



## I. Introdução

Durante as suas primeiras décadas de existência da Psicologia Cognitiva, as questões relacionadas com o funcionamento cognitivo do quotidiano não foram objecto de investigações significativas. No entanto, este desinteresse pelas pesquisas ao nível dos processos cognitivos começou a alterar-se. Em meados da década de 70, muitos psicólogos cognitivos começaram a aderir ao estudo de questões práticas. Consequentemente, temas como a memória autobiográfica (recordações do indivíduo sobre seu próprio passado), que até então não tinham sido objecto de investigação sistemática, passaram a receber maior atenção por parte dos pesquisadores. Um marco importante para a história da Psicologia Cognitiva decorreu no ano de 1972, momento em que Endel Tulving propôs a distinção entre memória semântica e memória episódica (Tulving, 1972; Woll, 2002).

Segundo os modelos teóricos que têm como propósito explicar a memória autobiográfica concordam, de uma maneira geral, que esta é ordenada de uma forma hierárquica, existindo níveis mais específicos e níveis mais generalizados. No nível mais específico da memória autobiográfica situam-se as recordações de eventos singulares, que possuem uma localização temporal e espacial definidas, cuja duração é inferior a um dia. A recordação “a cerimónia da minha bênção das pastas” é um exemplo de memória autobiográfica específica. No nível mais genérico, estão as recordações de períodos de vida, também chamadas de memórias estendidas. Estas memórias são aquelas que possuem um início e um final definidos, porém, com uma duração superior a um dia. A recordação “as frequências que tive no primeiro ano da faculdade” ilustra uma memória estendida, pois possui um início e final definidos (primeiro ano de faculdade), abrangendo um período superior a um dia. As recordações de categorias de eventos, chamadas de memórias categóricas ou sobregeneralizadas, são aquelas que se referem a um conjunto de eventos, sem um início ou final definidos. Estas podem ser definidas como recordações genéricas, inespecíficas e difusas que o indivíduo possui sobre sua história de vida. “Quando tenho frequências” pode ser considerada como uma memória sobregeneralizada, pois não faz referência a um evento em particular, nem informa o seu começo ou fim (Conway, 1997; Mansell & Lam, 2004; Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007; Kleim & Ehlers, 2008; Griffith, et al., 2009).

As dificuldades para recuperar recordações autobiográficas específicas estão especialmente presentes nos transtornos de humor, tal como a depressão. Verifica-se



uma propensão de indivíduos depressivos a recordarem o próprio passado de uma maneira demasiadamente sintética, genérica e inespecífica. Por outras palavras, pacientes com depressão possuem uma grande dificuldade em se lembrarem de eventos específicos que ocorreram ao longo de sua história de vida, restando apenas recordações nebulosas e difusas acerca de suas trajetórias. Uma das características mais marcantes da memória autobiográfica de indivíduos com depressão é a de ser sobregeneralizada, ou seja, uma recordação do próprio passado demasiadamente genérica, inespecífica e difusa. Portanto, os pacientes com esse transtorno de humor apresentam dificuldades para se lembrar de eventos específicos de sua história de vida, temporal e espacialmente localizados (Peeters, Wessel, Merckelbach & Boon-Vermeeren, 2002; Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dyck, 2006; Raes et al., 2006; Griffith, et al., 2009).

Em termos experimentais, as memórias autobiográficas sobregeneralizadas são usualmente testadas através do Teste da Memória Autobiográfica (TMA), utilizado pela primeira vez em pacientes suicidas por Williams e Broadbent em 1986. A versão original do TMA é composta por palavras-estímulo, que são apresentadas uma de cada vez aos sujeitos, alternando entre positivas e negativas, sendo estes instruídos a lembrarem-se de eventos específicos das suas vidas que tenham uma relação com cada uma das palavras apresentadas. Explica-se aos participantes que uma recordação específica é aquela que possui localização temporal e espacial. Embora a observação de que indivíduos deprimidos apresentam uma tendência a processar a memória de maneira sobregeneralizada venha sistematicamente sendo relatada na literatura existem estudos em que tal tendência não é verificada (Dalgleish, Spinks, Yiend & Kuyen, 2001; Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dyck, 2006). Assim, este trabalho de investigação visa explorar se essa tendência da maioria das investigações se corrobora na nossa amostra.

O presente estudo tem como objectivo verificar a influência que a presença da sintomatologia depressiva possui na memória autobiográfica dos sujeitos. Uma vez que esta perturbação constitui um problema de saúde pública devido ao grande número de sujeitos atingidos por ela e devido ao grande impacto que tem na vida do paciente e dos seus familiares, achamos relevante tentar compreender qual a sua interferência na memória autobiográfica e, conseqüentemente, na percepção da recordação dos acontecimentos de vida dos sujeitos. Este trabalho consta de um corpo teórico e de um corpo empírico. O corpo teórico é composto por quatro capítulos, onde no primeiro nos



debruçamos sobre o conceito da memória, a memória como processo e como estrutura, exploramos sucintamente a teoria das três memórias e abordamos quatro tipos de memórias: memória de trabalho, memória permanente, memória semântica e memória episódica, realizando uma distinção entre as duas primeiras e as duas últimas. No segundo capítulo exploramos as questões relacionadas com a memória autobiográfica, enquanto no terceiro analisamos a problemática da depressão e os seus modelos teóricos. O quarto capítulo é dedicado à relação entre a memória autobiográfica e a depressão e como a primeira pode ser preditora da segunda. No corpo empírico realizamos uma apresentação do estudo; fazemos referência ao método que inclui os participantes do estudo, o material utilizado e os procedimentos que consideramos para realizar a nossa investigação; apresentamos e discutimos os resultados obtidos, com referência às hipóteses definidas; e, por fim, apontamos algumas conclusões, limitações e implicações para estudos posteriores.



