremamente importante que haja também calor e afeto, evocando na criança afeto positivo, permitindo, assim, a maturação dos sistemas de tranquilização e segurança. Para haver este tipo de cuidado por parte dos pais, tem que haver ativação da mentalidade social de prestação de cuidados, sendo reconhecido que há uma criança que necessita de investimento e energia para aumentar a sua probabilidade de sobrevivência e crescimento. Do outro lado, a mentalidade de procura/evocação de cuidados nos outros, através da procura da proximidade do outro e da responsividade aos sinais de cuidado do mesmo, fornece os sinais necessários para ativar a prestação de cuidados (Gilbert, 2005).

O calor, por sua vez, engloba uma variedade de qualidades como preocupação, ternura e generosidade (Gilbert, 2005) que não estão incluídas no provisão de segurança, permitindo-nos distinguir entre estes dois sistemas (MacDonald, 1992 *in* Gilbert, 2005). Assim, percebemos que podem existir relações que forneçam segurança, isto é onde há protecção e provisionamento na ausência de calor, e o seu invés, relações nas quais haja cuidado caloroso e afetuoso para o outro, na ausência de protecção de perigos (Gilbert, 2005).

Assim, definem-se três qualidades centrais do calor, a tranquilização, a partilha de afecto positivo e a segurança na relação com o outro. A tranquilização pode ser manifestada através do conter, tocar e acariciar, desativando com estes gestos emoções e comportamentos defensivos como ansiedade, tristeza e agressão (Gilbert, 2005) e estimulando a libertação de endorfinas que provocam sentimentos de segurança, bem-estar e ligação ao outro (Carter, 1998 *in* Gilbert, 2005). A partilha de afeto positivo, por seu termo, é importante pois provoca entre as pessoas sentimentos de ligação,

gostar e de apreciação. A criança que recebe sinais de afeto, aprende que é merecedora de amor e calor, experienciando o outro como não ameaçador o que, mais tarde, vai ser transportado para as relações com os pares (Gilbert, 2005). A validação empática fornecida através da partilha de afeto permite à criança uma melhor organização da sua experiência emocional, de modo a que esta não se torne ameaçadora e confusa (Schore, 1994 *in* Gilbert, 2005; Schore, 1998). Por último, a segurança na relação com o outro é fundamental, visto que na sua ausência são ativados os sistemas de ameaça que vão, em consequência, preparar o indivíduo para lutar ou para se submeter trazendo consigo emoções como ansiedade, medo e raiva. Assim, estes indivíduos tornar-se-iam muito sensíveis à rejeição, prontos para defender o seu *ranking*, e para competir com os outros (Gilbert, 2005, 2007).

Em suma, quando interagimos com os outros numa relação marcada por amor e afeto, a mentalidade de procura de cuidados é ativada e modela no cérebro estados correspondentes a essa mentalidade: prazer, felicidade e bem-estar (Gilbert, 2007). Isto é, as experiências precoces de calor, afeto e segurança vão fornecer uma base para o futuro desenvolvimento de capacidades de ser compassivo com os outros e consigo próprio, e vão promover o bem-estar, através da moldagem de padrões cerebrais de ativação das emoções de felicidade e prazer que, ao serem internalizadas desde cedo serão ativadas mais facilmente ao longo da vida (Gilbert, 2005).

Surge, então, o constructo de **compaixão** que, nas culturas ocidentais, é visto como algo direcionado para os outros e para o exterior. Ter compaixão significa ter uma postura de abertura para com o sofrimento dos outros e ser afectado por esse sofrimento, no sentido de estar comovido e emocionado com o desejo de aliviar a angústia do outro. Ao mesmo tempo, envolve a adopção de uma atitude de paciência, benevolência e não crítica ou julgadora para com a outra pessoa e o reconhecimento de que errar, tal como a imperfeição fazem parte da natureza humana (Neff, 2003a, 2003b, 2004).

Ao falarmos de auto-compaixão, aplicámos estas posturas ao nosso sofrimento: é como que se tomássemos a postura de outra pessoa em relação a nós ao sermos abertos e estarmos comovidos pelo nosso próprio sofrimento, experienciando ao mesmo tempo o desejo de cuidarmos de nós próprios e de sermos benevolentes connosco mesmos (Neff, 2004). Reconhecemos também que a *“nossa experiência faz parte da experiência humana comum”* (p. 224, Neff, 2003a).

Ter compaixão connosco próprio não significa termos pena de nós, situação na qual nos esquecemos de que os outros também têm problemas e ficamos imersos nas nossas preocupações e angústias (Neff, 2003a, 2003b, 2004). Para além disto, quem sente pena de si, sente-se afastado e desligado dos outros e do seu contexto envolvente, pois não aceita que o sofrimento é humano e que ele próprio também é um ser humano (Neff, 2003a, 2003b). Por outro lado, tão pouco se deve confundir a auto-compaixão com egocentrismo ou egoísmo, pois não significa colocar as próprias necessidades sobre as dos outros (Neff, 2003a, 2003b).

Um outro constructo do qual a auto-compaixão se distingue é a

autoestima: enquanto que a autoestima se baseia na avaliação que a pessoa faz acerca das suas competências e do seu valor, a auto-compaixão não implica uma avaliação como superior ou melhor do que os outros, antes a percepção de pertença à comunidade humana e como tal, digno de benevolência e compaixão (Neff, 2003a, 2003b).

O processo de compaixão inclui ainda um outro aspeto importante, nomeadamente a capacidade de reconhecer a relação entre as experiências próprias e dos outros através de processos metacognitivos. Tal reconhecimento permite aumentar a percepção de inter-relacionamento com o mundo e diminuir a auto absorção e sobre-identificação com o próprio sofrimento. Deste modo coloca a experiência pessoal numa perspetiva global, permitindo, assim, uma maior clareza na visão do sofrimento (Neff, 2003a, 2003b, 2004). Assim, surge o *mindfulness* como capacidade ou traço intimamente relacionado com a compaixão, pois fornece o distanciamento necessário para ter uma atitude de não julgamento dos próprios sentimentos enquanto vão surgindo, sem perder a consciência e ligação com os mesmos (Neff, 2003a, 2003b, 2004).

Deste modo, a auto-compaixão engloba três componentes centrais “1) elevada benevolência e compreensão para consigo em vez de auto-criticismo e julgamento duro; 2) ver a própria experiência como parte de uma experiência humana global do que como separada e isolada; e 3) conter os próprios pensamentos e sentimentos dolorosos numa consciência equilibrada em vez de se sobre identificar com eles” (p. 224, Neff, 2003a). Estes componentes podem ser resumidos em três fatores centrais: o calor, a condição humana e o *mindfulness* (Neff, 2003a, 2003b). Gilbert (2005), enumera como componentes da compaixão a sensibilidade e tolerância ao mal-estar, a simpatia, a preocupação com o bem-estar dos outros, a empatia, a criação de oportunidades de crescimento e mudança com calor e o não julgamento

Os estudos realizados, demonstram que a auto-compaixão está associada à saúde mental (Neff, 2003a, 2004), ao bem-estar geral (Neely, Schallert, Mohammed, & Roberts *in* Barnard & Curry, 2011; Neff, 2003a; Wei, Liao, Ku, & Schaffer, 2011) e, mais especificamente, à maior satisfação com a vida (Neff, 2003a; Barnard & Curry, 2001), com sentimentos de pertença social e a baixos níveis de auto-criticismo, depressão, ansiedade e ruminação (Neff, 2003a).

Leary, Tate, Adams, Batts e Hancock (2007) encontraram que a auto-compaixão se correlaciona negativamente com afeto negativo e que pessoas com altos níveis de auto-compaixão experienciam mais emoções positivas como relaxamento, felicidade ou orgulho quando se observam a desempenhar uma tarefa embaraçosa.

No que respeita as origens ou os contextos que estimulam o desenvolvimento de uma atitude ou traço de auto-compaixão, Neff (2003b) aponta o contexto familiar e parental na infância como tendo impacto na mesma. De um modo geral, parece que as respostas familiares de empatia e as relações marcadas por calor e apoio por parte dos pais terão o seu contributo para o desenvolvimento de uma empatia intra psíquica, isto é a

capacidade de prestar atenção às próprias emoções (Schafer, 1964, 1968, *in* Neff, 2003b) e para níveis mais elevados de auto-compaixão na idade adulta (Stolorow, Brandschaft & Atwood, 1987 *in* Neff, 2003b). Do lado oposto, aquelas crianças que tiveram pais pouco compassivos e que manifestaram elevados níveis de auto-criticismo para com a criança tendem a, posteriormente, desenvolver níveis mais baixos de auto-compaixão (Brown, 1999, *in* Neff, 2003b).

Wei, Liao, Ku e Schaffer (2011) demonstraram, ainda, que adultos com estilos de vinculação ansiosos ou evitantes manifestam níveis mais baixos de auto-compaixão.

Em relação às diferenças culturais e de gênero no desenvolvimento da auto-compaixão não há dados que forneçam informação clara, porém, em termos de níveis de compaixão ao longo da vida, parece que a adolescência surge como período de menor auto-compaixão e, deste modo, igualmente como período com níveis de auto-criticismo mais elevados (Neff, 2003b).

Percebemos então que, dadas as características acima descritas da auto-compaixão, o auto-criticismo está no polo oposto da auto-compaixão, representando um meio terapêutico de mudar as formas de auto-criticismo da pessoa (Allan & Knight, 2005; Gilbert, 2000; Gilbert & Irons, 2005). Através do acesso à mentalidade de cuidado e de compaixão é apaziguado o eu (detestado ou inadequado) no sentido de reduzir a agressão e os ataques ao mesmo (Gilbert, 2000). Para tal podem ser utilizadas memórias de calor e afeto na relação com as figuras significativas da infância (como os pais) e transportadas para a relação eu-eu, evocando, assim níveis mais elevados de auto-compaixão (Gilbert & Irons, 2005).

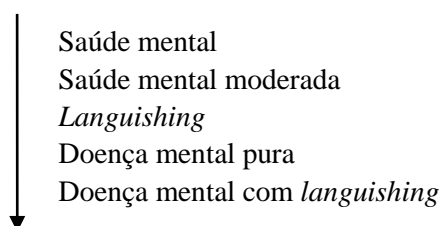
5.2. *Flourishing* como medida de saúde mental

De acordo com a Organização Mundial da Saúde a saúde mental é definida como “*um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas próprias capacidades, é capaz de lidar com o stress normal de vida, é capaz de trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir para a sua comunidade*” (WHO, 2004, p 12, *in* Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P., & Keyes, C., 2011). Esta definição engloba 3 principais componentes, nomeadamente o “*bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença*” (WHO, 2001, p.1 *in* WHO, 2005). Na base desta definição estão duas tradições: a hedónica, de cujo ponto de vista o bem-estar é caracterizado pela felicidade e presença de emoções positivas e a eudaimónica, que define o bem-estar como o funcionamento ideal em termos de vida social e individual. Deste modo, e de acordo com estas duas tradições, o bem-estar e a saúde mental seriam promovidos, por um lado pelo aumento dos sentimentos positivos enquanto se diminui a frequência dos sentimentos desagradáveis e negativos, e por outro pela percepção de satisfação do indivíduo para com a sua vida (Lamers et al., 2011).

Keyes (2005), em semelhança, conceptualiza a saúde mental tendo como base as tradições hedónicas e eudaimónicas da saúde, que se reflectem nas três principais componentes da mesma que propõe: o bem-estar emocional (tradição hedónica), o bem-estar social e o bem-estar psicológico

(tradição eudaimónica). Contudo, sugere uma visão contínua da saúde e bem-estar mental, em oposição à postura bipolar e dicotómica saúde-doença da tradição psiquiátrica (Lamers et al, 2010).

É neste contexto que surge o termo *flourishing*, do inglês “desenvolver-se e florescer” que significa a experiência do funcionamento individual como ótimo que incorpora benevolência, desenvolvimento e resiliência, bem como implica a ausência de mal-estar ou doença mental. Em oposição ao *flourishing*, o *languishing*, do inglês “lânguido” corresponde ao estado intermédio entre doença e saúde no qual a pessoa se sente vazia e oca (Fredrickson & Losada, 2005). Na conceptualização contínua de Keyes (2005) a saúde mental completa engloba a ausência de doença mental e a presença de *flourishing*, enquanto o *languishing* surge como tão disfuncional como doença mental pura, que corresponderia à presença de doença mental, conjuntamente com saúde mental moderada, ou mesmo *flourishing*. Por último define ainda como doença mental completa a presença de doença mental e de *languishing*. Assim, num contínuo que vai dos pontos extremos de saúde para doença mental, os conceitos acima descritos distribuem-se da seguinte forma (Keyes, 2005):



II-Objectivos

Na revisão da literatura, verificámos a inexistência de estudos que analisem a relação específica das memórias emocionais de vergonha parental e de cuidados e segurança durante a infância com a alexitimia e a psicopatologia. Por outro lado, ainda que se conheça a associação entre a alexitimia e várias perturbações psicológicas (e.g. Bagby & Taylor, 2004; Sifneos, 2000; Trzepacz & Baker, 1993), são escassos os estudos relativamente ao poder preditor da alexitimia sobre a psicopatologia.

No que diz respeito às dimensões relacionadas com o bem-estar, verificámos, igualmente, a ausência de estudos que procurem compreender o efeito das memórias emocionais na auto-compaixão e no *flourishing*.

Assim, achámos pertinente estudar a relação entre a presença de memórias de vergonha parental e/ou a ausência de experiências de cuidado e segurança na infância e a alexitimia, sendo esperado que estas se correlacionem com e predigam a última.

Por outro lado, tendo em conta as considerações do modelo teórico das mentalidades sociais, vamos estudar a relação entre a alexitimia e o auto-criticismo, sendo esperado que se encontrem correlacionadas positivamente e que a alexitimia tenha um poder preditor no auto-criticismo.

Em relação à psicopatologia, esperamos obter dados que indiquem que as memórias emocionais de vergonha parental se encontram correlacionadas com a sintomatologia ansiosa e depressiva e que tenham um efeito preditor na psicopatologia. Deste modo, esperamos que a presença de memórias de vergonha explique significativamente a variância na sintomatologia depressiva e ansiosa.

Em semelhança, pretendemos também estudar o efeito do auto-criticismo na psicopatologia, nomeadamente nos sintomas depressivos e ansiosos, sendo previsto que o auto-criticismo, nomeadamente o eu inadequado e o eu detestado, se correlacionem positivamente e o eu tranquilizador negativamente, com a psicopatologia. No mesmo sentido esperamos que a presença de eu inadequado e eu detestado e a ausência de um eu tranquilizador tenham um contributo significativo para a explicação dos sintomas depressivos e ansiosos.

Ainda a propósito da psicopatologia, pretendemos obter informação acerca da correlação da alexitimia com a mesma, no sentido desta ser positiva. Colocamos, ainda, a hipótese de que a alexitimia tenha um efeito preditor na sintomatologia depressiva e ansiosa.

Se as nossas hipóteses acerca da predição do auto-criticismo e da alexitimia na psicopatologia se confirmarem, ambicionamos ainda estudar até que ponto a alexitimia modera a relação entre o auto-criticismo e a psicopatologia.

No que respeita as variáveis de bem-estar e saúde mental, esperamos que estejam correlacionadas e que as memórias emocionais, isto é, a ausência de memórias de vergonha e a presença de memórias de cuidados e segurança tenham um efeito preditor na auto-compaixão e no *flourishing*.

III-Metodologia

1. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é uma amostra de conveniência e compõe-se de 455 sujeitos portugueses, estudantes do ensino superior da Universidade de Coimbra, com idades entre os 18 e 39 anos. Estão incluídos estudantes de várias faculdades desta instituição, nomeadamente de Ciências e Tecnologia, Direito, Letras, Farmácia, Medicina e Economia. Dos participantes, 40.4% são do sexo masculino (n=184) e 59.6% do sexo feminino (n=271). Os sujeitos desta amostra têm em média 20.93 anos (DP=2.744) e uma escolaridade média de 13.98 anos (DP=1.612) (ver tabela 1). Em relação ao estado civil, os participantes são maioritariamente solteiros (n=453, 99.6%) e 0.4% (n=2) são casados (ver tabela 2).

Da amostra excluíram-se os casos nos quais não foi preenchido um elevado número de itens de um ou mais questionários do protocolo e, também, os sujeitos não pertencentes à população estudantil portuguesa do ensino superior (tal como estudantes de programas de intercâmbio como o ERASMUS).

Através da estatística paramétrica do cálculo do teste *t* de *Student*

para amostras independentes verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros no que diz respeito à idade [$t(453)= 2.627$, $p=0.009$], sendo que os participantes do sexo masculino são mais velhos ($M=21.35$, $DP=3.136$) do que as participantes do sexo feminino ($M=20.63$, $DP=2.406$). Não se verificaram diferenças de significância estatística para as variáveis de anos de escolaridade [$t(453)=0.713$, $p=0.476$] (também através do cálculo do teste t de *Student* para amostras independentes) nem para o estado civil, cuja análise foi realizada através da estatística não paramétrica do cálculo do teste qui-quadrado de homogeneidade ($\chi^2=0.076$, $p=0.782$), sendo que podemos concluir que a amostra é homogênea em relação aos anos de escolaridade e ao estado civil.