## II. Corpo Teórico

### 1. Memória

A memória é considerada um sistema vivo que se constrói e se transforma no decorrer da sua actividade e pelo efeito desta. Também é um sistema activo que intervém directamente na recepção de estimulações, na elaboração do comportamento e na produção de respostas, apresentando-se sob a forma de um conjunto organizado de unidades funcionais. Estas unidades, ou estruturas mentais, são exclusivamente definidas pelas suas propriedades, sem nenhuma referência expressa a um suporte orgânico preciso. Por conseqüente, continuam a ser amplamente hipotéticas no plano dos estados do comportamento. No entanto, pressupõe-se que este suporte orgânico existe e poderá ser demonstrado no âmbito das pesquisas neurofisiológicas e bioquímicas sobre a memória (Ehrlich, 1979; Baddeley, 1999).

A especificidade é uma ideia central nas teorias actuais da memória. Ela determina a especialização funcional da estrutura mental, isto é, a capacidade do sujeito para realizar um comportamento exacto. A especificidade assenta em duas propriedades que caracterizam qualitativamente a estrutura mental: 1) a natureza dos elementos, as próprias características dos elementos em si; e 2) a natureza das relações, ou seja, a relação existente entre as características de cada elemento. A especificidade proporcionada por um elemento simples ou relacional é forte se pertencer a uma única estrutura e fraca se pertencer a mais de uma. Certas estruturas mentais complexas são muito extensas, no entanto, no contexto de uma tarefa particular não é utilizada toda a sua estrutura mas apenas parte dela. Assim, a especificidade efectiva de uma estrutura é relativa à situação e susceptível de variar em função do contexto (Ehrlich, 1979; Baddeley, 1999). Esta é uma unidade funcional especializada capaz de reagir a uma estimulação específica e de originar uma resposta igualmente específica. A estimulação pode ser de origem externa ou interna, e a resposta pode ser implícita ou explícita. As estruturas mentais são implícitas, por exemplo, no momento da emissão de uma resposta motora ou verbal durante as construções mentais, isto é, parte-se do princípio de que todo o comportamento implica a existência e a utilização de uma ou várias estruturas mentais especializadas.

A memória também é conceptualizada como um grupo organizado de elementos que constituem por si mesmo funções especializadas, e que possuem um funcionamento



interdependente. Deste modo, cada estrutura mental, enquanto função especializada e unitária, representa ao mesmo tempo um grupo organizado de elementos de ordem inferior e é também um dos elementos de uma estrutura mental de ordem superior. Neste sentido, cada estrutura de certa ordem tanto pode ser considerada uma micromemória, isto é uma pequena parte da memória, como ser considerada a memória como um todo (Ehrlich, 1979; Albuquerque, 1998; Baddeley, 1999).

A estruturação exprime a unidade e a estabilidade de uma estrutura mental como grupo de elementos organizados, variando em graus. Quando a estrutura é nula, o grupo apresenta-se como uma colecção de elementos funcionalmente independentes. Quando a estruturação é total, o grupo apresenta-se como uma unidade mental integrada cujos elementos estão funcionalmente ligados. Deste modo, o processo de estruturação estabelece ligações e favorece a unificação do grupo, fixando a organização e as relações funcionais entre os elementos e estabiliza o grupo enquanto estrutura específica (Ehrlich, 1979; Albuquerque, 1998).

Uma estrutura mental só existe como unidade funcional se for específica e estruturada. Se esta não possuir nenhuma especificidade, ela deixa de subsistir como unidade funcional e representa apenas uma colecção de elementos independentes. A especificidade e a estruturação representam duas condições de existência da estrutura mental. Essas condições são distintas mas inseparáveis ao nível dos problemas de funcionamento e da sua origem. Uma estrutura mental está bem diferenciada quando é muito específica e fortemente estruturada. A diferenciação de uma estrutura mental acentua-se quando a sua especificidade e a sua estruturação aumentam no decorrer do processo de aquisição. Assim, a memória como estrutura refere-se ao armazenamento sensorial, à memória a curto prazo e à memória a longo prazo (Ehrlich, 1979; Albuquerque, 1998; Baddeley, 1999).

A perspectiva do processamento de informação descreve a memória como um sistema com componentes estruturais e processos. Os componentes estruturais referem-se às memórias que parecem diferir consideravelmente no seu conteúdo, características e organização. Algumas recordações parecem durar mais do que outras, pelo que se diferentes memórias estivessem armazenadas em localizações diferentes e as suas propriedades reflectissem as localizações do armazenamento em que estão dispostas. Os processos reportam-se às operações cognitivas que transferem e alteram as memórias armazenadas em sítios diferentes. Na verdade, a perspectiva do processamento da



informação apresenta no decurso dos últimos 30 anos, propostas que alternam a ênfase no processo e na estrutura. Desta forma, enquanto processo são postulados diferentes tipos de memória, a memória de trabalho, a memória permanente, a memória semântica e a memória episódica. Enquanto estruturas são referenciadas a memória sensorial, a memória a curto prazo e a memória a longo prazo (Albuquerque, 1998; Best, 2001).