	Masculino n = 184	Feminino n = 271	Total N = 455	χ^2	p
Solteiro	183	270	453	0.76	.782
Casado	1	1	2		

Tabela 1. Médias de idade e anos de escolaridade

	Masculino n = 184		Feminino n = 271		Total N = 455		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
Idade	21.35	3.13	20.63	2.40	20.93	2.74	2.62	.009
Anos de escolaridade	14.04	1.79	13.93	1.47	13.98	1.61	.71	.476

Tabela 2. Estado civil dos sujeitos da amostra

2. Instrumentos

Memórias de vergonha – Escala de Experiências de Vergonha na Infância 15 (EEVI 15)

Para avaliar as memórias de vergonha na infância aplicou-se aos participantes a Escala de Experiências de Vergonha na Infância de Dinis, Matos, Pinto Gouveia & Magalhães (2009). Esta escala consiste em 15 itens que descrevem comportamentos parentais aversivos/de vergonha (“*Sentia que o meu pai/mãe desvalorizava os meus bons desempenhos/ bom comportamento*”; “*Quando o meu pai/ mãe me castigava/batia tentava fazer com que eu sentisse que a culpa era minha: Exemplo: ‘Tu tiras-me do sério’*”) a serem cotados numa escala de *Likert* de 5 pontos (1=“nunca verdadeiro” a 5=“sempre verdadeiro”) para a mãe e o pai separadamente.

No presente estudo, para além do cálculo de valores separados relativos às memórias de vergonha da mãe e às memórias de vergonha do

pai, agruparam-se estas duas variáveis numa variável total de memórias de vergonha parental. Relativamente à consistência interna, calculada através do α de Cronbach conclui-se que as memórias de vergonha do pai e as memórias de vergonha da mãe apresentam uma boa consistência interna ($\alpha = .84$ e $\alpha = .87$, respectivamente) e as memórias de vergonha parental uma excelente consistência interna ($\alpha = .91$).

Memórias de calor parental e bem-estar - Escala de Memórias de Experiências Precoces de Cuidados e Segurança

Como meio de avaliar as memórias de calor parental e de bem-estar recorreu-se à Escala de Memórias de Experiências Precoces de Cuidados e Segurança, versão original de Richter, Gilbert e McEwan (2009) – *Early Memories of Warmth and Safeness Scale*, tradução e adaptação de Matos & Pinto Gouveia (2010). O questionário compreende 21 afirmações acerca de como a pessoa se sentia segura e cuidada na infância (“*Sentia-me seguro e protegido*”, “*Sentia-me à vontade de partilhar os meus sentimentos e pensamentos com as pessoas à minha volta*”, “*Sentia-me calmo e em paz*”), cotadas numa escala de Likert de 5 pontos (0=“*não, nunca*” a 4=“*sim, a maior parte do tempo*”). No estudo original os autores encontraram um único factor que explica 61.14% da variância e uma excelente consistência interna (α de Cronbach .97).

No nosso estudo, a escala apresenta uma excelente consistência interna com um valor de α de Cronbach .97.

Auto-criticismo - Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização

A Escala das Formas de Auto-criticismo e Auto-tranquilização, versão original de Gilbert et al. (2004) – *Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale*, tradução e adaptação de Castilho e Pinto Gouveia (2011) avalia o auto-criticismo e a auto-tranquilização das pessoas em situações de erro ou fracasso. Consiste em 22 itens cotados numa escala de Likert de 5 pontos (0=“*Não sou assim*” a 4=“*Sou extremamente assim*”). Está organizada em 3 subescalas: eu inadequado (“*penso que mereço o meu auto-criticismo*”), eu tranquilizador (“*continuo a gostar de quem sou*”) e eu detestado (“*fico tão zangado comigo mesmo que quero magoar-me ou fazer mal a mim mesmo*”).

No estudo português (Castilho & Pinto Gouveia, 2011) confirmou-se a estrutura factorial de 3 subescalas com valores de α de Cronbach de .89 para a escala de eu inadequado, .87 para a escala de eu tranquilizador e .62 para o eu detestado.

No nosso estudo as consistências internas das subescalas de eu inadequado e eu tranquilizador são boas (α de Cronbach de .82 e .84, respectivamente) e razoável para a subescala de eu detestado com um valor de α de Cronbach de .70.

Bem-estar/*Flourishing* – Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF)

O Mental Health Continuum – Short Form (Keyes et al., 2008),

tradução e adaptação portuguesa de Cherpe, Matos e André (2009) avalia o bem-estar subjectivo em 14 itens. As respostas são dadas numa escala de *Likert* de 6 pontos (0="nunca" a 5="Todos os dias"), sobre a forma como a pessoa se tem sentido no último mês. No estudo original foram encontrados 3 factores, o bem-estar emocional (α de Cronbach .70), o bem-estar social (α de Cronbach .59) e o bem-estar psicológico (α de Cronbach .67). A consistência interna da escala total é moderada (α de Cronbach .74). No estudo português foi confirmada a estrutura de 3 subescalas com consistências internas boas para o bem-estar emocional (α de Cronbach .87) e bem-estar social (α de Cronbach .83) e moderada para o bem-estar psicológico (α de Cronbach .76). Para a escala total a consistência interna é excelente com um valor de α de Cronbach de .91.

No presente estudo a consistência interna das subescalas de bem-estar psicológico (α de Cronbach .82) e bem-estar emocional (α de Cronbach .89) é boa. Para a escala de bem-estar social, o α de Cronbach obtido (.77) remete para uma moderada consistência interna.

Auto-compaixão – Self-compassion Scale (SELFCS)

A *Self-compassion Scale* (Neff, 2003) foi traduzida e adaptada por Castilho e Pinto Gouveia (2011). A escala de auto-resposta consiste em 26 itens a responder numa escala de *Likert* de 5 pontos (1="Quase nunca" a 5="Quase sempre"). No estudo de Neff (2003) a análise factorial delimitou 6 factores com consistências internas moderadas a boas: calor/compreensão (α de Cronbach 0.78), auto-crítica (α de Cronbach .77), condição humana (α de Cronbach .80), isolamento (α de Cronbach .79), *mindfulness* (α de Cronbach .75), sobre-identificação (α de Cronbach .81). A consistência interna da escala total foi boa na versão original (α de Cronbach .92).

No estudo de adaptação para a população portuguesa as consistências internas (α de Cronbach) encontradas forma moderadas a boas, nomeadamente de .89 para a escala total, .84 para o calor/compreensão, .82 para a auto-crítica, .77 para condição humana, .75 para isolamento e .78 para sobre-identificação.

No nosso estudo, para além do cálculo das 6 subescalas, calculou-se também o total de autocompaixão (através da soma total dos itens das subescalas de calor/compreensão, condição humana e *mindfulness* e dos itens invertidos das escalas de auto-crítica, isolamento e sobre-identificação), para o qual se obteve uma moderada consistência interna (α de Cronbach de .73). Nas subescalas os valores de consistência interna (α de Cronbach) foram os seguintes: .81 para calor/compreensão, .83 para auto-crítica, .71 para condição humana, .80 para isolamento, .69 para *mindfulness* e .76 para sobre-identificação, valores que remetem para uma boa consistência interna nas subescalas de calor/compreensão, auto-crítica e isolamento, moderada para condição humana e sobre-identificação e questionável para *mindfulness*. Calculámos ainda o compósito de auto-compaixão, através da soma das variáveis calor/compreensão, condição humana e *mindfulness*, para o qual obtivemos uma boa consistência interna (α de Cronbach de .85)

Psicopatologia – Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (EADS-42)

Para avaliar a presença de sintomas de psicopatologia será aplicada aos participantes deste estudo a Escala de Depressão, Ansiedade e Stress -42 Itens (EADS-42), versão original de Lovibond e Lovibond (1995) *Depression Anxiety Stress Scale – 42 items (DASS-42)*, tradução e adaptação à população portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). Este instrumento consiste em três subescalas que avaliam a depressão, ansiedade e o stress através de 42 itens sobre sintomas emocionais negativos a responder numa escala de *Likert* de 4 pontos (0=“*não se aplicou nada a mim*” a 4=“*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”). Os dados obtidos no estudo português vão ao encontro dos encontrados no estudo original, sendo que a consistência interna das subescalas é elevada e boa em ambos (para a versão original e para a versão portuguesa, respectivamente: α de Cronbach da escala de *Depressão* de .91 e .94, α de Cronbach da escala de *Ansiedade* de .84 e .90, α de Cronbach da escala de *Stress* de .90 e .93).

No nosso estudo esta escala apresenta excelentes consistências internas, nomeadamente um α de Cronbach de .95 para a escala de *Depressão*, de .91 para a escala de *Ansiedade* e de .92 para a escala de *Stress*.

Alexitimia – Toronto Alexithymia Scale 20 Revised (TAS 20-R)

A Escala de Toronto de Alexitimia de 20 itens revista foi traduzida e adaptada por Prazeres, Parker & Taylor (2000) da versão original *20 Item Toronto Alexithymia Scale* (Parker, Taylor, & Bagby, 2003). O questionário consiste em 20 itens a responder numa escala de *Likert* de 5 pontos (1=“*discordo totalmente*” a 5=“*concordo totalmente*”). Tanto na versão original como na portuguesa as análises factoriais comprovaram a presença de 3 factores: a dificuldade em identificar sentimentos, a dificuldade em descrever sentimentos e o estilo de pensamento orientado para o exterior. Os valores da consistência interna de α de Cronbach da versão portuguesa são de (para adultos normais e estudantes, respectivamente) .79 e .79 para a escala total, .80 e .83, na dificuldade em identificar sentimentos, .64 e .65, na dificuldade em descrever sentimentos e .44 e .60 no estilo de pensamento orientado para o exterior. No estudo da versão revista, os valores encontrados para o α de Cronbach foram .86 para a escala total, .80 para a dificuldade em identificar sentimentos, .76 para a dificuldade em descrever sentimentos e .71 para o estilo de Pensamento Orientado para o Exterior.

No presente estudo encontramos valores de consistência interna (α de Cronbach) de .82 para a escala total, .67 para a dificuldade em descrever sentimentos, de .85 para a dificuldade em identificar sentimentos e de .33 para o estilo de pensamento orientado para o exterior. Dado o baixíssimo valor de consistência interna da escala de estilo de pensamento orientado para o exterior decidimos não utilizar esta variável nos estudos posteriores, pois de acordo com Marôco e Garcia-Marques (2006), a probabilidade da variável/medida não ser válida é muito elevada.

3. Procedimento

Para a recolha da amostra agruparam-se os instrumentos de auto-resposta anteriormente descritos, juntamente com uma folha de rosto na qual era pedido ao participante para fornecer dados demográficos, tais como sexo, idade, anos de escolaridade, curso superior e universidade que frequenta, num protocolo. Para além dos dados demográficos, a folha de rosto continha informação acerca dos objectivos do estudo, da natureza voluntária e anónima da participação, tal como garantia a confidencialidade dos dados fornecidos.

Para atingir o público-alvo, distribuíram-se os protocolos em contexto de sala de aula, sendo que se pediram aos docentes alguns minutos no final da aula para os alunos preencherem os questionários. Por outro lado, também foram distribuídos e recolhidos protocolos numa residência universitária. Após explicação do contexto e objectivos do protocolo, os participantes, que se disponibilizaram de forma voluntária, procederam ao preenchimento dos questionários que teve uma duração média de cerca de 25 minutos.

A recolha da amostra decorreu na cidade de Coimbra, sendo que a amostra inclui sujeitos estudantes das Faculdades de Ciências e Tecnologia, Farmácia, Direito, Medicina, Letras e Economia.

Posteriormente, para analisar e interpretar os dados recolhidos nesta amostra, procedeu-se à análise estatística recorrendo-se ao programa SPSS 17.0. Neste contexto realizaram-se testes e cálculos para obter medidas de tendência central (médias), de dispersão (desvios-padrão), de comparação de grupos independentes (testes *t* de *Student* e de Qui-quadrado), de correlação de *Pearson*, regressões lineares múltiplas e de moderação.

Deste modo, e em primeiro lugar, procedeu-se ao cálculo da estatística descritiva, ou seja, as medidas de tendência central e de dispersão, nomeadamente o coeficiente de variação, através do qual foram identificados sete *outliers*. Em relação a estes casos extremos Maroco e Bispo (2003) referem que pode ser deixado ao critério do investigador se é necessária a sua eliminação, desde que sejam realizados testes posteriores que justifiquem a decisão. Tabachnick e Fidell (2007), por sua vez, colocam a hipótese de eliminar estes casos se estiverem altamente correlacionados com outras variáveis ou se não são fundamentais para as análises a realizar. Se tal não se aplicar, pode-se proceder a uma redução da influência dos *outliers* através da alteração dos valores extremos para ainda desviantes, porém menos extremos (Tabachnick & Fidell, 2007). Posto isto, e dado que os *outliers* não alteravam significativamente os resultados, mantivemos os mesmos.

Para procedermos à realização de testes paramétricos é preciso estarem assegurados os pressupostos da normalidade e homogeneidade de variância da amostra em estudo (Marôco, 2007). Assim, realizamos o teste Kolgomorov-Smirnov para testar a normalidade das variáveis dependentes, tendo-se encontrado valores de $p < .01$. Porém, visto que este teste apresenta uma elevada sensibilidade a pequenos desvios, procedeu-se à análise dos valores de assimetria e achatamento que de acordo com Kline (1998), devem ser inferiores a 3, para a assimetria, e inferiores a 7-10, para o achatamento.

Para além da nossa amostra preencher este pressuposto, podemos justificar a aplicação de testes paramétricos na nossa amostra através do Teorema do Limite Central, que postula que quanto maior o N da amostra (igual ou superior a 30), mais a média da distribuição amostral tende a aproximar-se de uma distribuição normal. Esta tendência justifica a utilização de testes paramétricos em amostras de grande dimensão (Marôco, 2007).

Posto isto, realizamos testes t de Student para amostras independentes para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros nas variáveis em estudo. Como foram encontradas diferenças significativas para algumas variáveis (eu inadequado, auto-crítica, *mindfulness*, sobre-identificação, *stress* e dificuldade em identificar sentimentos) e as significâncias não fornecem informação acerca da dimensão da diferença, apenas nos dizem que as diferenças são superiores ao esperado (Marôco, 2007), procedeu-se ao cálculo da estatística de d de Cohen e ao r^2 que nos dão informação acerca da dimensão dessas diferenças. Segundo Marôco (2007), os valores para o d de Cohen podem ser classificados da seguinte forma: $\leq .02$ pequeno; de $.20$ a $.50$ médio; entre $.50$ e 1.0 elevado e >1 muito elevado. O r^2 , em semelhança ao r de Pearson, dá informação sobre a proporção da variância na variável dependente explicada pela independente (Marôco, 2007), ou seja, no nosso estudo, quanto da variância nas variáveis em estudo é explicada pelo sexo. A classificação para o r^2 é pequeno para valores $\leq .1$, médio para valores entre $.1$ e $.25$, elevado para valores de $.25$ a $.50$, e muito elevado para valores $>.5$.

Para averiguar qual a associação e a força entre as variáveis em estudo procedemos à análise das correlações entre as mesmas através do cálculo do R de Pearson. De acordo com Pestana e Gageiro (2003), as magnitudes das correlações podem ser classificadas da seguinte forma: um R inferior a $.20$ é considerado muito baixo; entre $.20$ e $.39$ baixo; entre $.40$ e $.69$ moderado; entre $.70$ e $.89$ alto; e, por último entre $.90$ e 1 é considerado muito alto. Esta convenção será seguida ao longo desta investigação para rotular a magnitude das associações lineares encontradas.

A seguinte etapa engloba o cálculo de regressões lineares, porém para podermos realizar o mesmo terão que ser preenchidos determinados pressupostos, nomeadamente a ausência de multicolinearidade entre as variáveis em estudo e independência dos resíduos. No que respeita a multicolinearidade, esta não revelou ser problemática, pois os valores das matrizes de correlações bivariadas entre as variáveis independentes não são superiores a $.75$, limite referido por Marôco (2007). Ainda em relação à multicolinearidade, um outro indicador para esta são os valores dos Factores de Inflação da Variância (VIF) que, de acordo com Montgomery & Peck, 1982 (referido por Marôco, 2007) não podem ser superiores a 5 . Dado que este pressuposto também é preenchido, procedeu-se de seguida à análise de independência dos resíduos, segundo pressuposto necessário para as regressões lineares. A independência dos resíduos é assegurada quando os valores de Durbin-Watson se encontram dentro dos valores previstos de 0 a 4 (Marôco, 2007). Nos nossos estudos os valores encontrados aproximam-se, na sua maioria, de 2 , pelo que podemos concluir que não existe

autocorrelação positiva. Uma vez cumpridos estes pressupostos, procedeu-se à análise das regressões lineares múltiplas (método *enter*).

Por último, realizaram-se estudos de moderação através de regressões lineares múltiplas com as variáveis centradas (obtidas através da subtração da média da variável dos valores da mesma), visto que, de acordo com Marôco (2007), a utilização das variáveis centradas facilita a interpretação do efeito de moderação, uma vez que reduz o erro associado à multicolinearidade. Baron & Kenny (1989) apontam como pressuposto para o cálculo de moderações que a variável preditora e moderadora estejam ao mesmo nível no que respeita o seu efeito na variável preditora.