É consensual que a memória humana não é uma entidade unitária, e sim uma composição de múltiplos sistemas independentes, mas interactivos. Desta forma, os investigadores podem revelar divergências acentuadas sobre qual o modelo mais representativo do seu funcionamento, mas, na actualidade, aceitam pacificamente que a memória, longe de ser um sistema único, é um sistema formado por duas ou mais estruturas ou componentes. Estas estruturas são a memória a curto prazo e a memória a longo prazo. A memória a curto prazo seria o sistema responsável pelo processamento e permanência temporária da informação para efeitos de conclusão das tarefas em curso. Este sistema também é designado por memória primária, no seguimento da distinção efectuada por William James em 1890 e retomada por Waugh e Norman em 1965. Devido à dupla função de retenção e processamento da informação, a memória a curto prazo é mais frequentemente designada por memória operativa. A memória a longo prazo seria o sistema que armazenaria o conhecimento durante longos períodos de tempo. Devido à diversidade de conhecimentos retidos na memória a longo prazo, certos investigadores, como Tulving, propuseram sistemas específicos de memória a longo prazo, a fim de representar diferentes tipos de conhecimento: o conhecimento procedimental, o conhecimento semântico e o conhecimento episódico (Baddeley, 1986; Squire, 1992; Schacter & Tulving, 1994).

Na década de 1960, Atkinson e Shiffrin propuseram o modelo modal, sugerindo a existência de um registo sensorial. Um primeiro estágio da percepção da informação ficaria disponível por tempo limitado, ao contrário do armazenamento de longa duração, que é alimentado por conteúdos transferidos pela instância anterior. Essa memória de longa duração ainda apresenta uma dissociação entre sistemas particulares, enfatizando a natureza da informação processada. Apesar de apresentar controvérsias quanto à terminologia, a memória a longo prazo pode ser dividida em dois tipos: para Tulving, memórias implícitas e explícitas, e para Squire e Zola-Morgan, a memória não-declarativa e declarativa. A memória não-declarativa ou implícita é composta por um conjunto de capacidades expressas através de desempenhos que não exigem acesso a



nenhuma memória consciente. A aprendizagem de hábitos e capacidades é caracterizada por uma resposta relativamente permanente, gerada a partir de repetidas estimulações não reforçadas. A memória declarativa ou explícita permite a recordação consciente de factos e eventos ocorridos na vida do indivíduo, tendo como subtipos a memória episódica e a memória semântica. A memória episódica é actualmente descrita por permitir ao sujeito recordar conscientemente as suas experiências autobiográficas prévias. Por sua vez, a memória semântica refere-se à capacidade de relembrar factos e conhecimentos gerais acerca do mundo (Baddeley, 1986; Squire, 1992; Schacter & Tulving, 1994).

Na verdade, a memória autobiográfica é definida como um subtipo de memória episódica, e ainda que a memória autobiográfica seja tradicionalmente conceptualizada como episódica, é indispensável a utilização de factos semânticos. Mesmo que a memória autobiográfica e a memória episódica partilhem características, nomeadamente a nível da sua localização neuronal, também existem diferenças entre ambas. Num extenso trabalho de comparação entre as diferenças e similaridades entre os subtipos de memória autobiográfica, episódica e semântica, Conway (1990) postula que as características diferenciadoras entre memória autobiográfica e memória episódica são o factor de auto-referenciação, a interpretação subjectiva dos acontecimentos recordados, a verificabilidade e a duração. Desta forma, para este autor, a memória autobiográfica está sempre condicionada pela interpretação subjectiva e pela auto-referenciação, sendo a possibilidade de verificar os seus conteúdos bastante variáveis. Porém, ambos os subtipos de memória partilham a imagética, os atributos perceptivos e sensoriais espaço-tempo e a experiência de recordar, separando-se completamente da memória semântica (Conway, 1990; Dritschel, Williams, Baddeley, & Nimmo-Smith, 1992). Em suma, o conjunto de estruturas e processos sugeridos para explicar o funcionamento da memória são diversos, pelo que se justifica que nos debruçemos mais detalhadamente sobre eles.

### **1.1. A Teoria das Três Memórias**

A memória possui inúmeras formas mas a diferença mais óbvia foi verificada por James (1890, *cit in* Styles, 2005). Este autor fez a distinção entre a memória primária, que descreveu como “a parte da retaguarda do espaço actual do tempo” (p. 252), e a memória secundária, que caracteriza como o “passado genuíno”. Debruça-se



sobre a relação complicada entre a memória e a atenção e notou que, a não ser que as memórias instáveis da memória primária fossem captadas pela atenção, rapidamente desapareciam. Do mesmo modo, assinalou a diferença entre a pequena porção da informação transitória que pode ser conscientemente mantida na memória primária e a grande quantidade do conhecimento estável que pode ser guardado na memória secundária. Actualmente, a memória primária e a memória secundária são referidas como memória a curto prazo e memória a longo prazo, respectivamente (Styles, 2005).

Segundo a teoria de Atkinson e Shiffrin (1968), a memória está dividida em três sistemas diferentes, mas que funcionam de forma interdependente. Esses sistemas são o registo sensorial, o sistema de armazenamento a curto prazo e o sistema de armazenamento a longo prazo. O registo sensorial, perante o aparecimento de um estímulo, regista-o na sua dimensão sensorial, isto é, visual, auditiva, táctil, gustativa e olfactiva, através dos mecanismos de recepção adequados. De acordo com Sperling (1960), o traço sensorial que advém de uma estimulação declina em cerca de 0,5 segundos no registo sensorial. No entanto, alguma da informação que é introduzida no registo sensorial é transferida para o sistema de armazenamento a curto prazo. A selecção dessa transferência deve-se às expectativas, atenção e motivações que o indivíduo possui em relação ao contexto actual da actividade que está a exercer (Ehrlich, 1979; Cowan, 1997; Best, 2001; Styles, 2005).

O sistema de armazenamento a curto prazo, também denominado por memória imediata, surge depois do registo sensorial. É aí que a informação é codificada, segundo as características sensoriais, que nem sempre coincidem com as que provêm do estímulo inicial. Assim, é aqui que se considera que ocorre a formação ou a reactivação de um traço mnésico de várias dimensões ou componentes. Em 1958, Broadbent sugeriu que a memória que dura mais do que um período de alguns segundos foi tratada pela combinação do sistema de capacidade limitada e pelo armazenamento da memória temporária, que retém informação por apenas um curto período de tempo. Ou seja, a informação introduz-se na memória imediata e aí permanece de forma transitória, enfraquecendo e acabando por desaparecer. No entanto, esse declínio é muito menos rápido do que aquele que ocorre no registo sensorial, tendo sido estimado em 15 segundos (Styles, 2005). Tal ocorre devido a ser limitada a quantidade de informação com possibilidade de ser armazenada. Deste modo, quando a quantidade de informação de possível armazenamento excede o seu limite, o sistema fica saturado e toda a nova



informação que entra no sistema de armazenamento a curto prazo expulsa informação que aí estava armazenada. Apenas a informação que é implicitamente usada de forma repetida é transferida e armazenada na memória a longo prazo. Tal ocorrência, dado que implica uma intervenção activa do sujeito, constitui a base do conceito de memória de trabalho, que é algumas vezes utilizado para designar o sistema de armazenamento a curto prazo (Ehrlich, 1979; Cowan, 1997; Best, 2001; Styles, 2005).

Relativamente à memória a longo prazo, a informação é armazenada e codificada de forma relativamente permanente e em todas as suas modalidades sensoriais. Ocorre transferência da informação do sistema de armazenamento a curto prazo para o sistema de armazenamento a longo prazo sempre que ela se encontra disponível no primeiro sistema. Pode ocorrer um declínio da informação quando existem interferências entre elas ou quando estas são estrutural ou funcionalmente incompatíveis (Ehrlich, 1979; Cowan, 1997; Best, 2001; Styles, 2005).

No entanto, estes dados variam ligeiramente consoante os autores. Por exemplo, enquanto Broadbent (1958, *cit in* Styles, 2005) refere que o tempo estimado da recuperação da informação no registo sensorial é de 15 segundos, Craik e Lockhart (1973, *cit in* Styles, 2005) definem-no como sendo de mais de 30 segundos (cf. Quadro 1).



Quadro 1: Análise de Craik e Lockhart (1973) das diferenças entre os três sistemas da memória (Adaptado de Styles, 2005).

<b>Característica</b>	<b>Registo sensorial</b>	<b>Sistema de armazenamento a curto prazo</b>	<b>Sistema de armazenamento a longo prazo</b>
Entrada da informação	Pré-atencional	Requer atenção	Repetição
Manutenção da informação	Não é possível	Atenção continuada	Repetição
Formato da informação	Cópia literal do input	Fonético Provavelmente visual Possivelmente semântico	Organização Largamente Semântico Algum auditivo e visual
Capacidade	Limitada	Pequena	Limite desconhecido
Perda da informação	Enfraquecimento	Substituição Possível enfraquecimento	Possível inexistência de perda Perda de acessibilidade ou discriminação por interferência
Tempo de duração	0,25-2 segundos	Mais de 30 segundos	De minutos a anos
Recuperação	Leitura	Provavelmente automática Itens da consciência Estratégias temporais/fonéticas	Sugestões de recuperação Possíveis processos de procura

## 1.2. Memória de Trabalho e Memória Permanente

É importante realizar-se uma distinção entre o facto do sujeito possuir uma capacidade ou um conhecimento e a utilização dessa capacidade ou conhecimento numa tarefa determinada. O imenso conjunto de capacidades potenciais de um indivíduo constitui a memória permanente. O subconjunto limitado de capacidades realmente utilizadas numa situação particular constitui a memória de trabalho (Ehrlich, 1979; Baddeley, 1999).

No entanto, o problema é muito mais complexo. Assim, a memória permanente é o conjunto das estruturas mentais adquiridas e diferenciadas no decorrer das aprendizagens do indivíduo. Estas estruturas são capacidades potenciais que devem ser



actualizadas com o objectivo de conduzirem aos comportamentos correspondentes. Cada estrutura mental tem alguma probabilidade de ser reconstituída como função activa. Essa probabilidade depende da sua diferenciação. No entanto, a sua reconstituição efectiva está ligada a um processo activador. Logo, somos levados a distinguir dois estados da memória, um estado inactivo em que as estruturas mentais são apenas funções potenciais, e um estado activo em que algumas delas foram reconstruídas como funções directamente utilizáveis. O estado inactivo é característico da memória permanente e o estado activo caracteriza a memória de trabalho (Ehrlich, 1979; Cantor & Engle, 1993; Baddley & Hitch, 1994).

A memória de trabalho é um subconjunto das estruturas mentais reconstituídas no limite de um procedimento activador. Diz-se que essas estruturas são activas ou foram activadas. Uma estrutura só pode ser utilizada como instrumento de um comportamento se for activada. A capacidade da memória de trabalho é limitada e muito reduzida em relação à capacidade da memória permanente, pelo que o número de estruturas mentais que podem ser activadas conjuntamente e depois utilizadas é limitado. Sendo o limite atingido, a memória de trabalho fica cheia. Quando isso acontece, existem duas possibilidades, ou nenhuma outra estrutura mental é activada, ou então uma nova estrutura é activada mas em detrimento da outra estrutura que desaparece da memória de trabalho e se torna inutilizável, pois é desactivada. O limite da saturação da memória de trabalho explica as dificuldades do sujeito quando lhe é pedido que faça várias coisas ao mesmo tempo, que guarde em mente um grande número de dados, ou que compreenda uma longa frase que exige a integração de numerosas informações. As estruturas mentais que formam a memória de trabalho podem ser utilizadas pelo sujeito, mas não o são obrigatoriamente. Assim, essa utilização pode ser feita através da emissão de respostas explícitas ou implícitas que correspondem às estruturas activadas, através da procura de novas informações ou de novas construções realizadas pelo sujeito. Quando é activada ou utilizada uma estrutura mental anteriormente construída, a sua diferenciação acentua-se e a sua probabilidade de reactivação e reutilização aumenta, isto é, houve aprendizagem. Concluindo, a memória de trabalho é uma placa giratória onde se elaboram os comportamentos actuais do sujeito, onde se constroem as novas estruturas mentais, onde se transformam e se reforçam as estruturas antigas já constituídas na memória permanente (Ehrlich, 1979; Baddley & Hitch, 1994; Baddeley, 1999; Jabłkowska, Karbownik-Lewińska,