Em termos estatísticos, a moderação significa que uma variável (moderadora) influencia, tanto em termos de magnitude como em termos de sinal, a correlação entre a variável independente e a dependente (Baron & Kenny, 1986; Marôco, 2007). No cálculo da moderação obtêm-se três caminhos de interação: o efeito da variável preditora na variável dependente (a); o efeito da variável moderadora na variável dependente (b) e o efeito da interação da preditora com a moderadora na variável dependente (c):

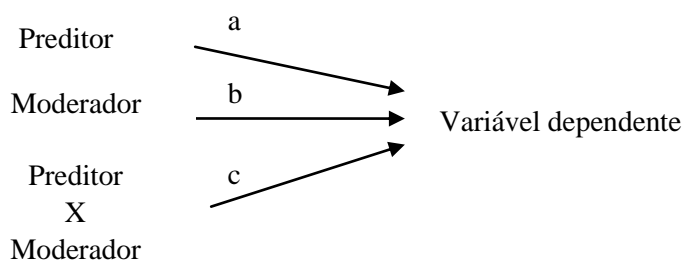


Figura1. Adaptada de Baron & Kenny (1989)

Deste modo, quando existe moderação pela variável moderadora, esta amplifica ou diminui o efeito da variável independente no dependente (Baron & Kenny, 1989; Marôco, 2007).

As moderações encontradas no nosso estudo são todas lineares, o que significa que a moderadora tem um efeito gradual e constante na relação entre a preditora e a dependente (Baron & Kenny, 1989).

IV-Resultados

1. Estudo das diferenças entre géneros nas variáveis em estudo

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre os géneros em relação às variáveis em estudo recorreu-se à estatística paramétrica do cálculo de teste *t* de Student para amostras independentes. Com esta análise encontrámos diferenças estatisticamente significativas ao nível de $p < .01$ ¹ nas dimensões de *auto crítica* [$t(453) = .902$; $p < .01$],

¹ Ver anexo 1: Tabela das diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo

mindfulness [$t(453) = 2.911; p < .01$], *sobre-identificação* [$t(453) = 3.593; p < .01$] e no total de auto-compaixão [$t(453) = -2.602; p < .01$] avaliadas pelo SELFCS. Nestas subescalas, os homens apresentam uma pontuação mais elevada do que as mulheres. Contudo, no total de auto-compaixão as mulheres pontuam mais do que os homens.

Relativamente ao auto-criticismo, verificámos que na subescala de *eu inadequado* existem, também, diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres [$t(453) = -2.460; p < .01$], sendo que as mulheres obtêm valores mais elevados nesta subescala.

No mesmo sentido, verificámos existirem diferenças estatisticamente significativas no que respeita a subescala de *stress* avaliada pelo DASS [$t(453) = -3.510; p < .01$], com as mulheres a pontuarem com valores mais elevados do que os homens.

Por último, encontrámos que as mulheres tem pontuações mais elevadas e estatisticamente significativas na *dificuldade em identificar sentimentos* [$t(453) = -3.162; p < .01$], avaliada pelo TAS 20.

Nas outras variáveis em estudo não foram verificadas diferenças de significância estatística, podendo-se assumir que não existem diferenças entre os géneros no que respeita às mesmas.

Através do cálculo do d de Cohen percebemos que as dimensões das diferenças entre os géneros são médias para o *eu inadequado* ($d = .23$) e a *auto crítica* ($d = .32$), avaliadas pela Escala das Formas do Auto-criticismo e Auto Tranquilização, o *mindfulness* ($d = .28$) e a *sobre-identificação* ($d = .34$), avaliados pelo SELFCS, o *stress* ($d = .34$), avaliado pelo DASS e a *dificuldade em identificar sentimentos* ($d = .30$), avaliada pelo TAS. Com o cálculo do r^2 , verificámos que a proporção da variância nas variáveis, explicada pelo sexo é pequena (de entre 1 a 2%) para o *eu inadequado* ($r^2 = .01$), para a *auto crítica* ($r^2 = .02$), para o *mindfulness* ($r^2 = .02$), para a *sobre-identificação* ($r^2 = .02$), para o *stress* ($r^2 = .02$) e para *dificuldade em identificar sentimentos* ($r^2 = .02$).

Com base nestes resultados, os estudos posteriores que englobem estas variáveis serão realizados separadamente para cada género.

Estudo I: Relação entre as memórias emocionais na infância, o auto-criticismo e a alexitimia

Neste estudo pretende-se obter dados que nos permitam conhecer melhor a relação entre as memórias emocionais, o auto-criticismo e a alexitimia, sobretudo a dificuldade em descrever e identificar os sentimentos.

1.1. Estudo correlacional entre as variáveis em estudo

No **sexo masculino**, os dados obtidos através do cálculo das correlações produto-momento de Pearson indicam a presença de correlações estatisticamente significativas entre as variáveis (ver tabela 1.1a).

Memórias de vergonha parental e memórias de cuidado e segurança

As memórias de vergonha parental estão correlacionadas significativamente, negativamente e com uma magnitude moderada com as

memórias de cuidado e segurança ($r=-.420$; $p< .01$).

Memórias emocionais e auto-criticismo

As **memórias de vergonha parental** estão estatisticamente significativa e negativamente correlacionadas, de magnitude baixa, com o eu tranquilizador ($r=-.411$; $p< .01$) e apresentam, ainda, correlações significativas e positivas, de magnitude baixa, com o eu detestado ($r=.261$; $p< .01$). De magnitude muito baixa é a correlação com o eu inadequado ($r=.179$; $p< .05$).

As **memórias de cuidado e segurança** correlacionam-se significativamente, num sentido positivo e de magnitude moderada, com o eu inadequado ($r=-.218$; $p< .01$) e, ainda, numa magnitude muito baixa com o eu detestado ($r=-.172$; $p< .05$). As memórias de cuidado e segurança encontram-se também correlacionadas significativamente e positivamente, com uma magnitude baixa com o eu tranquilizador ($r=.375$; $p< .01$).

Memórias emocionais e alexitimia

As **memórias de vergonha parental** apresentam uma correlação significativa e positiva, numa magnitude moderada, com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=.402$; $p< .01$) e numa magnitude baixa com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=.315$; $p< .01$).

As **memórias de cuidado e segurança**, por sua vez, correlacionam-se significativamente e negativamente, com uma magnitude moderada, com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=-.354$; $p< .01$) e com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=-.289$; $p< .01$).

Auto-criticismo e Alexitimia

O **eu detestado** apresenta uma correlação baixa, estatisticamente significativa e positiva com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=.346$; $p< .01$) e moderada com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=.434$; $p< .01$). O **eu inadequado**, por sua vez, correlaciona-se significativamente e positivamente, com uma magnitude baixa com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=.366$; $p< .01$) e com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=.385$; $p< .01$). Ainda dentro do auto-criticismo, o **eu tranquilizador** apresenta uma correlação significativa e negativa, de magnitude baixa com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=-.212$; $p< .01$) e com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=-.266$; $p< .01$).

Nos sujeitos do **sexo feminino** as correlações encontradas entre as variáveis em estudo foram as seguintes (ver tabela 11b):

Memórias de vergonha parental e memórias de cuidado e segurança

As memórias de vergonha parental estão correlacionadas significativamente, negativamente e moderadamente com as memórias de cuidado e segurança ($r=-.516$; $p< .01$).

Memórias emocionais e auto-criticismo

Identificaram-se correlações significativas, negativas e baixas entre as **memórias de vergonha parental** e o eu tranquilizador ($r=-.266$; $p< .01$). Com o eu inadequado ($r=.343$; $p< .01$) e o eu detestado ($r=.335$; $p< .01$) a correlação é significativa, positiva e de magnitude baixa.

Relativamente às **memórias de cuidados e segurança**, estas estão correlacionadas significativamente, negativamente e com uma magnitude

baixa com o eu inadequado ($r=-.324$; $p< .01$) e o eu detestado ($r=-.374$; $p< .01$). Encontram-se, ainda, correlacionadas significativamente e positivamente, com uma magnitude moderada com o eu tranquilizador ($r=.456$; $p< .01$).

Memórias emocionais e alexitimia

As **memórias de vergonha parental** apresentam uma correlação significativa, positiva e baixa com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=.317$; $p< .01$) e muito baixa com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=.186$; $p< .01$).

As **memórias de cuidado e segurança**, por sua vez, correlacionam-se significativamente, num sentido negativo e com uma magnitude baixa com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=-.268$; $p< .01$). De magnitude muito baixa é a correlação significativa e negativa das memórias de cuidado e segurança com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=-.188$; $p< .01$).

Auto-criticismo e alexitimia

No que respeita o auto-criticismo, o **eu inadequado** correlaciona-se significativamente e positivamente, com uma magnitude baixa com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=.363$; $p< .01$) e com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=.410$; $p< .01$). Semelhantemente, o **eu detestado**, apresenta correlações significativas e positivas de magnitude baixa com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=.328$; $p< .01$) e com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=.395$; $p< .01$). Por último, encontramos que o **eu tranquilizador** está correlacionado de modo significativo e negativo, com uma magnitude baixa com a dificuldade em descrever sentimentos ($r=-.341$; $p< .01$) e com a dificuldade em identificar sentimentos ($r=-.314$; $p< .01$).

1.2. Estudo das memórias emocionais enquanto variáveis preditoras da alexitimia

Seguidamente, dado que verificámos a existência de correlações significativas entre as memórias emocionais e a alexitimia, realizámos regressões lineares múltiplas (método *enter*) para verificar se as memórias emocionais da infância predizem a alexitimia na idade adulta. Ou seja, estudámos se a presença de memórias de vergonha e/ou a ausência de memórias de cuidados e segurança têm um efeito no grau de alexitimia presente na idade adulta.

Para os sujeitos do **sexo masculino**, as experiências emocionais da infância explicam significativamente 14.4% da variância da dificuldade em descrever sentimentos ($F=16.118$; $p< 0.1$) surgindo como preditora mais forte a ausência de **experiências de cuidado e segurança** ($\beta=-.257$; $p< 0.1$), seguida pelas memórias de vergonha parental ($\beta=.207$; $p< 0.1$). Por outro

Tabela 1.1a Correlações entre as memórias emocionais (memórias de vergonha parental e experiências de cuidado e segurança), auto-criticismo (eu inadequado, eu detestado e eu tranquilizador), alexitimia (dificuldade em descrever sentimentos e dificuldade em identificar sentimentos) e psicopatologia (depressão e ansiedade) na população masculina

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Memórias de vergonha parental	1								
2 Memórias de cuidado e segurança	-.420**	1							
3 Eu inadequado	.179*	-.218**	1						
4 Eu detestado	.261**	-.172*	.599**	1					
5 Eu tranquilizador	-.211**	.375**	-.135	.381**	1				
6 Dificuldade em descrever sentimentos	.315**	-.354**	.366**	.346**	-.212**	1			
7 Dificuldade em identificar sentimentos	.402**	-.289**	.385**	.434**	-.266**	.686**	1		
8 Depressão	.268**	-.248**	.438**	.478**	-.285**	.345**	.564**	1	
9 Ansiedade	.179*	-.056	.395**	.462**	-.130	.297**	.509**	.768**	1

** $p \leq .01$ * $p \leq .05$

Tabela 1.1b Correlações entre as memórias emocionais (memórias de vergonha parental e experiências de cuidado e segurança), auto-criticismo (eu inadequado, eu detestado e eu tranquilizador), alexitimia (dificuldade em descrever sentimentos e dificuldade em identificar sentimentos) e psicopatologia (depressão e ansiedade) na população feminina

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 Memórias de vergonha parental	1								
2 Memórias de cuidado e segurança	-.516**	1							
3 Eu inadequado	.343**	-.324**	1						
4 Eu detestado	.335**	-.374**	.611**	1					
5 Eu tranquilizador	-.266**	.456**	-.357**	-.495**	1				
6 Dificuldade em descrever sentimentos	.186**	-.188**	.363**	.328**	-.341**	1			
7 Dificuldade em identificar sentimentos	.317**	-.268**	.410**	.395**	-.314**	.681**	1		
8 Depressão	.356**	-.295**	.523**	.647**	-.416**	.357**	.495**	1	
9 Ansiedade	.345**	-.242**	.435**	.553**	-.303**	.329**	.485**	.793**	1

** p≤.01 * p≤.05

lado, o conjunto das memórias emocionais prediz significativamente 16,6% da variância na dificuldade em identificar sentimentos ($F=18.868$; $p < 0.1$). Nesta subescala da alexitimia, as memórias de vergonha parental são o único preditor significativo ($\beta=.349$; $p < 0.1$) (ver tabela 1.2a).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Alexitimia – Dificuldade em descrever sentimentos									
Memórias de vergonha parental	.027	2.726	.007						1.214
				16.118	.000	.144	.153	2.190	
Memórias de cuidado e segurança	-.257	-3.377	.001						1.214
Alexitimia – Dificuldade em identificar sentimentos									
Memórias de vergonha parental	.349	4.659	.000						1.214
				18.868	.000	.166	.175	2.006	
Experiências de cuidado e segurança	-.126	-1.679	.095						1.214

Tabela 1.2a Memórias emocionais enquanto predictoras da alexitimia na população masculina

Na **amostra feminina**, as memórias emocionais da infância, no seu conjunto, explicam significativamente 3.9% da variância da dificuldade em descrever sentimentos ($F=6.455$; $p < .01$). Predizem, ainda, 10.9% da variância da dificuldade em identificar sentimentos ($F=17.439$; $p < .01$), sendo que as memórias de vergonha parental são a variável com maior peso na explicação da mesma ($\beta=.243$; $p < 0.1$), seguida pelas memórias de cuidado e segurança ($\beta=.243$; $p < 0.5$) (ver tabela 1.2b).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Alexitimia – Dificuldade em descrever sentimentos									
Memórias de vergonha parental	.122	1.750	.081						1.362
				6.455	.002	.039	.046	1.941	
Memórias de cuidado e segurança	-.125	-1.786	.075						1.362
Alexitimia – Dificuldade em identificar sentimentos									
Memórias de vergonha parental	.243	3.623	.000						1.362
				17.439	.000	.109	.116	2.016	
Memórias de cuidado e segurança	-.143	-2.127	.034						1.362

Tabela 1.2b Memórias emocionais enquanto predictoras da alexitimia na população feminina

1.3 Estudo da alexitimia enquanto variável preditora do auto-criticismo

Uma vez que a alexitimia se encontra correlacionada com todas as subescalas do auto-criticismo, tornou-se pertinente verificar qual o contributo específico da alexitimia para o eu inadequado, o eu detestado e o eu tranquilizador. Deste modo, realizámos regressões lineares múltiplas (método *enter*) e verificámos que a alexitimia, isto é, a dificuldade em descrever e a dificuldade em identificar sentimentos têm um efeito preditor no eu inadequado e no eu detestado.

Nomeadamente na **população masculina**, as dificuldades alexitímicas explicam 15.9% da variância do **eu inadequado** ($F= 18.251$; $p< 0.1$), sendo que a dificuldade em identificar sentimentos é o preditor mais forte ($\beta=.254$; $p< 0.1$), seguido pela dificuldade em descrever sentimentos ($\beta=.192$; $p< 0.5$). No que diz respeito ao **eu detestado**, o modelo encontrado explica 18.3% da variância ($F= 21.558$; $p< 0.1$), surgindo a dificuldade em identificar sentimentos como única preditora significativa ($\beta=.371$; $p< 0.1$) (ver tabela 1.3a).

	β	t	p	F	p	R ²		D-w	VIF
						Adj	Δr^2		
Auto-criticismo – Eu inadequado									
Dificuldade em descrever sentimentos	.192	2.056	.041	18.251	.000	.159	.168	1.907	1.889
Dificuldade em identificar sentimentos	.254	2.723	.007						
Auto-criticismo – Eu detestado									
Dificuldade em descrever sentimentos	.091	.991	.323	21.558	.000	.183	.192	1.965	1.889
Dificuldade em identificar sentimentos	.371	4.043	.000						

Tabela 1.3a Alexitimia enquanto preditora do auto-criticismo na população masculina

No que concerne a **população feminina**, os dados encontrados são semelhantes. As dificuldades em descrever e identificar sentimentos explicam significativamente 17.5% da variância no **eu inadequado** ($F= 29.653$; $p< 0.1$), com a dificuldade em identificar sentimentos como preditora mais robusta ($\beta=.304$; $p< 0.1$), seguida pela dificuldade em descrever sentimentos ($\beta=.156$; $p< 0.5$). Relativamente ao **eu detestado**, a sua variância é explicada pela alexitimia, de modo significativo, em 15.6% ($F= 25.987$; $p< 0.1$), surgindo a dificuldade em identificar sentimentos como única preditora com significância estatística ($\beta=.320$; $p< 0.1$) (ver tabela

1.3b).

	β	t	p	F	p	R ²		D -w	VIF
						Adj	Δr^2		
Auto-criticismo – Eu inadequado									
Dificuldade em descrever sentimentos	.156	2.061	.040	29.653	.000	.175	.181	1.975	1.867
Dificuldade em identificar sentimentos	.304	4.027	.000						1.867
Auto-criticismo – Eu detestado									
Dificuldade em descrever sentimentos	.110	1.439	.151	25.987	.000	.156	.162	2.061	1.867
Dificuldade em identificar sentimentos	.320	4.190	.000						1.867

Tabela 1.3b Alexitimia enquanto preditora do auto-criticismo na população feminina

Estudo II: Relação entre memórias emocionais, auto-criticismo, alexitimia e psicopatologia

Dados os resultados obtidos no estudo I, nomeadamente de que as memórias emocionais têm um efeito preditor na alexitimia e que a alexitimia contribui para a explicação do auto-criticismo, pretendemos perceber, com as seguintes análises, qual a relação das memórias emocionais, o auto-criticismo e a alexitimia com a psicopatologia, nomeadamente a sintomatologia ansiosa e depressiva.