Nowakowska Junik Lewiński & Borkowska, 2009). Baddeley e Hitch (1994) identificaram três componentes da memória de trabalho: o executivo central, o laço fonológico e a agenda visuo-espacial. Para os autores, o executivo central é utilizado quando se lida com tarefas de maior exigência cognitiva, possuindo diversas funções, entre elas, a regulação do fluxo de informações, o processamento e armazenamento de informações e a alimentação da entrada de informações para o laço fonológica e para a agenda visuo-espacial. O executivo central pode ser avaliado através de provas de repetição de sequências de dígitos. O laço fonológico mantém a informação verbalmente codificada, e a agenda visuo-espacial está envolvida no processamento e manutenção do material visual e espacial. O laço fonológico possui dois componentes: o armazenamento fonológico, que transforma o material verbal em código fonológico (que se deteriora com o tempo) e o processo de ensaio, que refresca as representações deterioradas no armazenamento fonológico, mantendo-as na memória (Berberian, Trevisan, Moriyama, Montiel, Oliveira & Seabra, 2009).

### **1.3. Memória Semântica e Memória Episódica**

Designa-se por sistema ou memória semântica as estruturas ou representações mentais que integram dois tipos, as que correspondem às actividades não-verbais do sujeito e as que correspondem às actividades verbais. As actividades consideradas como não verbais são as actividades perceptivas, motoras e intelectuais, que não implicam a utilização da linguagem, assim como as acções sobre os objectos, isto é, todos os actos simples ou complexos efectuados. São designadas por actividades verbais as acções perceptivas, motoras e intelectuais que envolvem a linguagem. Geralmente, as actividades verbais habituais também prevêm a utilização de representações não verbais. Assim, as actividades verbais fundamentam-se em representações simultaneamente verbais e não-verbais, isto é, em estruturas mentais. No entanto, existem certas actividades correntes que apenas ocorrem em representações não verbais (Ehrlich, 1979; Baddeley, 1999; Gauer & Gomes, 2006).

Embora as representações verbais e não-verbais sejam muitas vezes utilizadas de forma interdependentes nas estruturas mentais integradas, é importante distingui-las, dado que as suas respectivas propriedades estruturais e funcionais não são semelhantes. A representação mental de um objecto ou de uma acção não-verbal não é organizada da



mesma forma que as sucessões verbais que descrevem esse objecto ou essa acção. Existem normas não-verbais e verbais. As primeiras organizam as representações dos objectos e dos eventos, enquanto as segundas organizam as representações de sequências e grupos verbais. Mas, dado que as palavras designam e descrevem coisas, é igualmente importante considerar as regras de organização geral que integram o não-verbal e o verbal ao nível das correspondências estabelecidas entre as representações verbais e não-verbais (Ehrlich, 1979; Baddeley, 1999; McWilliams & Schmitter-Edgecombe, 2008).

Portanto, a memória semântica é definida como um conjunto de estruturas mentais complexas que reúnem e integram representações verbais e não-verbais. Essas estruturas compõem um sistema organizado que se enriquece e se transforma ao longo do desenvolvimento genético e das aprendizagens. As teorias da memória oscilam entre duas posições extremas e, aparentemente, inconciliáveis. De acordo com a primeira concepção, a organização da memória baseia-se num conjunto de conexões inflexíveis e permanentes que interligam os elementos do sistema. Essas ligações multiplicam-se e fortalecem-se sob os efeitos da aprendizagem. No entanto, em cada estágio do seu desenvolvimento, a força e as capacidades do sistema decorrem dos elementos que o compõem e das suas conexões. A segunda concepção defende que não existe uma organização permanente da memória no sentido de um conjunto de elementos interligados de modo estável, apenas existe organizações circunstanciais que foram construídas ou reconstruídas no decorrer das actividades do sujeito. Resumindo, pode-se considerar que a capacidade de geração de novas conexões é relativamente incompatível com a hipótese de um sistema permanente de estruturas rígidas e homogéneas, visto que a capacidade de aprendizagem é relativamente incompatível com a hipótese de um sistema flexível de estruturas circunstanciais e polimorfos (Ehrlich, 1979; Baddeley, 1999; Schmitter-Edgecombe, 2008).

No que diz respeito à organização do sistema semântico, o conjunto de estruturas mentais correspondente aos objectos, eventos, acções, qualidades, e as suas respectivas propriedades conhecidas, constitui a base permanente da memória semântica. O conhecimento relativo ao objecto é adquirido pelo sujeito e determinado permanentemente na sua memória, ou então é organizado por um conjunto de relações. Deste modo, por um lado distingue-se a organização interna de cada estrutura e das suas propriedades, e a organização hierárquica das estruturas. Por outro lado, diferencia-se



tipos de propriedades, as quais também estão organizadas segundo a organização interna de cada estrutura e das suas propriedades ou a organização hierárquica das estruturas entre elas. Por fim, distinguem-se dois tipos de hierarquias: as hierarquias categoriais e as hierarquias empíricas (Ehrlich, 1979; Baddeley, 1999; Gauer & Gomes, 2006).