2.1. Estudo correlacional entre as variáveis em estudo

Para além das correlações entre as memórias emocionais, o auto-criticismo e a alexitimia, encontradas no estudo I, analisámos através do cálculo de correlações produto-momento de Pearson qual a associação das memórias emocionais, o auto-criticismo e a alexitimia com a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Na **amostra masculina**, obtiveram-se as seguintes correlações entre as variáveis em estudo (ver tabela 1.1a):

Memórias emocionais e psicopatologia

As **memórias de vergonha parental** estão correlacionadas significativamente e positivamente, numa magnitude baixa, com a depressão ($r=.268$; $p<.01$) e numa magnitude muito baixa com a ansiedade ($r=.179$; $p<.05$).

As **memórias de cuidado e segurança**, por seu termo, apresentam uma correlação significativa, negativa e baixa com os sintomas depressivos

($r=-.248$; $p< .01$). Não estão correlacionadas com a sintomatologia ansiosa.

Auto-criticismo e psicopatologia

Encontrámos que o eu inadequado ($r=.438$; $p< .01$) e o eu detestado ($r=.478$; $p< .01$) se correlacionam significativamente e positivamente, numa magnitude moderada com os sintomas depressivos. Em semelhança, a correlação do eu detestado ($r=.462$; $p< .01$) com a sintomatologia ansiosa é significativa, positiva e moderada. O eu inadaqueado, por sua vez, apresenta uma correlação significativa, positiva e baixa com a sintomatologia ansiosa ($r=.395$; $p< .01$). Por último, o eu tranquilizador correlaciona-se, com significância estatística, negativamente e com uma magnitude baixa com os sintomas depressivos ($r=-.285$; $p< .01$) e não apresenta uma correlação significativa com a ansiedade.

Alexitimia e psicopatologia

A dificuldade em descrever sentimentos correlaciona-se significativamente, positivamente e com uma magnitude baixa com a sintomatologia depressiva ($r=.345$; $p< .01$), enquanto que a dificuldade em identificar sentimentos apresenta uma correlação significativa, positiva e moderada com os sintomas depressivos ($r=.564$; $p< .01$). No que respeita os sintomas de ansiedade, encontrámos que a dificuldade em descrever sentimentos apresenta uma correlação significativa baixa com os mesmos ($r=.297$; $p< .01$). A dificuldade em identificar sentimentos está correlacionada significativamente, num sentido positivo e com uma magnitude moderada com a sintomatologia ansiosa ($r=.509$; $p< .01$).

Nos **sujeitos femininos** da nossa amostra, os resultados distinguem-se ligeiramente dos encontrados na população masculina (ver tabela 1.1b).

Memórias emocionais e psicopatologia

As memórias de vergonha parental apresentam uma correlação significativa, positiva e baixa com a depressão ($r=.356$; $p< .01$) e com a ansiedade ($r=.345$; $p< .01$). Com sentido negativo, estatisticamente significativa e baixa é a correlação entre as memórias de cuidado e segurança e a depressão ($r=-.295$; $p< .01$) e significativa, de sentido negativo e baixa com a sintomatologia ansiosa ($r=-.242$; $p< .01$).

Auto-criticismo e psicopatologia

Encontrámos correlações significativas positivas e moderadas entre a o eu inadequado ($r=.523$; $p< .01$) e o eu detestado ($r=.647$; $p< .01$) e os sintomas depressivos. A correlação do eu tranquilizador com a sintomatologia depressiva é, igualmente, significativa e moderada, contudo com sentido negativo ($r=-.416$; $p< .01$).

No que diz respeito à ansiedade, encontrámos uma correlação significativa, baixa e negativa com o eu tranquilizador ($r=.303$; $p< .01$) e correlações positivas e moderadas com o eu inadequado ($r=.435$; $p< .01$) e o eu detestado ($r=.553$; $p< .01$).

Alexitimia e psicopatologia

A dificuldade em descrever sentimentos apresenta correlações significativas, positivas e baixas com os sintomas depressivos ($r=.357$; $p< .01$) e com a sintomatologia ansiosa ($r=.329$; $p< .01$). A dificuldade em

identificar os sentimentos, por sua vez, correlaciona-se significativamente e positivamente, com uma magnitude moderada com os sintomas depressivos ($r=.495$; $p<.01$) e ansiosos ($r=.485$; $p<.01$).

2.2. Estudo das memórias emocionais enquanto variáveis preditoras da sintomatologia depressiva

O estudo correlacional demonstrou a existência de uma associação entre as memórias emocionais e a sintomatologia depressiva. Posto isto, torna-se pertinente perceber qual o contributo que estas têm na explicação da última, e se são as memórias de vergonha parental ou as memórias de cuidado e segurança na infância que melhor explicam o sintomas depressivos na idade adulta.

Deste modo, realizaram-se regressões lineares múltiplas com o método *enter* para perceber se as memórias emocionais têm algum efeito preditor na sintomatologia depressiva na população em estudo.

Verificámos que, na **população masculina**, as memórias emocionais explicam significativamente 8.1% da variância dos sintomas depressivos ($F=8.958$; $p<.01$), surgindo as memórias de vergonha parental como única variável preditora do modelo ($\beta=.203$; $p<.05$). Note-se que as memórias de cuidado e segurança não revelaram um poder preditor, encontrando-se, porém, no limiar de significância estatística (ver tabela 2.2a).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Memórias de vergonha parental	.203	2.574	.011						1.214
Memórias de cuidados e segurança	-.155	-1.970	.050	8.958	.000	.081	.091	2.277	1.214

Tabela 2.2a Memórias emocionais enquanto preditoras da vulnerabilidade para a depressão população masculina

Na **população feminina**, as memórias emocionais contribuem significativamente com 13.9% para a explicação da variância da sintomatologia depressiva ($F=22.264$; $p<.01$), sendo que, as memórias de vergonha parental são o preditor mais forte ($\beta=.275$; $p<.01$), seguidas pelas memórias de cuidado e segurança ($\beta=-.157$; $p<.05$) (ver tabela 2.2b).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Memórias de vergonha parental	.275	4.165	.000						1.824
Memórias de cuidados e segurança	-.157	-2.377	.018	22.264	.000	.139	.145	2.277	1.824

Tabela 2.2b Memórias emocionais enquanto predictoras da sintomatologia depressiva na população feminina

2.3. Estudo das memórias emocionais enquanto variáveis predictoras da sintomatologia ansiosa

Em semelhança ao estudo anterior, pretendemos com esta análise verificar qual o poder explicativo das memórias emocionais na sintomatologia ansiosa, uma vez que verificamos que as memórias de vergonha parental se correlacionam com os sintomas ansiosos.

Calculamos regressões lineares múltiplas e verificamos que na **amostra masculina** as memórias emocionais predizem de modo significativo, embora com significância menor do que no estudo da predição da sintomatologia depressiva, 2.4% da variância na sintomatologia ansiosa ($F=3.207$; $p < .05$). As memórias de vergonha parental são o único preditor que apresenta significância estatística neste modelo ($\beta=.203$; $p < .05$) (ver tabela 2.3a)

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Memórias de vergonha parental	.203	2.502	.013						1.214
Experiências de cuidados e segurança	.056	.695	.488	3.207	.043	.024	.035	2.122	1.214

Tabela 2.3a Memórias emocionais enquanto predictoras da sintomatologia ansiosa na população masculina

Nos **sujeitos femininos**, os dados apontam para um poder preditor mais elevado das memórias emocionais, sendo que o seu conjunto explica significativamente 11.8% da variância nos sintomas de ansiedade ($F=19.041$; $p < .01$). Também nesta população surgem as memórias de vergonha parental como único preditor significativo ($\beta=.300$; $p < .01$) (ver tabela 2.3b).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Memórias de vergonha parental	.300	4.494	.000						1.362
Experiências de cuidados e segurança	-.087	-1.306	.193	19.041	.000	.118	.125	1.922	1.362

Tabela 2.3b Memórias emocionais enquanto predictoras da sintomatologia ansiosa na população feminina

2.4. Estudo do auto-criticismo enquanto variável preditora da sintomatologia depressiva

Memórias emocionais, auto-criticismo e alexitimia: que contributo para a psicopatologia

Theresa Büscher (tessa.buscher@gmail.com) 2012

Ainda que não seja inovador, pretendemos estudar o efeito do auto-criticismo nos sintomas depressivos, uma vez que na nossa amostra há diferenças entre os géneros, no que respeita o eu inadequado. Deste modo, pretendemos verificar se essas diferenças se reflectem também numa distinção no nível da sintomatologia psicopatológica.

Assim, através do cálculo da regressão linear múltipla (método *enter*) analisámos o poder preditor do auto-criticismo na sintomatologia depressiva.

Nos **sujeitos masculinos** o modelo total do auto-criticismo explica significativamente 27.1% da variância nos sintomas depressivos ($F=23.675$; $p<.01$). O eu detestado é o preditor mais robusto ($\beta=.267$; $p<.01$), seguido pelo eu inadequado ($\beta=.258$; $p<.01$) e, em último lugar, pelo eu tranquilizador ($\beta=-.148$; $p<.05$) (ver tabela 2.4a).

	β	t	p	F	p	R ²	Δr^2	D-w	VIF
						Adj			
Eu inadequado	.258	3.249	.001						1.584
Eu detestado	.267	3.135	.002	23.675	.000	.271	.283	2.096	1.819
Eu tranquilizador	-.148	-2.156	.032						1.188

Tabela 2.4a Auto-criticismo enquanto preditor da sintomatologia depressiva na população masculina

De notar que na **amostra feminina** o auto-criticismo explica significativamente 44.9% da variância da sintomatologia depressiva ($F=74.200$; $p<.01$), valor que se distingue do encontrado na população masculina, sendo que na população feminina o auto-criticismo tem um contributo muito superior (mais 17.8%).

Todas as subescalas do auto-criticismo surgem como preditores significativos, sendo o eu detestado que prediz mais fortemente a variabilidade na sintomatologia depressiva ($\beta=.473$; $p<.01$), seguido pelo eu inadequado ($\beta=.194$; $p<.01$) e pelo eu tranquilizador ($\beta=-.113$; $p<.05$) (ver tabela 2.4b).

	β	t	p	F	p	R ²	Δr^2	D-w	VIF
						Adj			
Eu inadequado	.194	3.384	.001						1.606
Eu detestado	.473	7.679	.000	74.200	.000	.449	.455	2.039	1.856
Eu tranquilizador	-.113	-2.175	.031						1.332

Tabela 2.4b Auto-criticismo enquanto preditor da sintomatologia depressiva na população feminina

2.5. Estudo do auto-criticismo enquanto variável preditora da sintomatologia ansiosa

Tal como no estudo da predição do auto-criticismo na sintomatologia depressiva, pretendemos verificar se os diferentes níveis de eu inadequado nos homens e mulheres se reflectem também numa distinção dos níveis de

sintomatologia ansiosa.

Deste modo, relativamente ao poder preditor do auto-criticismo na sintomatologia ansiosa verificámos que, na **amostra masculina**, o conjunto do auto-criticismo explica significativamente 22.4% da variância nos sintomas de ansiedade ($F=15.584$; $p < .01$). O eu detestado é o preditor mais robusto neste modelo ($\beta=.367$; $p < .01$), seguido pelo eu inadequado ($\beta=.180$;

	β	t	p	F	p	R ²	Δr^2	D-w	VIF
						Adj			
Eu inadequado	.180	2.195	.029						1.584
Eu detestado	.367	4.183	.000	15.584	.000	.224	.236	2.055	1.819
Eu tranquilizador	.035	.487	.627						1.188

$p < .05$) (ver tabela 2.5a).

Tabela 2.5a Auto-criticismo enquanto preditor da sintomatologia ansiosa na população masculina

Na **amostra feminina**, o auto-criticismo explica significativamente 31.4% da variância dos sintomas de ansiedade ($F=42.129$; $p < .01$), valor que se destaca novamente, uma vez que é superior ao da população masculina, surgindo o eu detestado como preditor mais forte ($\beta=.445$; $p < .01$) seguido pelo eu inadequado ($\beta=.153$; $p < .05$) (ver tabela 2.5b).

	β	t	p	F	p	R ²	Δr^2	D-w	VIF
						Adj			
Eu inadequado	.153	2.400	.017						1.606
Eu detestado	.445	6.477	.000	42.129	.000	.314	.321	1.994	1.856
Eu tranquilizador	-.028	-.489	.625						1.332

Tabela 2.5b Auto-criticismo enquanto preditor da sintomatologia ansiosa na população feminina

2.6. Estudo da alexitimia enquanto variável preditora da sintomatologia depressiva

Em linha com os estudos anteriores, pretendemos analisar o efeito das características alexitímicas nos sintomas depressivos. Para tal calculámos, novamente, regressões lineares múltiplas, de forma a obtermos dados acerca da capacidade preditora da alexitimia nos sintomas depressivos.

Nos participantes do **sexo masculino**, a alexitimia dá um contributo significativo de 31.4% para a variância dos sintomas depressivos ($F=42.297$; $p < .01$). Contudo, apenas a dificuldade em identificar sentimentos apresenta significância estatística na explicação da variância dos sintomas depressivos ($\beta=.619$; $p < .01$) (ver tabela 2.6a).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Dificuldade em descrever sentimentos	-.080	7.361	.341	42.927	.000	.314	.322	2.264	1.889
Dificuldade em identificar sentimentos	.619	-.955	.000						1.889

Tabela 2.6a Alexitimia enquanto preditora da sintomatologia depressiva na população masculina

Nos **sujeitos femininos** da amostra, a alexitimia explica significativamente 24.1% dos sintomas depressivos ($F=43.770$; $p<.01$). Tal como na população masculina, apenas a dificuldade em identificar sentimentos tem um contributo estatisticamente significativo ($\beta=.470$; $p<.01$) para a sintomatologia depressiva (ver tabela 2.6b).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Dificuldade em descrever sentimentos	-.037	.509	.611	43.770	.000	.241	.246	1.939	1.867
Dificuldade em identificar sentimentos	.470	6.491	.000						1.867

Tabela 2.6b Alexitimia enquanto preditora da sintomatologia depressiva na população feminina

2.7. Estudo da alexitimia enquanto variável preditora da sintomatologia ansiosa

Em continuação do estudo da alexitimia como preditora da sintomatologia depressiva, procura-se, neste estudo, perceber qual o contributo da alexitimia para os sintomas ansiosos na nossa amostra.

Calculámos regressões lineares múltiplas e verificámos que nos **sujeitos masculinos** a alexitimia explica 25.6% da variância nos sintomas de ansiedade ($F=32.422$; $p<.01$). A dificuldade em identificar sentimentos é o único preditor que apresenta significância estatística ($\beta=.576$; $p<.01$) (ver tabela 2.7a).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Dificuldade em descrever sentimentos	-.098	-1.123	.263	32.422	.000	.256	.264	2.168	1.889
Dificuldade em identificar sentimentos	.576	6.572	.000						1.889

Tabela 2.7a Alexitimia enquanto preditor da sintomatologia ansiosa na

população masculina

Nos **sujeitos femininos** da nossa amostra a alexitimia tem um contributo de 22.9% para a variância da sintomatologia ansiosa ($F=41.158$; $p < .01$). Como único preditor robusto do modelo encontramos a dificuldade em identificar sentimentos ($\beta=.487$; $p < .01$) (ver tabela 2.7b).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Dificuldade em descrever sentimentos	-.003	-.038	.969	41.158	.000	.229	.235	1.991	1.867
Dificuldade em identificar sentimentos	.487	6.667	.000						1.867

Tabela 2.7b Alexitimia enquanto preditor da sintomatologia ansiosa na população feminina

2.8. Estudo do efeito moderador da alexitimia sobre a relação entre o auto-criticismo e a sintomatologia depressiva

Visto que os estudos anteriores demonstraram que a alexitimia, nomeadamente a dificuldade em identificar sentimentos tem um contributo relevante para a explicação da variância da depressão, bem como o auto-criticismo, vamos analisar, seguidamente, se a alexitimia tem um papel moderador na relação entre o auto-criticismo e a sintomatologia depressiva.

Na **população masculina** da nossa amostra, verificámos, através da regressão linear múltipla com as variáveis centradas e a interacção das variáveis centradas, que a alexitimia tem realmente um papel moderador no contributo do auto-criticismo para os sintomas depressivos ($\beta=.143$; $p < .01$). Todas as variáveis, no seu conjunto, explicam 38.5% da variância da vulnerabilidade para a depressão ($F=39.229$; $p < .01$) (ver tabela 2.8a).

O gráfico 2.8 foi elaborado com os valores baixos (um desvio padrão abaixo da média), médios (média) e altos (um desvio padrão acima da média) de eu inadequado e dificuldade em identificar sentimentos para tornar mais claro o efeito da alexitimia sobre a relação do eu inadequado com a sintomatologia depressiva. Compreendemos, assim, que indivíduos com valores altos de dificuldade em identificar sentimentos apresentam valores mais elevados de sintomas depressivos, em comparação com aqueles que apresentam uma dificuldade em identificar sentimentos média e baixa. De notar, ainda, que os homens com elevado nível de eu inadequado e baixa dificuldade em identificar sentimentos apresentam menos sintomas depressivos do que aqueles que têm uma elevada (alta) dificuldade em identificar sentimentos e baixo nível de eu inadequado (ver gráfico 2.8a).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Eu inadequado	.259	4.123	.000	39.229	.000	.385	.395	2.127	1.174

centrado				
Dificuldade em identificar sentimentos				
centrado	.438	6.877	.000	1.209
Eu inadequado				
centrado X				
Dificuldade em identificar sentimentos				
centrado	.143	2.428	.016	1.035

Tabela 2.8a Efeito moderador da alexitimia na relação entre o auto-criticismo e a sintomatologia depressiva na população masculina

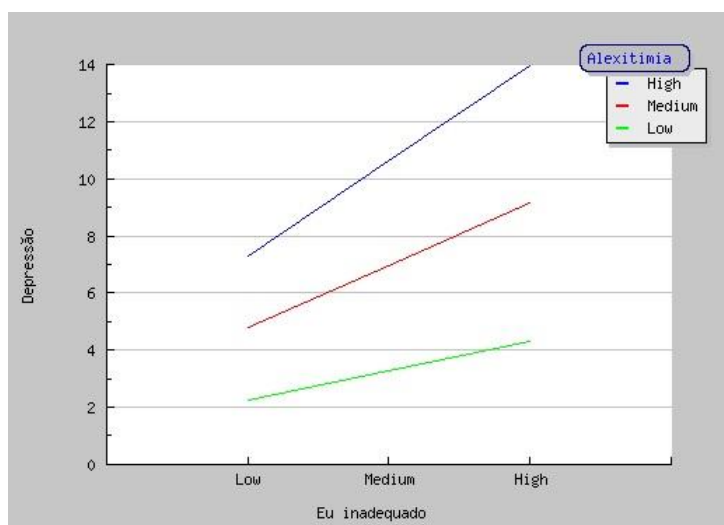


Gráfico 2.8a Alexitimia como moderadora do efeito do eu inadequado na sintomatologia depressiva na população masculina

Na amostra de **sujeitos femininos**, em semelhança à amostra masculina, a dificuldade em identificar sentimentos tem um efeito moderador na relação entre o eu inadequado e a sintomatologia depressiva, visto que a interação entre o eu inadequado centrado e a dificuldade em identificar sentimentos centrada demonstram significância estatística ($\beta=.166$; $p<.01$). O modelo total do eu inadequado centrado, conjuntamente com a dificuldade em identificar sentimentos centrada e a interação entre ambas, explica significativamente 38.9% da variância nos sintomas depressivos ($F=58.286$; $p<.01$) (ver tabela 2.8b).

O gráfico 2.8b fornece informação acerca do efeito do eu inadequado na dificuldade em identificar sentimentos, consoante diferentes níveis de dificuldade em identificar sentimentos (baixo, médio, alto), sendo que as mulheres com elevados níveis de dificuldade em identificar sentimentos apresentam mais sintomas depressivos do que aquelas com níveis médios ou baixos de dificuldade em identificar sentimentos. De notar que o efeito da dificuldade em identificar sentimentos é inferior na população feminina, sendo que um nível elevado de eu inadequado e baixo

de dificuldade em identificar sentimentos reflete-se em níveis de sintomatologia depressiva semelhantes aos dum nível elevado de alexitimia e baixo de eu inadequado.

	β	t	p	F	p	R ²	Δ r ²	D-w	VIF
						Adj			
Eu inadequado centrado	.370	7.076	.000						1.210
Dificuldade em identificar sentimentos centrado	.359	6.832	.000	58.286	.000	.389	.396	1.935	1.219
Eu inadequado centrado *									
Dificuldade em identificar sentimentos centrado	.166	3.461	.016						1.015

Tabela 2.8b Efeito moderador da alexitimia na relação entre o auto-criticismo e a sintomatologia depressiva na população feminina

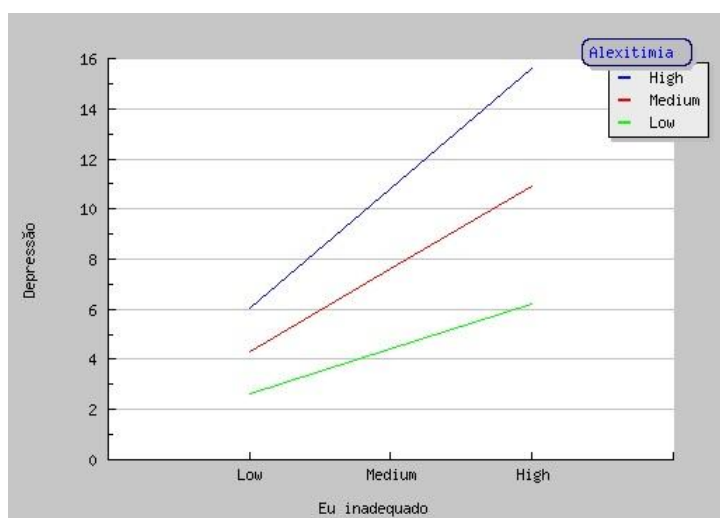


Gráfico 2.8a Alexitimia como moderadora do efeito do eu inadequado na sintomatologia depressiva na população feminina

2.9. Estudo da alexitimia enquanto variável moderadora do efeito do auto-criticismo na sintomatologia ansiosa

Tal como estudamos o efeito moderador da alexitimia na relação do eu inadequado com a sintomatologia depressiva, pretendemos, neste estudo, analisar se a dificuldade em identificar sentimentos tem um efeito semelhante sobre a relação do eu inadequado com a sintomatologia ansiosa.

Com o cálculo de regressões lineares múltiplas com as variáveis eu inadequado e dificuldade em identificar sentimentos centradas e a sua

interacção (isto é o produto das variáveis centradas), verificámos que, na **população masculina**, a dificuldade em identificar sentimentos tem um papel moderador sobre o efeito do eu inadequado nos sintomas de ansiedade ($\beta=.152$; $p<.05$). O modelo global das variáveis centradas explica 31.6% da variância na sintomatologia ansiosa ($F=29.228$; $p<.01$) (ver tabela 2.9a).

O gráfico 2.9a demonstra que o efeito do eu inadequado sobre a ansiedade é aumentado pela dificuldade em identificar sentimentos consoante os níveis de dificuldade em identificar os sentimentos. Especificamente, mostra que os homens que apresentam níveis elevados de dificuldade em identificar sentimentos têm mais sintomas de ansiedade do que aqueles com níveis médios ou baixos de dificuldade em identificar sentimentos. Saliente-se que mesmo os indivíduos com elevados níveis de eu inadequado e baixos níveis de dificuldade em identificar sentimentos apresentam menos sintomatologia ansiosa do que aqueles com baixo eu inadequado e elevados níveis de dificuldade em identificar sentimentos (ver gráfico 2.9a).

	β	t	p	F	p	R ²	Δ r ²	D-w	VIF
Eu inadequado centrado	.234	3.532	.001						1.174
Dificuldade em identificar sentimentos centrado	.391	5.813	.000	29.228	.000	.316	.328	2.125	1.209
Eu inadequado centrado * Dificuldade em identificar sentimentos centrado	.152	2.438	.016						1.035

Tabela 2.9a Alexitimia enquanto moderadora do efeito do eu inadequado na sintomatologia ansiosa na população masculina

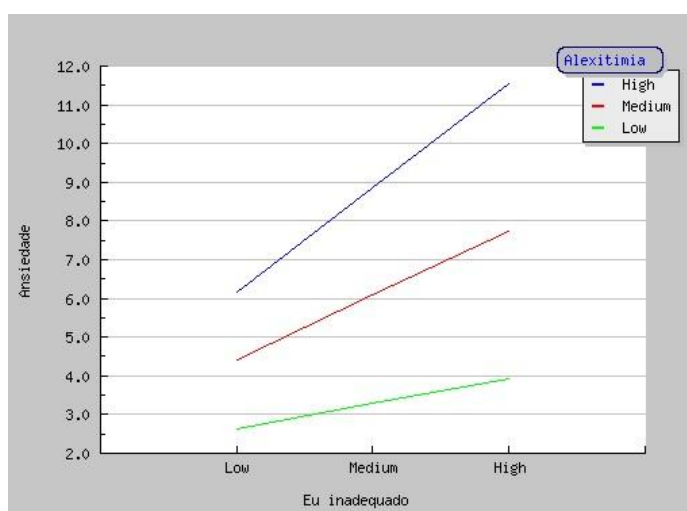


Gráfico 2.9a Alexitimia como moderadora do efeito do eu inadequado

sintomatologia ansiosa na população masculina

Na **população feminina** verificámos, em semelhança à amostra masculina, que a dificuldade em identificar sentimentos modera o efeito do eu inadequado na sintomatologia ansiosa ($\beta=.110$; $p<.05$), sendo que o modelo no seu total explica 30.7% da variância na sintomatologia ansiosa ($F=40.779$; $p<.01$) (ver tabela 2.9b).

O gráfico 2.9b demonstra que o efeito do eu inadequado sobre os sintomas de ansiedade é amplificado pela alexitimia, consoante os níveis de dificuldade em descrever os sentimentos. Com efeito, igualmente ao verificado na população masculina, as mulheres que apresentam níveis altos de dificuldade em identificar sentimentos têm mais sintomas ansiosos que aquelas que apresentam níveis médios ou baixos. Apenas as mulheres que tenham um nível de eu inadequado médio conjuntamente com uma dificuldade em identificar sentimentos média apresentam o mesmo nível de sintomatologia ansiosa que aquelas com elevada dificuldade em identificar sentimentos e baixo eu inadequado.

	β	t	p	F	p	R ²	Δr^2	D-w	VIF
Eu inadequado centrado									
	.275	4.931	.000						1.210
Dificuldade em identificar sentimentos centrado									
	.382	6.829	.000	40.779	.000	.307	.314	1.942	1.219
Eu inadequado centrado * Dificuldade em identificar sentimentos centrado									
	.110	2.155	.032						1.015

Tabela 2.9b Alexitimia enquanto moderadora do efeito do auto-criticismo na sintomatologia ansiosa na população feminina

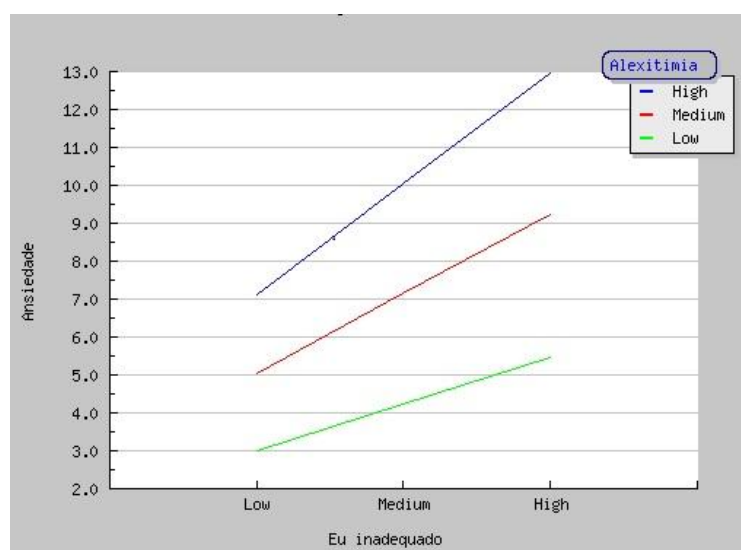


Gráfico 2.9a Alexitimia como moderadora do efeito do eu inadequado na sintomatologia ansiosa na população feminina

Estudo III: relação entre as memórias emocionais da infância, *flourishing* e auto-compaixão

Se numa primeira parte desta investigação estudámos o efeito das memórias emocionais e do auto-criticismo na psicopatologia, interessa-nos, igualmente, estudar qual a relação entre as memórias emocionais, a auto-compaixão e o *flourishing*, componentes mais associadas ao bem-estar e saúde mental.

As análises deste estudo foram realizadas no total da amostra, visto que não foram verificadas diferenças entre os géneros nas variáveis aqui estudadas.

3.1 Estudo correlacional entre as variáveis em estudo

Através do cálculo de correlações de Pearson verificámos que todas as variáveis deste estudo se encontram correlacionadas com significância estatística (ver tabela 3.1).

Memórias emocionais na infância e *flourishing*

As **memórias de vergonha parental** apresentam correlações significativas, negativas e baixas com o bem-estar emocional ($r=-.216$; $p<.01$), o bem-estar social ($r=-.206$; $p<.01$) e o bem-estar psicológico ($r=-.225$; $p<.01$). As **experiências de cuidado e segurança**, por sua vez, apresentam correlações significativas, num sentido positivo, baixas com o bem-estar emocional ($r=.373$; $p<.01$), o bem-estar social ($r=.306$; $p<.01$) e com o bem-estar psicológico ($r=.375$; $p<.01$).

Memórias emocionais e auto-compaixão

As **memórias de vergonha parental**, do mesmo modo que nas subescalas do *flourishing*, estão correlacionadas significativamente, num sentido negativo e com uma magnitude baixa com a auto-compaixão ($r=-.232$; $p<.01$). As **memórias de cuidado e segurança** correlacionam-se significativamente, positivamente com uma magnitude baixa com a auto-compaixão ($r=.325$; $p<.01$).

Auto-compaixão e *flourishing*

A auto-compaixão apresenta correlações significativas e positivas, de magnitude baixa com o bem-estar emocional ($r=.274$; $p<.01$) e com o bem-estar social. De magnitude moderada e positiva (igualmente estatisticamente significativa) é a correlação entre a auto-compaixão e o bem-estar psicológico ($r=.446$; $p<.01$).

Correlação entre as medidas do *flourishing*

O bem-estar emocional correlaciona-se significativamente e positivamente, numa magnitude moderada com o bem-estar social ($r=.493$; $p<.01$) e o bem estar psicológico ($r=.610$; $p<.01$).

	1	2	3	4	5	6
1-Memórias de vergonha parental	1					
2-Memórias de cuidado e segurança	-.479**	1				
3-Bem-estar emocional	-.216**	.373**	1			
4-Bem-estar social	-.206**	.306**	.493**	1		
5-Bem-estar psicológico	-.225**	.375**	.610**	.639**	1	
6-Auto-compaixão	-.232**	.325**	.274**	.283**	.446**	1

Tabela 3.1 Estudo correlacional entre as memórias emocionais, *flourishing* e auto-compaixão

3.2. Estudo das memórias emocionais da infância enquanto variáveis preditoras do *flourishing*

Pretende-se com este estudo, analisar o contributo das memórias emocionais para a variância do *flourishing* na idade adulta, uma vez que foram verificadas correlações significativas entre as memórias emocionais e o *flourishing*.

Ao procedermos ao cálculo de regressões lineares múltiplas, verificámos que as memórias emocionais têm um poder preditor nas variáveis do *flourishing*. Designadamente, explicam significativamente 13.6% da variância do **bem-estar emocional** ($F= 36.559$; $p < 0.1$), sendo que a presença de memórias de cuidado e segurança é a única preditora significativa ($\beta=.349$; $p < 0.1$). De forma semelhante, as memórias de cuidado e segurança são o único preditor robusto ($\beta=.266$; $p < 0.1$) na explicação de 9.3% da variância do **bem-estar social** ($F= 24.052$; $p < 0.1$). O **bem-estar psicológico**, por sua vez, é explicado em 13.9% ($F= 37.354$; $p < 0.1$) pelas memórias emocionais, tendo como único preditor com significância estatística as memórias de cuidado e segurança ($\beta=.347$; $p < 0.1$) (ver tabela 3.2).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D -w	VIF
<i>Flourishing</i>: bem-estar emocional									
Memórias de vergonha parental	-.049	-0.985	.325						1.229
Memórias de cuidado e segurança	.349	6.982	.000	36.559	.000	.136	.140	2.004	1.229
<i>Flourishing</i>: bem-estar-social									
Memórias de vergonha parental	-.079	-1.539	.125						1.229
Memórias de cuidado e segurança	.266	5.197	.000	24.052	.000	.093	.097	1.931	1.229
<i>Flourishing</i>:bem-estar psicológico									
Memórias de vergonha parental	-.058	-1.173	.241						1.229
Memórias de cuidado e segurança	.347	6.952	.000	37.354	.000	.139	.143	2.038	1.229

cuidado e
segurança

Tabela 3.2 Memórias emocionais enquanto predictoras do *flourishing*

3.3. Estudo das memórias emocionais da infância enquanto predictoras da auto-compaixão

Tal como no estudo das memórias emocionais enquanto predictoras do *flourishing*, procedemos ao cálculo de regressões lineares múltiplas.

Deste modo, encontrámos que as memórias emocionais predizem significativamente 11.2% da variância na auto-compaixão ($F=29.360$; $p < 0.1$), sendo que as memórias de cuidados e segurança são o único predictor neste modelo ($\beta=.283$; $p < 0.1$) (ver tabela 3.3).

	β	t	p	F	p	R ² Adj	Δr^2	D-w	VIF
Memórias de vergonha parental	-.096	-1.095	.057						1.299
Memórias de cuidados e segurança	.283	5.600	.000	29.360	.000	.112	.116	1.833	1.299

Tabela 3.3 Memórias emocionais enquanto variáveis predictoras da auto-compaixão

V-Discussão

Diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo

Através do cálculo de testes *t* de Student encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os géneros para algumas variáveis do nosso estudo.

No que diz respeito às dimensões da auto-compaixão, os homens, participantes neste estudo, apresentam níveis mais elevados de auto-crítica, *mindfulness* e sobre-identificação. Por outro lado, as mulheres apresentam níveis superiores de auto-compaixão.