Relativamente à estabilidade e mobilidade das estruturas, as aprendizagens do indivíduo multiplicam e organizam os conhecimentos relativos a um objecto, ou seja, elas enriquecem a estrutura mental correspondente e fixam a sua organização. Verifica-se, como consequência disso, que as actividades que implicam posteriormente a utilização dessa estrutura tornam-se cada vez mais rápidas, precisas e variadas. Estes processos não são exclusivos da memória semântica. O mesmo elemento que pertence à memória semântica está inserido permanentemente numa ou várias estruturas rígidas que tendem a fixar de forma inequívoca os grupo de elementos e a sua organização, e está constantemente disponível para novas construções de grande variedade podendo tornar-se permanentes ao cabo de uma aprendizagem suficientemente prolongada que as estabilize como tais (Ehrlich, 1979; Baddeley, 1999).

Segundo Tulving (1972) existe uma distinção entre a memória semântica e a memória episódica. A memória semântica armazena todo o nosso conhecimento acerca do mundo, incluindo o significado dos nomes, ao que eles se referem e o que nos permite manipular símbolos. O conhecimento semântico não está ligado a nenhuma experiência pessoal particular, no entanto todo o conhecimento que temos teve de ser adquirido por alguma experiência que não foi esquecida. Pelo contrário, a memória episódica possui uma conotação pessoal. Tulving comparou a memória episódica à memória autobiográfica mas, actualmente, a memória autobiográfica é vista como um tipo particular de memória semântica, como veremos mais à frente. Wheeler, Stuss e Tulving (1997) sugerem que a maior distinção entre a memória semântica e a memória episódica é o tipo de experiência – subjectiva ou objectiva – que acompanha a codificação e recuperação dos dois tipos de memória. Apesar das suas diferenças, ambas as memórias partilham a propriedade de que podem tornar-se explícitas (Best, 2001; Styles, 2005; Gauer & Gomes, 2006; Katz & Taylor, 2008).



## 2. Memória Autobiográfica

Na maioria dos estudos realizados sobre a memória autobiográfica é efectuada uma distinção entre três tipos de memória: memória específica, memória categorial ou sobregeneralizada, e memória alargada (Heidenreich, Junghanns-Royack & Stangier, 2007). Mais especificamente, o conceito de memória autobiográfica refere-se à capacidade das pessoas recordarem conscientemente acontecimentos pessoais, tais como a vida pessoal e a rede de conhecimentos pessoais, e factos da sua vida que incluem informações auto-relatadas que podem ser mais específicas (episódicas) ou mais genéricas (conceptuais) (Renneberg, Theobald, Nobs, & Weisbrod, 2005; Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007; Griffith, et al., 2009). A recordação desses eventos pessoais varia em termos de especificidade. As memórias gerais referem-se a resumos de ocasiões repetidas, isto é, a memórias genéricas ou a eventos que duram mais de 24 horas - memórias prolongadas. Em contraste, as memórias episódicas referem-se a eventos únicos que ocorreram num determinado momento e lugar, sendo definidas como memórias declarativas e explícitas de um evento específico no tempo e espaço, com a consciência experiencial do self na própria experiência e desempenham um papel importante para a identidade e regulação da emoção (Renneber et al., 2005; Spinhoven, Bockting, Schene, Koeter, Wekking & Williams, 2006; Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007). Conway (1997) faz ainda a distinção de mais um tipo de memória – memória alargada ou estendida. Esta memória reporta-se a recordações de períodos de vida que possuem um início e um final definidos, porém, com uma duração superior a um dia. Esta conceptualização pode ilustrar-se através do estudo no qual os sujeitos deprimidos são instruídos a recordarem memórias autobiográficas de eventos específicos seguindo palavras de sinalização. Estes recuperam memórias mais gerais do que os sujeitos do grupo de controlo, independentemente da valência da sinalização. Este processo é chamado de recuperação de memória sobregeneralizada. Por exemplo, quando instruído a lembrar um evento durante o qual se sentia feliz, um indivíduo deprimido pode responder "Eu sou feliz quando estou de férias" ou "eu era feliz durante a minha viagem de 3 semanas para o Canadá" em vez de "Fiquei feliz no dia em que visitei as Cataratas do Niagara." A primeira resposta é categorizada como uma memória genérica, a segunda como uma memória de extensão, e a terceira como uma memória específica (Barnhofer, Jong-Meyer, Kleinpaß & Nikesch, 2002; Mansell & Lam, 2004;



Crane, Barnhofer, & Williams, 2007; Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007; Kleim & Ehlers, 2008).

Segundo Conway (1997), a memória autobiográfica é hierarquicamente estruturada, com a informação mais geral acerca dos períodos de vida na parte superior; o conhecimento intermediário, acontecimentos gerais, no segundo nível; e informações mais específicas, isto é, acontecimentos específicos, no nível mais baixo (cf. Figura 1). Conway (1997) e Williams (1996) (*cit in* Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dyck, 2006) sugeriram que, em caso de acontecimentos traumáticos, a existência de memórias mais gerais são uma forma de controlar o modo como o sujeito é afectado, minimizando as emoções negativas que advêm das memórias de eventos traumáticos e negativos. Previsivelmente, as memórias autobiográficas mais recentes são mais propensas a serem recordadas do que as memórias autobiográficas mais distantes. As memórias mais recentes são mais vívidas e detalhadas, provavelmente porque esses detalhes são esquecidos nas memórias mais antigas, e estão mais intimamente ligadas às metas actuais, tendo sido vivenciadas mais recentemente. As memórias ricas em imagens têm uma função maior de retenção, pois a imagem facilita a recuperação, e são mais propensas a produzir memórias específicas, provavelmente porque a imaginação é uma forma rápida e eficiente de realizar uma síntese de grandes quantidades de informação (Kuyken & Howell, 2000).

É bastante consensual que a memória autobiográfica é essencial para o funcionamento humano e tem sido objecto de numerosos estudos de forma a ser investigada a sua relação com diferentes aspectos da experiência humana. Esta memória tem sido frequentemente considerada como um subconjunto da memória episódica ou como seu sinónimo. No entanto, autores recentes tais como Conway (1990, 1997) pronunciam-se sobre este tema dizendo que tal é falso, devendo a memória episódica e a memória autobiográfica serem tratadas como dois tipos de memória diferentes e sistemas não equivalentes. A memória episódica contém acontecimentos específicos e pessoais do passado experienciado, que podem durar de minutos a horas. Assim, segundo o modelo “*Self Memory System*” de Conway & Pleydell-Pearce (2000), as memórias autobiográficas são “construções mentais transitórias” de um sistema de memória independente. Dentro deste modelo, as memórias autobiográficas específicas são elaboradas como sendo o resultado da recuperação coordenada de informação sensorial-perceptual do sistema de memória episódica e contextualizam as informações



do self a longo prazo (Mansell & Lam, 2004; Crane, Barnhofer, & Williams, 2007; Raes, Hermans, Williams & Eelen, 2007). No entanto, a recuperação da memória autobiográfica é falível e vulnerável a uma série de distorções e problemas. A memória autobiográfica exacta depende da capacidade de recordar com precisão quando e onde ocorreu um evento específico, sendo este processo conhecido como memória de origem. A capacidade de distinguir a realidade de eventos do imaginário depende da descodificação da informação (Kuyken & Howell, 2000).

Foi somente a partir de 1970 que o tema da memória autobiográfica começou a atrair a atenção da investigação substancial entre psicólogos experimentais. Embora alguns autores tenham utilizado o termo memória autobiográfica da mesma forma que usam o termo memória episódica, outros consideram que é melhor não confundir ou equiparar estes conceitos. O sistema de memória episódica abrange eventos específicos do passado, pessoalmente experienciados, que duram de minutos a horas. Uma memória episódica é caracterizada pela quase-experiência, detalhes sensorio-perceptivos dos acontecimentos e pela recuperação de uma memória concreta. Desta forma, este tipo de memória é normalmente acompanhado por um estado chamado de sensibilização autoética, que significa que o acontecimento passado pessoal é lembrado conscientemente e, como tal, é reexperienciado ou revivido (Raes et al., 2006). Assim, a memória autobiográfica deve ser vista como um sistema mais abrangente que inclui não só as memórias específicas (episódicas) mas também o conhecimento autobiográfico mais geral que, quando acedido, não é acompanhado das experiências autoéticas dos acontecimentos revividos mentalmente. Como tal, a memória episódica e a memória autobiográfica são melhor conceptualizadas como dois sistemas de memória diferentes, separados e não equivalentes (Raes et al., 2006). Relativamente à memória autobiográfica sobregeneralizada ainda existem ambiguidades acerca da sua origem, apesar da diversidade dos estudos já realizados. Várias explicações não mutuamente exclusivas têm sido propostas para explicar o enviesamento da memória autobiográfica sobregeneralizada. Uma explicação centra-se sobre o impacto da existência de acontecimentos traumáticos. Williams (1996) foi o primeiro a sugerir que a memória autobiográfica sobregeneralizada nos adultos surge, em parte, de experiências traumáticas vivenciadas na infância. Segundo este autor, um sujeito que em criança sofreu um trauma, pode adoptar uma disposição em recordar memórias pessoais a um nível geral e não específico. O objectivo seria evitar os efeitos negativos



agudos associados a memórias específicas potencialmente relacionadas com o trauma. Vários estudos têm suportado a sugestão de Williams ao demonstrarem uma associação entre uma memória sobregeneralizada de um acontecimento marcante durante a infância, um diagnóstico do transtorno de stress pós-traumático, distúrbios de stress agudo, e/ou intromissão de memórias traumáticas (Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007).

Outra explicação aponta para um défice nos processos cognitivos necessários para uma recuperação da memória autobiográfica. Como evidência para essa perspectiva, uma correlação negativa significativa entre o QI e a memória sobregeneralizada tem sido encontrada tanto nos adolescentes deprimidos como nos não deprimidos. Também foi relatado que a memória sobregeneralizada está relacionada com a disfunção cognitiva nos idosos (Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007). Curiosamente, alguns autores interpretam a memória sobregeneralizada como um dos indicadores de um pobre desempenho de tarefas em geral, possivelmente como resultado do funcionamento executivo empobrecido. No entanto, Wessel, Merckelbach e Dekkers conseguiram demonstrar uma relação entre a memória sobregeneralizada e os processos cognitivos. Estes autores relataram que a recordação verbal, a capacidade de aprendizagem em geral e a recuperação semântica não são preditores da existência de memórias autobiográficas entre as vítimas de trauma (Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007).

Com base na revisão da literatura concluímos que a origem da memória sobregeneralizada para os indivíduos deprimidos ainda não está bem estabelecida. Como discutido anteriormente, embora os dados de suporte possam ser encontrados tanto para as hipóteses de trauma como para as de défice cognitivo, existem estudos que suportam estes fundamentos divergentes (Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007).