Estes dados vão, por um lado ao encontro dos estudos realizados por Neff (2003a), nos quais foi verificado que os homens apresentavam níveis superiores de *mindfulness*, porém, por outro, opõem-se aos estudos (Neff, 2003a; Yarnell & Neff, 2012), que encontraram níveis superiores de auto-compaixão para os homens.

Contudo, o efeito do género nas várias dimensões da auto-compaixão permanece ainda pouco esclarecido, pois tanto os dados encontrados pelos estudos, como as explicações a nível teórico são contraditórios. Se de um lado é esperado que as mulheres sejam mais empáticas e focadas no grupo, levando a que sejam mais auto-compassivas do que os homens, por outro, tem-se vindo também a confirmar que são mais auto-críticas e, por tal, menos auto-compassivas (Neff, 2003b).

No que diz respeito ao auto-criticismo, averiguámos que as mulheres do nosso estudo apresentam níveis superiores de eu inadequado. Este resultado aponta para uma tendência das mulheres para formarem uma relação eu-eu marcada por sentimentos de desadequação, como consequência da internalização de experiências de vergonha (Gilbert, 2000, 2005; Gilbert, et al., 2004). Ora, se no nosso estudo não encontrámos níveis superiores de vergonha parental para as mulheres, o elevado nível de eu desadequado poderá ter resultado, não de uma infância marcada por mais experiências de vergonha parental, mas de uma maior sensibilidade para as experiências de vergonha e a maior tendência ou facilidade em integrar essas experiências na formação do *self*. Esta sensibilidade e tendência de integração, por sua vez, poderá estar relacionada com o fato das mulheres serem, como foi referido anteriormente, mais focadas no grupo e por tal, mais sociotrópicas, isto é mais dependentes da gratificação social (Neff, 2003b). Por outro lado, este dado poderá também ter resultado de um nível mais elevado de dificuldade em identificar sentimentos, que como verificámos em estudos posteriores, contribui para a explicação do auto-criticismo.

Em relação à dificuldade em identificar sentimentos, mais elevada na população feminina deste estudo, esta poderá igualmente ser explicada por uma maior sensibilidade às experiências precoces na infância, onde experiências de que as suas emoções são excessivas e a maior tendência para integrar estas experiências, dificultam a identificação das próprias emoções na idade adulta.

Para além disto, encontrámos que as mulheres apresentam, também, níveis superiores no que respeita o *stress* que poderá ser a reflexão do efeito conjunto de níveis mais elevados de eu inadequado e dificuldade em identificar sentimentos e inferiores de *mindfulness*.

1. Memórias emocionais, auto-criticismo e alexitimia

As memórias emocionais, de um ponto de vista das mentalidades sociais estão associadas ao auto criticismo (Gilbert, 2007; Gilbert et al., 2004). Desconhece-se, porém, qual a relação entre as memórias emocionais e a alexitimia, bem com entre a alexitimia e o auto criticismo. Com este estudo pretendemos obter dados que esclareçam estas relações.

Memórias emocionais e alexitimia

Visto que é reconhecido na literatura que as experiências precoces têm um papel importante na maturação cerebral (Schore, 1998, 2001) e na formação de esquemas emocionais (Leahy, 2002, 2003, 2005), colocámos a hipótese de que as memórias emocionais teriam o seu contributo no desenvolvimento da alexitimia, nomeadamente na dificuldade em descrever e identificar sentimentos.

Os resultados do nosso estudo vão ao encontro da nossa hipótese, pois tanto as memórias de pais envergonhadores como de pais calorosos se encontram associadas à dificuldade em descrever e identificar sentimentos em ambas as populações (sexo masculino e feminino), como verificámos no

estudo correlacional. Mais especificamente, através do cálculo de regressões lineares múltiplas, verificámos que, na amostra masculina, tanto as memórias de vergonha parental com as memórias de cuidado e segurança na infância explicam a presença da dificuldade em descrever sentimentos na idade adulta. Entre os dois tipos de memória, é a ausência de memórias de cuidado e segurança na infância que explica melhor a presença de dificuldade em descrever sentimentos.

No que diz respeito à dificuldade em identificar sentimentos, encontrámos que apenas a presença de memórias de vergonha parental na infância contribui para o desenvolvimento de dificuldade em identificar sentimentos na idade adulta.

Nos sujeitos femininos da nossa amostra, as memórias emocionais, no seu conjunto prediziam muito pouco da dificuldade em descrever sentimentos, não surgindo um preditor mais forte, no entanto, relativamente à dificuldade em identificar sentimentos, as memórias emocionais têm um efeito maior, sendo que é a presença de memórias de pais envergonhadores que melhor explica a variância nos níveis da mesma, ainda que a ausência de memórias de cuidado e segurança também tenha o seu contributo, porém inferior.

Estes dados confirmam a nossa hipótese, pois perante a ausência dum meio estimulador da partilha de emoções, é mais provável a criança, no futuro, ter dificuldade em descrever os seus sentimentos aos outros (Leahy, 2002). Efetivamente, a formação de esquemas emocionais e crenças acerca da validação, caracterizadas por uma visão dos outros como não validantes dos sentimentos (consequência de pais pouco afetuosos e calorosos e envergonhadores e críticos), vai impedir a partilha de emoções com os outros (Leahy, 2002, 2003, 2005, 2007).

Por outro lado, as experiências de vergonha acerca das próprias emoções levarão a que a criança sinta que estas são excessivas e merecedoras de crítica, o que mais tarde, através da repetição destes padrões ao longo do desenvolvimento, tem como consequência que tenha dificuldade em identificar os próprios sentimentos (Leahy, 2005).

Alexitimia e auto-criticismo

Propusemos a hipótese da alexitimia – a dificuldade em descrever e identificar sentimentos – ter um efeito preditor nas variáveis negativas do auto-criticismo – o eu inadequado e o eu detestado –, hipótese esta, que o nosso estudo veio a confirmar.

Observámos, no estudo correlacional, que os homens da nossa amostra que apresentavam mais dificuldade em identificar e descrever os seus sentimentos também tinham níveis mais elevados de eu inadequado e detestado. Ainda que as duas componentes da alexitimia estivessem associadas ao auto-criticismo, apenas a dificuldade em identificar sentimentos surgiu como preditora do eu detestado. No eu inadequado, ambas as componentes da alexitimia contribuía para a explicação, porém, mais fortemente, a dificuldade em identificar sentimentos.

Semelhantemente, na população feminina do nosso estudo,

verificámos, na análise das correlações, que as dificuldades em descrever e identificar sentimentos estavam associadas ao eu inadequado e detestado. Para além da dificuldade em descrever os sentimentos também ter o seu contributo, a dificuldade em identificar sentimentos prediz mais robustamente a variância do eu inadequado. Por outras palavras, o défice nas capacidades para expressar aquilo que a pessoa sente e também a incapacidade de reconhecer os sentimentos que se experiencia vai contribuir para o desenvolvimento de uma relação eu-eu marcada por sentimentos de desadequação perante a experiência desses défices. Para além disto, a incompetência, no que respeita a identificação dos próprios sentimentos e emoções, representa, também, um fator de risco para a formação de uma visão de si como odiado e não merecedor de compaixão, calor e afeto.

Ora, tendo em conta os modelos teóricos, este resultado parece fazer sentido, na medida em que se pode estabelecer uma relação entre a alexitimia, a empatia e o papel social de *ranking*. A própria experiência da incapacidade no reconhecimento das próprias emoções traz consigo um défice na aptidão de empatia para com os outros (Wastell & Taylor, 2002) e, visto que a empatia está relacionada com capacidades de teoria da mente, terá como consequência um défice na realização dos seus papéis sociais. Ao compreender que não é apto a nível social, o indivíduo terá uma tendência para vivenciar as relações em termos de dominância e submissão, sendo elevada a probabilidade de se submeter aos outros, pois não terá meios para se representar (aquilo que é e sente) na interação com os outros. Quando as relações são repetidamente marcadas por experiências de submissão por parte dos outros, o indivíduo alexitímico irá criar uma visão de si como inadequado e/ou detestado formando uma relação *self-self* marcada por auto-criticismo (Gilbert, 2000, 2005, 2007; Gilbert & Irons, 2005).

Estes resultados representam também uma possível explicação para o fato de termos encontrado diferenças entre os homens e as mulheres participantes deste estudo, no que respeita os níveis de auto-criticismo: se podemos estabelecer esta relação de predição entre a alexitimia e o auto-criticismo, o fato das mulheres apresentarem níveis superiores de eu inadequado poderá explicar também um nível mais elevado na dificuldade em identificar sentimentos (em comparação com os homens).

2. Memórias emocionais, auto-criticismo, alexitimia e psicopatologia

Tem-se vindo a reconhecer a importância das experiências precoces com as figuras significativas na infância, por um lado porque vão contribuir para a formação de memórias acerca dessas experiências que terão implicações a nível de psicopatologia (Matos & Pinto Gouveia, 2009) e, por outro, porque influenciam a maturação cerebral e criam padrões neuronais de funcionamento que vão, igualmente ter impacto no desenvolvimento de psicopatologia (Schore, 1998, 2001). No mesmo sentido, é reconhecido que o auto criticismo tem o seu contributo para a psicopatologia (Castilho, 2011; Gilbert, 2000, 2005, 2007). Dentro destes constructos, a alexitimia é o menos estudado, sabendo-se, porém, que há uma associação entre a mesma e

vários tipos de psicopatologia (Sifneos, 2000; Taylor & Bagby, 2004).

Memórias emocionais da infância e psicopatologia

Dado que a literatura remete para o impacto das experiências precoces no posterior desenvolvimento e maturação da criança (Schore, 1998, 2001; Perris & Andersson, 2000) e também na psicopatologia (Gilbert, 2000; 2007; Gilbert & Gerlsma, 1999; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2009b), colocamos a hipótese das memórias emocionais, por um lado de vergonha parental, isto é, uma recordação dos pais como envergonhadores, críticos e pouco validantes e por outro, de calor e afeto, ou seja, pais que acalmaram, mostraram calor e criaram um ambiente de segurança, terem um efeito preditor na psicopatologia, nomeadamente, na sintomatologia depressiva e ansiosa.

Verificamos que, no que respeita os sujeitos masculinos do nosso estudo, e de acordo com o estudo correlacional, quanto mais elevados os níveis de memórias de vergonha parental e menores os níveis de experiências de cuidado e segurança na infância, mais sintomas depressivos apresentam na idade adulta. Ao analisarmos os resultados das regressões lineares múltiplas, averiguámos que não é a ausência de memórias de cuidados e segurança, mas sim a presença de memórias de pais envergonhadores que explica melhor a sintomatologia depressiva na idade adulta. Deste modo, o fato de não ter tido pais que proporcionassem um meio seguro, marcado por calor e afeto, não representa um risco para ter sintomas depressivos na idade adulta, antes é a memória de pais que envergonharam e foram críticos, em relação aos comportamentos e atitudes manifestas durante a infância, que demonstra vulnerabilizar os homens da nossa amostra para desenvolver sintomas depressivos na idade adulta.

Relativamente à ansiedade, e ainda na população masculina, comprovámos no estudo correlacional, que as memórias de vergonha parental durante a infância estão associadas aos sintomas de ansiedade na idade adulta, não existindo porém, nenhuma correlação entre a última e a ausência de memórias de cuidado e segurança. Em semelhança ao que acontece na predição das memórias emocionais na sintomatologia depressiva, e em concordância com a informação obtida no estudo correlacional, apenas as memórias de vergonha parental predizem os sintomas depressivos na idade adulta. Então, compreendemos que a presença de memórias de pais que criaram um ambiente humilhador e envergonhador na interação com a criança, representa um fator contribuinte para o desenvolvimento de sintomatologia ansiosa, posteriormente, na idade adulta. A ausência de memórias de uma relação caracterizada por calor, afeto, segurança e cuidados não coloca a criança em risco de mais tarde desenvolver sintomas depressivos.

Curiosamente, a população feminina do nosso estudo apresenta resultados que se distinguem dos da população masculina. Para além de tanto as memórias de vergonha parental, como as memórias de cuidados e segurança durante a infância estarem associadas à sintomatologia depressiva e ansiosa (dado obtido no estudo correlacional), o peso das memórias

emocionais na explicação da psicopatologia é maior.

Após a realização de regressões lineares múltiplas verificámos que a presença de memórias de vergonha parental, conjuntamente com a ausência de memórias de cuidados e segurança durante a infância, representa um fator de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva na idade adulta. Porém, as memórias de vergonha parental durante a infância predizem mais robustamente os sintomas depressivos. Melhor dizendo, pais, por um lado recordados como não calorosos, não transmitindo à criança o sentimento de segurança e proteção, e por outro, e principalmente, recordados como críticos, punitivos e fazendo a criança sentir-se ridícula, vulnerabilizam as mulheres da nossa amostra para desenvolver, na idade adulta, sintomatologia depressiva.

Os sintomas ansiosos, por sua vez, são, na população feminina, explicados apenas pela presença de memórias de vergonha parental durante a infância. Quer dizer que, as recordações de pais como humilhadores, críticos e punitivos, independentemente de fornecerem ou não um meio protetor e caloroso, aumentam a probabilidade e põe a criança em risco de, na idade adulta, ter mais sintomas ansiosos.

Estes resultados confirmam a investigação (e.g. Castilho, 2011; Gilbert & Perris, 2000; Gilbert & Miles, 2000; Gilbert et al., 2009b) que tem vindo a demonstrar o efeito das experiências aversivas com as figuras parentais na infância – pais críticos, negligentes ou mesmo abusadores – na psicopatologia.

Para além disto, a teoria das mentalidades sociais fornece-nos um modelo explicativo desta relação das memórias emocionais com a psicopatologia. Aqueles indivíduos que tiveram experiências precoces negativas com as figuras significativas, terão uma maior tendência para ativar o sistema de ameaça (Gilbert & Miles, 2000), tanto nas relações com os outros, como na relação com o eu. Esta vivência de ameaça por parte dos outros ou de uma parte do eu vai, por sua vez aumentar a perceção de necessidade de competir pelo *ranking* (Gilbert, 2000, 2005), resultando na tentativa de se representar como competente e merecedor de estatuto e regalias. Porém, como é confirmado pela investigação (e.g. Gilbert, 2007; Matos & Pinto Gouveia, 2009), as mesmas experiências aversivas que levam à activação do sistema de ameaça, quando integradas na estrutura do eu, evocam na pessoa sentimentos e atitudes perante si próprio marcados por vergonha, incompetência e humilhação. Assim, na competição pelos recursos, é provável a pessoa submeter-se perante os próprios sentimentos de incapacidade para competir, submissão esta, associada à psicopatologia (Cheung, Gilbert, & Irons, 2004; Gilbert et al., 2003).

Auto-criticismo e psicopatologia

Colocámos a hipótese de que o auto-criticismo, nomeadamente a visão de um eu como inadequado, detestado ou a ausência de um eu tranquilizador estariam associados a uma maior vulnerabilidade para a psicopatologia, especificamente à sintomatologia depressiva e ansiosa.

Comprovámos, através da análise das correlações, que uma postura de

ódio e inadequação perante o *self* e a incapacidade de auto tranquilização estão associadas aos sintomas de depressão, tanto na população masculina como feminina do nosso estudo. Isto significa que um aumento no eu detestado e inadequado, bem como uma diminuição do eu tranquilizador estão associados a um aumento dos sintomas depressivos. Mais especificamente, verificámos após a realização de regressões lineares múltiplas, que a presença de um eu detestado nos homens da nossa amostra predizia mais fortemente a sintomatologia depressiva, tendo em conta, que o eu inadequado também apresentava significância estatística, bem como a ausência de eu tranquilizador, contudo num grau inferior.

No que respeita as mulheres participantes no nosso estudo, percebemos que, em semelhança ao encontrado na população masculina, é o eu detestado que melhor explica a a sintomatologia depressiva e, num grau mais atenuado, o eu inadequado e, com significância ainda menor, a ausência de capacidades auto tranquilizadoras. Salienta-se aqui, que o contributo explicativo do auto-criticismo para os sintomas depressivos é muito superior na população feminina, sendo que explica quase metade da variância dos sintomas de depressão, em comparação com, aproximadamente um terço, na população masculina.

Este resultados, quando vistos à luz da literatura e dos estudos realizados, parecem fazer sentido, uma vez que na literatura é considerado que a relação eu-eu marcada pelo ódio ou por sentimentos de desadequação, em comparação com os outros, tem na sua base a integração de padrões precoces de crítica e vergonha por parte das figuras significativas. Tal contribui para que a pessoa encare as relações em termos de *ranking* e competitividade e, ao mesmo tempo, tenda a submeter-se, pois os outros apresentam, do ponto de vista dela, mais recursos e capacidades (Gilbert, 2000, 2005, 2007; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert et al., 2009a). A partir destas experiências a pessoa forma uma visão do *self* como inferior, desadequado e merecedor de críticas e ódio. Quando surge esta relação eu-eu caracterizada por ódio e criticismo, a pessoa pode sentir-se abatida, submetida e derrotada perante as críticas e ódio que uma parte do eu manifesta para com a outra. Esta submissão e o abatimento aumentarão, por sua vez, o risco da pessoa desenvolver humor deprimido e sintomas depressivos (Allen & Knight, 2005; Castilho, 2011; Gilbert, 2000, 2005, 2007; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert et al., 2009a; Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003).

No que concerne o efeito do auto-criticismo na **ansiedade**, encontrámos no estudo correlacional que o eu inadequado e o eu detestado se encontravam associados à sintomatologia ansiosa nos participantes do género masculino da nossa amostra, sendo que aumento no eu inadequado e no eu detestado implica também um aumento nos sintomas de ansiedade. A presença de um eu tranquilizador não estava associado à sintomatologia ansiosa. Por um lado, este resultado surpreende, na medida em que, tendo em conta a literatura (Gilbert, 2000; 2005; Gilbert et al, 2004) seria esperado que um a capacidade de auto tranquilização, isto é, de evocar uma postura de cuidado e acalmar para consigo próprio estivesse associada a uma

diminuição dos sintomas ansiosos. Contudo, por outro lado, quando a pessoa apresenta relações com o eu caracterizadas por sentimentos de desadequação e ódio, o eu tranquilizador parece não ser suficiente para prevenir ou impedir o desenvolvimento de sintomas ansiosos. Tal também é refletido no modelo de predição, no qual o eu detestado e o eu inadequado explicam quase uma quarta parte da variância na sintomatologia ansiosa. Neste contributo, uma relação eu-eu marcada por ódio surge como tendo maior peso do que uma relação eu-eu caracterizada por sentimentos de desadequação.

Na população feminina, por sua vez, verificámos existirem diferenças em relação ao sexo masculino, pois no estudo correlacional, todos os componentes do auto-criticismo – eu detestado, eu inadequado e eu tranquilizador – se encontram associados aos sintomas ansiosos, isto é, quando observámos um aumento no eu detestado e inadequado e uma diminuição na auto tranquilização, observámos também, um aumento na sintomatologia ansiosa. Apesar destas diferenças, quando analisado o poder preditor destas três dimensões, verificámos que surge, em semelhança ao que acontece na população masculina, o eu detestado como melhor preditor dos sintomas ansiosos, seguido pelo eu inadequado. Por outras palavras, quando as mulheres apresentam uma relação com o eu marcada, por um lado por ódio e, por outro, por inadequação, é provável que, mais tarde desenvolvam sintomatologia ansiosa.

Tendo em conta a teoria das mentalidades sociais, percebemos que, dada a predominância do papel de *ranking*/dominância-submissão nos indivíduos auto críticos (Gilbert, 2000, 2005, 2007), podemos explicar o aumento nos níveis de emoção negativa, particularmente de sintomas de ansiedade, pela ativação do sistema de ameaça. Em vez de se sentir abatida e derrotada perante o próprio ódio, tal como acontece quando a pessoa apresenta mais sintomatologia depressiva em consequência ao auto-criticismo, a pessoa sente-se ameaçada, preparando-se, então, para enfrentar e lutar contra essa ameaça, o que traz consigo um aumento na ativação, ou seja de sintomas de ansiedade. Porém, o sentimento de inadequação por uma parte do eu levará à perceção de que a pessoa não tem os recursos necessários para competir e lutar, tendo como consequência a submissão perante a ameaça, submissão esta, também associada à vulnerabilidade para a psicopatologia (Castilho, 2011; Cheung, Gilbert, & Irons, 2004; Gilbert et al., 2003).

Alexitimia e Psicopatologia

Existem vários estudos que comprovam a associação da alexitimia com a psicopatologia (e.g. Fernandes e Tomé, 2001; Sifneos, 2000; Trzepacz & Baker, 1993), permanecendo, porém, pouco clara qual a direção desta associação. Assim, e tendo em conta as considerações do modelo teórico das mentalidades sociais (Gilbert, 2000, 2005) e dos esquemas emocionais (Leahy, 2002), propusemos que a alexitimia teria um efeito preditor na psicopatologia (sintomatologia depressiva e ansiosa).

De facto, os resultados do estudo correlacional vão ao encontro do sugerido, pois encontrámos que, em ambos os géneros, níveis mais elevados

de dificuldade em descrever e identificar sentimentos se encontravam associados a um aumento nos níveis de sintomas de ansiedade e depressão.

Contudo, quando procedemos à análise das regressões lineares múltiplas, percebemos que apenas a dificuldade em identificar sentimentos explica o contributo da alexitimia, tanto para os sintomas depressivos como para os sintomas ansiosos na população masculina a feminina. Deste modo, compreendemos que é a dificuldade na identificação dos sentimentos experienciados que traz consigo um maior risco de desenvolvimento de sintomas depressivos e ansiosos, e não tanto, o défice nas capacidades de descrição e expressão dos próprios sentimentos às outras pessoas.

Estes dados seriam expectáveis, pois a dificuldade em descrever sentimentos, visto que é uma componente que está mais relacionada com a comunicação com os outros teria mais provavelmente consequências a nível das interações sociais e não tanto a nível intrapessoal. A investigação também já tem vindo a fornecer dados que demonstram que dificuldade em identificar sentimentos é mais relevante na explicação da depressão do que a dificuldade em descrever sentimentos (Liss, Mailloux, & Erchull, 2008). Uma hipótese explicativa do impacto da dificuldade em identificar sentimentos na vulnerabilidade para a psicopatologia seria que, de acordo com o modelo dos esquemas emocionais, um indivíduo alexitímico tenderia a evitar cognitivamente emoções negativas quando surgem, de modo a que fique preocupado, evite as situações que provocam as emoções/mal-estar e tenha um estilo cognitivo marcado pela ruminação (Leahy, 2005). Esta preocupação e ruminação, quando excessiva poderá levar a níveis de ansiedade mais elevados, bem como as suas suposições acerca da validação emocional (por exemplo “as pessoas que me estão mais próximas deveriam perceber o que sinto sem eu ter que lhes comunicar verbalmente”) poderão refletir expectativas muito elevadas em relação à validação por parte dos outros (Leahy, 2005), aumentando a probabilidade de não serem realizadas e, em consequência trazerem consigo um humor mais triste e deprimido.

Para além das considerações a nível teórico mencionadas, Lee e Guajardo (2011) encontraram, no seu estudo, que a alexitimia, mais especificamente a faceta da dificuldade em identificar sentimentos está relacionada com a depressão, mediando a relação entre o neuroticismo e a mesma. Também Honkalampi e colaboradores (2010) encontraram que, ainda que a alexitimia não tivesse um efeito preditor na Perturbação Depressiva *Major*, explicava um terço da variância da sintomatologia depressiva. Melhor dizendo, as facetas da alexitimia não são suficientes para explicar a presença da Perturbação Depressiva *Major*, porém, explicam um terço da variância na sintomatologia depressiva, subclínica.

Estudo do efeito moderador da alexitimia no do auto-criticismo e a psicopatologia

Visto termos verificado que tanto o auto-criticismo, como a alexitimia representam uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de níveis mais elevados de depressão e ansiedade (ainda que sub clínicos), achámos pertinente estudar se a alexitimia modera o efeito do auto-criticismo (eu

inadequado) na psicopatologia, isto é, se a alexitimia amplifica ou diminui o efeito da presença do auto-criticismo no risco para desenvolver níveis mais elevados de depressão ou ansiedade.

Decerto, encontramos que a interação da dificuldade em identificar sentimentos com o eu inadequado explica significativamente níveis elevados, não clínicos, de depressão e ansiedade nos homens e nas mulheres participantes da nossa investigação. Por outras palavras quanto mais elevados os níveis de dificuldade em identificar sentimentos tanto mais sintomatologia depressiva ou ansiosa (sub clínica) têm os sujeitos auto críticos do nosso estudo.

De um ponto de vista da teoria das mentalidades sociais isto significa que aqueles indivíduos cuja relação com o *self* é marcada pelo sentimento de inadequação e que percebem as relações em função de dominância e submissão, ou seja, tendem a competir pelo estatuto nas relações sociais e a experienciar-se como desadequados e, portanto, sendo submissos perante os outros e o próprio sentimento de desadequação e crítica (Gilbert, 2000, 2005, 2007), terão um maior risco para desenvolver níveis mais elevados de depressão quando apresentam dificuldade em identificar os sentimentos. Este efeito da alexitimia pode ser melhor compreendido tendo em conta a ligação deste constructo com as capacidades de empatia e teoria da mente (Wastell & Taylor, 2002): ao ter dificuldade em identificar as próprias emoções, a pessoa vai ter défices no que respeita a empatia para com os outros, tendo também dificuldade em representar-se perante os outros, pois não consegue transmitir o que sente e necessita. Tais dificuldades levarão à tendência de se submeter aos outros na competição pelos recursos (como calor e afeto por parte dos outros) aumentando, assim, como é comprovado pela investigação (Allen & Knight, 2005; Gilbert, 2000, 2005, 2007; Gilbert & Irons, 2005; Gilbert et al., 2009a; Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey, & Irons, 2003), a vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia, nomeadamente depressão e ansiedade.

3. Memórias emocionais, auto-compaixão e *flourishing*

Uma vez que as memórias emocionais contribuem para o desenvolvimento de psicopatologia (Matos & Pinto Gouveia, 2009), pretendemos com o nosso estudo analisar qual o seu contributo para o bem-estar. Para avaliar o mesmo utilizamos o constructo de *flourishing* que, de acordo com o modelo de saúde mental de Keyes (2005, 2007) representa bem-estar na ausência de doença mental.

De acordo com a teoria das mentalidades sociais, as experiências de cuidado e segurança teriam como consequência o desenvolvimento de níveis mais elevados de auto compaixão (Gilbert, 2000, 2007; Gilbert & Irons, 2005), relação que analisámos no nosso estudo.

Efeito das memórias emocionais no *flourishing* e na auto-compaixão

No nosso estudo, ainda que os sujeitos masculinos e femininos se tenham distinguido a nível do *mindfulness*, da sobre-identificação, auto-

crítica e no total da auto-compaixão, apresentaram níveis semelhantes (sem diferenças estatisticamente significativas) no que respeita as memórias de calor e afeto, o bem-estar emocional, social e psicológico (componentes do *flourishing*) e o compósito de auto-compaixão, pelo que pudemos realizar as análises pretendidas no total da amostra.

Em relação à associação entre as memórias emocionais e o *flourishing*, colocámos a hipótese de que os indivíduos com experiências de cuidados e segurança e sem memórias de vergonha parental na infância apresentam níveis superiores de bem-estar e de *flourishing*.

Aquilo que encontramos, no estudo correlacional, aponta para uma associação entre as memórias emocionais e o bem-estar emocional, social e psicológico, com efeito, quanto mais elevadas as experiências de cuidado e segurança e menores as memórias de vergonha parental nos sujeitos do nosso estudo, tanto mais elevados são os níveis de bem-estar emocional, social e psicológico, isto é de *flourishing*. Note-se ainda que, em todas as dimensões do *flourishing* surge a presença de memórias de calor e afeto por parte dos pais na infância como preditora mais forte, ainda que a ausência de memórias de vergonha parental também tenha um contributo significativo, porém menor. Por outras palavras, memórias de experiências precoces com as figuras significativas, marcadas por atitude calorosas e afetuosas criam a base para, mais tarde, na idade adulta, a pessoa ter níveis mais elevados de *flourishing*, não sendo suficiente os pais não terem sido experienciados como envergonhadores, punidores e críticos.

Tal vem confirmar o modelo contínuo do bem-estar de Keyes (2005, 2007; Lamers et al., 2011), que propõe uma definição de saúde mental na qual não é suficiente a ausência de mal-estar, neste caso as memórias de vergonha parental como potenciais causadoras de desconforto e mal-estar na idade adulta, e necessária a presença de qualidades como benevolência, satisfação e resiliência, promovidas pelas experiências de cuidado e segurança. Aliás, como é postulado no modelo das mentalidades sociais, as experiências precoces de cuidado e segurança, ou seja, de calor e afeto, vão moldar as estruturas cerebrais, de modo a que, mais tarde, o *self* seja visto numa postura (mentalidade social) de cuidado, calor, competência e atrativo (Gilbert, 2005; McEwan, Gilbert & Duarte, 2011), aumentando, deste modo a probabilidade de bem-estar e satisfação para consigo e a sua própria vida, melhor dizendo, do *flourishing*. Ainda a propósito disto, e de acordo com a teoria, a ausência de vergonha parental durante a infância, apenas teria como consequência uma diminuição da probabilidade de desenvolver padrões de interação e relação eu-eu de competição e de *ranking*, isto é de dominância e de submissão que estão associados à psicopatologia e ao mal-estar (Gilbert, 2000, 2005, 2007; Gilbert, Allan, & Goss, 1996; McEwan, Gilbert & Duarte, 2011), não sendo esta ausência de psicopatologia suficiente, porém condição, para alcançar bem-estar e *flourishing* (Keyes, 2005, 2007).

Em semelhança ao estudo da associação entre as memórias emocionais e o *flourishing*, sugerimos que a presença de memórias de cuidado e segurança e a ausência de memórias de vergonha parental durante a infância estariam associados à auto-compaixão.

O nosso estudo confirmou a nossa hipótese, pois, no estudo correlacional, as memórias de calor e afeto mostraram estar associadas à auto-compaixão, tal como a ausência de memórias de vergonha parental. Melhor dizendo, um aumento nas memórias de calor e afeto, bem como uma diminuição dos níveis de vergonha parental durante a infância implicam um aumento no *flourishing* na idade adulta, sendo que, pais afetuosos, calorosos e não envergonhadores ou críticos aumentam a probabilidade da criança, mais tarde, desenvolver mais capacidades ou traços auto compassivos. Decerto, e de acordo com os resultados obtidos nas regressões lineares múltiplas, nos sujeitos da nossa amostra, é a presença de memórias de pais calorosos, afetuosos e criadores de um meio que transmita segurança à criança que prediz mais fortemente os níveis de auto-compaixão futuros.

É através dos mesmos mecanismos descritos anteriormente, que as memórias de calor e afeto predizem os níveis de auto-compaixão. Efetivamente, a experiência de aceitação, empatia e calor por parte dos pais e outras figuras significativas ao longo do percurso desenvolvimental, perante as emoções manifestadas da criança, vai, através da moldagem de padrões neuronais (Schoore, 1998, 2001) levar à formação de um *self* visto como merecedor de cuidados e afeto, fomentando assim, uma relação eu-eu marcada por compreensão e compaixão (Gilbert, 2005, 2007; Gilbert & Irons, 2005).

Por fim, encontrámos que todas as componentes do *flourishing* estão associadas à auto-compaixão, sobretudo o bem-estar psicológico que demonstra uma relação mais forte com a última. Isto significa que quanto mais elevados os níveis de *flourishing* tanto mais auto-compaixão, e vice-versa, têm os indivíduos do nosso estudo. Este resultado já tem vindo a ser obtido em outros estudos que comprovam que características auto-compassivas ajudam a pessoa a ter um comportamento saudável e a perseguir objetivos de saúde (Terry & Leary, 2011), aumentam sentimentos de felicidade que vão promover a saúde mental (Mongrain, Chin, & Shapira, 2011) e, de um modo geral, estão associados à saúde mental (Barnard & Curry, 2011).

VI-Conclusões

Foram vários os objetivos propostos para este estudo. Por um lado, e dada a ausência de estudos que investigassem especificamente o papel das memórias emocionais de vergonha ou calor e afeto parental no desenvolvimento de alexitimia, propusemos que pais envergonhadores e/ou pouco calorosos e afetuosos representassem um fator de vulnerabilidade para a alexitimia. Esta hipótese foi confirmada, no sentido em que, pais experienciados como críticos e envergonhadores representam um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de dificuldade em identificar sentimentos e, pais que não forneceram um meio caloroso e seguro e foram críticos e envergonhadores, vulnerabilizam as crianças para, mais tarde apresentar dificuldade em descrever os sentimentos.

Ainda devido à ausência de estudos que esclarecessem qual a associação entre a alexitimia e o auto-criticismo, estudámos esta relação e verificámos que a alexitimia, especialmente a dificuldade em identificar sentimentos, vulnerabilizava os participantes da nossa amostra para níveis mais elevados de auto-criticismo.

Confirmámos a investigação existente acerca do efeito das experiências precoces de vergonha para com as figuras parentais na vulnerabilidade para a psicopatologia (Gilbert & Miles, 2000; Gilbert & Perris, 2000; Gilbert et al., 2009b), sendo que, tanto nos homens, porém num grau inferior, como nas mulheres, as memórias de vergonha contribuem para o desenvolvimento de psicopatologia, isto é de níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa. No mesmo sentido, encontrámos que o auto-criticismo é um fator de vulnerabilidade para a ansiedade e depressão, dado para o qual aponta a investigação (Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2009a). Também aqui, o auto-criticismo tem um contributo maior na explicação da depressão e ansiedade na população feminina deste estudo.

Como as memórias emocionais e o auto-criticismo estão associadas à psicopatologia (Gilbert & Miles, 2000; Gilbert & Perris, 2000; Gilbert et al., 2004; Gilbert et al., 2009a), achámos pertinente estudar igualmente, se a alexitimia teria um efeito preditor na psicopatologia, uma vez que os estudos encontrados não forneciam informação acerca da capacidade preditora da alexitimia sobre sintomas depressivos ou ansiosos. Verificámos que, de facto, a dificuldade em identificar sentimentos parece ser uma vulnerabilidade para o desenvolvimento de humor deprimido e sintomatologia ansiosa, em ambos os géneros.

Adicionalmente, encontrámos que a interação da dificuldade em identificar sentimentos e do eu inadequado vulnerabilizam os participantes do nosso estudo para o desenvolvimento de humor deprimido e níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa. Deste modo, os indivíduos que são autocríticos têm mais probabilidade de desenvolver psicopatologia, nomeadamente sintomas depressivos ou ansiosos, se tiverem dificuldade em identificar os seus sentimentos.

Para além de ser reconhecida a importância das memórias emocionais no mal-estar psicológico (Pinto Gouveia & Matos, 2009; Schore, 1998, 2001; Gilbert et al., 2003; Gilbert et al., 2009b), há também estudos que comprovem o seu contributo para dimensões que refletem bem-estar psicológico, como a auto-compaixão (Gilbert, 2005, 2007; Gilbert & Irons, 2005). Os resultados obtidos no nosso estudo apontam no mesmo sentido, sendo que a ausência de memórias de vergonha parental e, mais significativamente a presença de memórias de calor, afeto e segurança, predizem a presença de capacidades auto compassivas.

Em semelhança, a presença de experiências com as figuras parentais marcadas por calor, afeto e segurança, bem como a ausência de pais envergonhadores e críticos prediz níveis mais elevados de *flourishing* na idade adulta. De notar, que a presença de memórias de cuidado e calor são mais relevantes na explicação do *flourishing* do que a ausência de memórias de vergonha parental.

Por último, encontrámos ainda que as dimensões de *flourishing* e auto-compaixão estão associadas, dado que confirma a investigação (Barnard & Curry, 2011; Mongrain, Chin, & Shapira, 2011; Terry & Leary, 2011).

Implicações para a prática clínica

Em termos de prática terapêutica, os dados encontrados apontam para a importância de programas preventivos, no sentido de sensibilizar os (futuros) pais para o impacto dos seus comportamentos para com as crianças no bem-estar psicológico emocional e social, não só durante a infância, como também na idade adulta.

Por outro lado, o fato das memórias de calor estimularem o desenvolvimento de atitudes auto compassivas representa uma ferramenta terapêutica importante, no sentido em que o terapeuta pode procurar memórias de bem-estar e calor na vida do doente, ou criá-las no contexto da relação terapêutica para treinar a auto-compaixão, promover o bem-estar e treinar aptidões no reconhecimento dos próprios sentimentos.

Limitações do estudo e propostas futuras

Ainda que tenhamos obtido resultados que contribuam para uma melhor compreensão dos constructos em estudo, a nossa investigação apresenta algumas limitações. Nomeadamente, ainda que a dimensão da nossa amostra seja grande, o facto de ser constituída por estudantes do ensino superior torna-a demasiado específica para permitir uma generalização para a população geral, não estudantil.

Por outro lado, de uma forma geral, os estudos transversais apresentam sempre a limitação das medições serem realizadas num momento específico que não reflete necessariamente as características mais típicas da população em estudo, não obtendo dados acerca da evolução das variáveis em estudo.

Uma outra limitação é o facto de termos avaliado a sintomatologia depressiva e ansiosa com a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress para estudar a associação entre a alexitimia e a psicopatologia. Ora, um sujeito com dificuldades em identificar ou descrever sentimentos terá igualmente dificuldade em responder às questões deste instrumento (e.g. “*Senti-me triste e deprimido*” ou “*Senti-me desanimado e melancólico*”), pois referem-se aos sentimentos experienciados, sendo que os resultados poderão encontrar-se ligeiramente enviesados.

Por último, entendemos que a falta de instrumentos que avaliem a empatia e ruminação no nosso protocolo, representa uma limitação do nosso estudo, no sentido em que não nos permite inferir com mais segurança acerca da relação entre a alexitimia e o auto-criticismo e a psicopatologia.

Seria ainda interessante replicar e dar continuidade a este estudo com populações clínicas específicas, principalmente aquelas que pela literatura são apontadas como mais associadas à alexitimia, por exemplo a Perturbação de Stress Pós-Traumático, Perturbação de Personalidade *Borderline* e Perturbações depressivas e ansiosas.

Por outro lado, a realização de um estudo longitudinal poderia também contribuir para uma melhor compreensão da relação entre as memórias emocionais, o auto-criticismo, a alexitimia e a psicopatologia, bem como o *flourishing*.

VII – Bibliografia

Allen, N., & Knight, W. (2005). Mindfulness, Compassion for Self, and Compassion for others – Implications for Understanding the Psychopathology and treatment of Depression. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion*, 239-262. London: Routledge Taylor & Francis Group.

Barnard, L., & Curry, J. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates & Interventions. *Review of General Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0025754.

Baron, R. & Kenny, D. (1989). The Moderator-Mediator Variable Distinction on Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 51, 6, 1173-1182. DOI:

Berenbaum, H., & James, T. (1994). Correlates and retrospectively reported antecedents of Alexithymia. *Psychosomatic Medicine* 56, 353-359.

Brewin, C., Firth-Cozens, J., Furnham, A., & McManus, C. (1992). Self-Criticism in Adulthood and Recalled Childhood Experience. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 3, 561-566.

Castilho, P. (2011). Modelos de relação interna: Auto-criticismo e Auto-compaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia. Dissertação de doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

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, *Psychologica*, 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). *Psychologica*, 54, 63-87

Cheung, M., Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An Exploration of Shame, Social Rank, and Rumination in relation to Depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 1143-1153. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00206-X

Memórias emocionais, auto-criticismo e alexitimia: que contributo para a psicopatologia

Theresa Büscher (tessa.buscher@gmail.com) 2012

Fernandes, N., & Tomé, R. (2001). Alexitimia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3, 2, 97-115.

Fredrickson, B., & Losada, M. (2006). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, 60, 7, 678-686. doi: 10.1037/0003-066X.60.7.678

Gilbert, P. (1998). What is Shame? Some Core issues and Controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*, 99-125. New York: Oxford University Press.

Gilbert, P. (2000). Social Mentalities – Internal “social” conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert and K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch – Explorations in evolutionary psychotherapy*, 118-150. Hove: Brunner-Routledge.

Gilbert, P. (2005). Compassion and Cruelty – A Biopsychosocial Approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion*, 9-74. London: Routledge Taylor & Francis Group

Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression*. London: Sage Publications.

Gilbert, P., & Gerlsma, C. (1999). Recall of Shame and Favouritism in Relation to Psychopatology. *The British Journal of Psychology*, 38, 357-374. doi: 10.1348/014466599162962

Gilbert, P., & Irons (2005). Focused Therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion*, 263-325. London: Routledge Taylor & Francis Group.

Gilbert, P. & Miles, J. (2000). Evolution, Genes, Development and Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 246-255. doi: 10.1002/1099-0879(200010)7:4<246::AID-CPP255>3.0.CO;2-5

Gilbert, P. & Perris, C. (2000). Early Experiences and Subsequent Psychological Adaptation. An Introduction. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 243-245. doi: 10.1002/1099-0879(200010)7:4<243::AID-CPP254>3.0.CO

Gilbert, P., Allan, S., & Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 1, 23-34. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199603)3:1<23::AID-CPP66>3.0.CO;2-O.

Gilbert, P., Cheung, M., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness on Childhood: Development of a New Scale and its Relationship to Psychopathology. *The British Journal of*

Clinical Psychology, 38, 357-374. DOI: 10.1002/cpp.359

Gilbert, P., Clark, M., Hempel, S., Miles, J., & Irons, C. (2004). Criticizing and Reassuring Oneself: an Exploration of Forms, Styles and Reasons in Female Students. *The British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959

Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009a) The dark side of competition: How competitive behavior and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 82, 123-136. doi: 10.1348/147608308X379806.

Gilbert, R., Widom, C., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009b). Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-income Countries. *Lancet*, 373, 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7.

Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P, Hay, J., Murray, B., Meaden, A., Olsen, K., & Miles, N. (2001). An 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. doi: 10.1017/S003329170105409Z.

Honkalampi, K., Koitumaa-Honkanen, H., Lehto, S., Hintikka, J., Haatainen, K., Rissanen, T., & Viinamäki, H. (2010). Is Alexithymia a Risk Factor for Major Depression, Personality Disorder, or Alcohol Use Disorder? A prospective Population-Based Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 269-273. Doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.05.010

Keyes, C. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 3, 539-548. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539.

Keyes, C. (2007). Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing – A Complementary Strategy for Improving National Mental Health. *American Psychologist*, 62, 2, 95-108. doi: 10.1037/0003-066X.62.2.95

Kline, R. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: The Guilford Press.

Kooiman, C., Vellinga, S., Spinhoven, P., Draijer, N., Trijsburg, R., & Rooijmans, H. (2004). Childhood adversities as risk factors for Alexithymia and other aspects of affect dysregulation in adulthood. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 107-116. doi: 10.1159/000075542.

Lamers, S., Westerhof, G., Bohlmeijer, E., Klooster, P., & Keyes, C. (2011). Evaluating the Psychometric properties of the Mental Health

Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67, 99-110. doi: 10.1002/jclp.20741

Leahy, R. (2002). A Model of Emotional Schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190. doi: 10.1016/S1077-7229(02)80048-7
 Allen, N., & Knight, W. (2005). Mindfulness, Compassion for Self, and Compassion for others – Implications for Understanding the Psychopathology and treatment of Depression. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion*, 239-262. London: Routledge Taylor & Francis Group.

Leahy, R. (2003). Emotional Schemas and Resistance. In R. Leahy (Ed.), *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy – Transforming Challenges into Opportunities for Change*, 91-115. New York: The Guilford Press.

Leahy, R. (2005). A Social-cognitive Model of Validation. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion*, 195-217. London: Routledge Taylor & Francis Group

Leahy, R. (2007). Emotional Schemas and Resistance to Change in Anxiety Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 36-45. doi: 10.1016/j.cbpra.2006.08.001

Leary, M., Tate, E., Adams, C., Batts, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and Reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904. doi: 10.1037/00223514.92.5.887.

Lee, S., & Guajardo, N. (2011). Affect Intensity and Alexithymia Differentially Influence the Relationship Between Neuroticism and Depressive Symptomatology Among College Students. *Personality and Individual Differences*, 50, 646-650. DOI: 10.1016/j.paid.2010.11.036

Linehan, M. (1999). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Liss, M., Mailloux, J., Erchull, M. (2008). The Relationship Between Sensory Processing Sensitivity, Alexithymia, Autism, Depression and Anxiety. *Personality and Individual Differences*, 45, 255-259. DOI: :10.1016/j.paid.2008.04.009.

Lumley, M., Mader, C., Gramzow, J., & Kapineau, K. (1996). Family factors related to Alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine* 58, 211-216.

Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5ª ed. Report Number.

Maroco, J. & Bispo, R. (2003). Estatística aplicada às Ciências Sociais

Memórias emocionais, auto-criticismo e alexitimia: que contributo para a psicopatologia

Theresa Büscher (tessa.buscher@gmail.com) 2012

e Humanas. Lisboa: Climepsi Editores.

Marôco, J. & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do α de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4 (1) p. 65-90.

Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2009). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, doi: 10.1002/cpp.659

McCranie, J., & Bass, E. (1984). Childhood Family Antecedents of Dependency and Self-Criticism: implications for Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 1, 3-8.

McEwan, K., Gilbert, P., & Duarte, J. (2011). An Exploration of Competitiveness and Caring in Relation to Psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 19-36. DOI: 10.1111/j.2044-8260.2011.02010.x

Mongrain, M., Chin, J., & Shapira, L. (2011). Practicing Compassion Increases Happiness and Self-esteem. *Journal of Happiness Studies*, 12, 6, 963-981. doi: 10.1007/s10902-010-9239-1.

Neff, K. (2003a). The Development and Validation of a Scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2, 223-250. DOI: 10.1080/15298860390209035

Neff, K. (2003b). Self-Compassion: An alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 4, 263-287. DOI:10.1080/152988603909032

Neff, K. (2004). Self-Compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences*, 9, 2, 27-37.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Depressão, Ansiedade, Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.

Perris, C., & Andersson, P. (2000). Experiences of Parental Rearing and Patterns of Attachment in Adulthood. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 279-288. DOI: 0.1002/1099-0879(200010)7:4<279::AID-CPP260>3.0.CO;2-7

Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 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*. doi: 10.1002/acp.1689

Prazeres, N. (2000). Alexitimia: uma forma de sobrevivência. *Revista*

Memórias emocionais, auto-criticismo e alexitimia: que contributo para a psicopatologia

Theresa Büscher (tessa.buscher@gmail.com) 2012

Portuguesa de Psicossomática, 2, 1, 109-121.

Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Ibero-americana de Diagnóstico e Avaliação Psicológica*, 9, 9-21.

Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an Early Memories of Warmth and Safeness Scale and its Relationship to Psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 171-184. DOI: 10.1348/147608308X395213

Robinaugh, D., & McNally, R. (2010). Autobiographical memory for shame or guilt provoking events: association with psychological symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 48, pp. 646-652. doi: 10.1016/j.brat.2010.03017

Schore, A. (1998). Early Shame Experiences and Infant Brain Development. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology, and Culture*, 57-77. New York: Oxford University Press.

Schore, A. (2001). The Effects of Relational Trauma on Right Brain Development, Affect Regulation and Infant Mental Health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269. DOI: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9

Sifneos, P. (2000). Alexithymia, Clinical Issues, Politics and Crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 3. pp.113-116. doi: 10.1159/000012377

Tabachnik, B. & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson International Edition.

Taylor, G., & Bagby, M. (2004) New trends in Alexithymia research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 73, 68-77. doi: 10.1159/000075537

Taylor, G., Bagby, M., & Parker, J. (1991). The Alexithymia construct. A potential paradigm for Psychosomatic Medicine. *Psychosomatics*, 32, 2. doi: 10.1016/S0033-3182(91)72086-0

Terry, M., & Leary, M. (2011). Self-compassion, Self-regulation and Health. *Self and Identity* 10, 3, 352-362. DOI: 10.1080/15298868.2011.558404.

Trzepacz, P., & Baker, R. (2001). Exame psiquiátrico do estado mental. Lisboa: Climepsi Editores

Wastell, C., & Taylor, A. (2002). Alexithimic Mentalising: Theory of Mind and Social Adaptation. *Social Behavior and Personality*, 30, 2 pp. 141-

148. DOI: 10.2224/sbp.2002.30.2.141

Wei, M., Liao, K., Ku, T., & Schaffer, P. (2011). Attachment, Self-compassion, Empathy and Subjective Well-Being Among College Students and Community Adults. *Journal of Personality*, 79, 1, 191-221. doi: 10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x

World Health Organization (2005). Promoting Mental Health – Concepts, Emerging Evidence, Practice. Geneva: WHO Press. Acedido em Juno de 2012 em http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Yarnell, L., & Neff (2012). Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self and Identity*. DOI: 10.1080/15298868.2011649545.

Anexos

Anexo1 - Tabela das diferenças entre os géneros nas variáveis em estudo

	Masculino		Feminino		Total		t	p
	n = 184		n = 271		n = 455			
	M	DP	M	DP	M	DP		
EEVI								
Memórias de vergonha pai	26.76	8.58	25.35	8.56	25.92	8.58	1.711	.088
Memórias de vergonha mãe	27.26	8.25	26.41	9.37	26.75	8.93	.997	.319
Memórias de vergonha parental	53.86	15.94	51.77	16.27	52.61	16.15	1.349	.178
EMCPS								
Memórias de Cuidado e Segurança	61.45	15.53	63.58	15.30	62.71	15.42	-1.440	.150
EFACAT								
Eu inadequado	16.51	6.56	18.09	6.86	17.45	6.78	-.2460	.014
Eu detestado	2.83	3.28	2.83	3.06	2.83	3.15	.004	.997
Eu tranquilizador	21.83	5.46	20.88	5.61	21.27	5.56	1.794	.073
MHC-SF								
Flourishing	42.06	12.53	41.43	11.48	41.68	11.92	.548	.584
Bem-estar emocional	10.89	2.97	11.03	2.85	10.97	2.90	-.492	.623
Bem-estar social	11.78	5.25	11.18	4.95	11.42	5.08	1.233	.218
Bem-estar psicológico	19.38	6.07	19.21	5.74	19.28	5.87	.290	.722
SELFCS								
Calor	3.00	0.74	2.93	7.41	2.96	0.74	.991	.322
Autocrítica	3.33	0.85	3.05	0.87	3.16	0.87	.902	.001
Humanidade comum	3.11	0.74	3.18	0.82	3.15	0.79	-.895	.371
Isolamento	3.33	0.91	3.13	0.89	3.21	0.91	2.340	.020
Mindfulness	3.29	0.70	3.09	0.71	3.17	0.71	2.911	.004
Sobre identificação	3.35	0.85	3.06	0.85	3.17	0.86	3.593	.000
Total auto compaixão	2.89	0.41	2.99	0.36	2.95	0.38	-2.602	.010
Compósito auto compaixão	9.41	1.17	9.21	1.91	9.29	1.86	1.129	.260
DASS-42								
Depressão	7.38	8.41	8.23	8.92	7.88	8.72	-1.023	.307
Ansiedade	6.45	7.15	7.48	7.59	7.06	7.43	-1.462	.145
Stress	10.91	8.78	14.06	9.78	12.79	9.50	-3.510	.000
TAS-20								
Alexitimia	52.94	11.44	54.97	11.58	54.15	11.56	-1.846	.066
Dificuldade em identificar sentimentos	17.06	6.50	18.97	6.19	18.20	6.38	-3.162	.002
Dificuldade em descrever os sentimentos aos outros	14.22	4.05	14.95	4.28	14.66	4.20	-1.817	.700

Estilo de pensamento									
orientado para o exterior	21.64	3.63	21.04	4.00	21.28	3.86	1.634	.103	