Em síntese, segundo os dados bibliográficos, a memória autobiográfica engloba a memória específica, a memória alargada ou estendida e a memória categorial ou sobregeneralizada, sendo esta hierarquicamente estruturada (cf. Figura 1). Desta forma, a informação geral é localizada na parte superior e as informações mais específicas e detalhadas situam-se na parte inferior. Assim, quando pessoas tentam recuperar memórias autobiográficas acedem primeiro à descrição geral, utilizando essas memórias como etapas intermediárias para obter a descrição mais específica dos eventos. Ou seja, as pessoas geralmente percorrem esta estrutura hierárquica e selecionam o nível de

especificidade da memória que desejam e que faz mais sentido para eles quando são convidados a recordá-la, enquanto os pacientes deprimidos têm grande dificuldade a passarem das memórias gerais para as específicas (Selva, Postigo & Rodríguez, 2005).



Figura 1: Hierarquia da memória autobiográfica.

### 3. Depressão

Esta perturbação constitui actualmente um verdadeiro problema de saúde pública devido ao número de doentes atingidos, dado que a sua prevalência pontual situa-se por volta dos 12% da população, o que é um valor considerável. Esta é uma psicopatologia que tem um grande impacto na vida do paciente e dos seus familiares, pois provoca elevado mal-estar e sofrimento, com um comprometimento significativo nos aspectos sociais, ocupacionais e noutras áreas de funcionamento (Maia, 1999; Pedinielli & Bernoussi, 2006; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

O termo “depressão” é utilizado, numa linguagem comum, para designar um estado afectivo normal - a tristeza -, um sintoma, uma síndrome e uma doença. A tristeza é uma resposta humana natural às situações de perda, derrota, decepção e desventuras com um valor adaptativo (através do isolamento, o sujeito poupa energia e recursos para o futuro); mas também um sinal de alerta, para as pessoas que rodeiam o sujeito, de que este pode estar a necessitar de companhia e ajuda (Del Porto, 1999).

Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, tais como transtorno de stress pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo e



doenças clínicas. Também é ainda natural ocorrer como resposta a situações stressantes ou a situações sociais e económicas desfavoráveis (Del Porto, 1999; Kaplan, Sadock e Grebb, 2003).

Como síndrome, não implica apenas alterações de humor mas também uma multiplicidade de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como por exemplo, o sono ou o apetite, baixa auto-estima, isolamento, aparência entristecida, ideação suicida, humor irritável ou deprimido, alucinações auditivas congruentes com o humor, insónia e dificuldades de concentração (Del Porto, 1999).

Finalmente, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de diversas formas. Segundo o DSM-IV a depressão é categorizada como uma perturbação de humor, podendo as perturbações depressivas ser classificadas como: transtorno depressivo major, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, entre outros (Del Porto, 1999).

Apesar da característica mais verificada nos estados depressivos ser os sentimentos de tristeza ou vazio, tal não se encontra em todos os pacientes, pois estes relatam-na de forma subjectiva variando a própria gravidade e frequência dos sintomas de sujeito para sujeito. Assim, a maioria refere, a perda da capacidade de experimentar prazer e a redução do interesse nas actividades. São também apontadas a sensação de fadiga, perda de energia, cansaço exagerado e alterações psicomotoras, em particular retardo psicomotor, lentificação física ou mental com inibição e ansiedade, estupor depressivo, alucinações, ideias delirantes e/ou obnubilação da consciência, no caso da depressão psicótica (Goodwin & Jamison, 1990; Assunção, Marques, Guimarães, Sieiro & Scivoletto, 1998; Del Porto, 1999). Apesar das diferentes classificações, o estado depressivo apresenta-se como um estado transitório, na sua generalidade, mas pode também tornar-se crónico e recorrente (Pardinielli & Bernoussi, 2006; Powell et al., 2008).

São quatro as áreas-problema frequentemente encontradas nos pacientes deprimidos: 1. *Luto* (perda por morte); 2. *Disputas interpessoais* (com parceiro, filhos, outros membros da família, amigos, companheiros de trabalho); 3. *Mudança de papéis* (novo emprego, saída de casa, término dos estudos, mudança de casa, divórcio, mudanças económicas ou outras mudanças familiares); 4. *Défices interpessoais* (solidão, isolamento social) (Schestatsky & Fleck, 1999).



A importância de medidas preventivas, de um diagnóstico precoce e de uma actuação coerente e articulada no tratamento é devido ao carácter reservado e interdependente da sintomatologia depressiva. Pode-se afirmar que as doenças depressivas, devido à sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica, devem ter um acompanhamento terapêutico. Contudo, não devemos esquecer que o papel do acompanhamento terapêutico nas depressões ambiciona intervir não apenas na crise ou eventual urgência, mas tem como importante objectivo a monitorização da evolução clínica e desempenho usual dos pacientes, ou ainda contribuir no processo de reabilitação (Estellita-Lins, Oliveira & Coutinho, 2006).

### **3.1. Modelos Teóricos da Depressão**

Nos últimos 20 anos houve um grande crescimento relativamente ao interesse pela investigação dos aspectos psicológicos dos transtornos depressivos. A Teoria Cognitivo-Comportamental, com maior relevância no que diz respeito a este quadro clínico, apresenta duas abordagens - a cognitiva e a comportamental. Desta forma, o foco desta terapia está na mudança do pensamento depressivo e, conseqüentemente, no comportamento. Essas mudanças podem ser realizadas de várias formas, através de experimentos comportamentais, discurso lógico, exame de evidências, resolução de problemas, dramatização ou estruturação imaginária, entre outros (Brewin, 1996; Neto & Ito, 1998; McQuaid & Carmona, 2004; Young, Beck & Weinberger, 2007). Esta teoria não é definida pelas técnicas usadas mas pela ênfase que o terapeuta dá ao papel dos pensamentos e acções na causa e manutenção dos transtornos. A Teoria Cognitivo-Comportamental tem demonstrado efeito na prevenção de recaídas, do mesmo episódio depressivo, e provavelmente também na recorrência de futuros episódios depressivos. Segundo vários ensaios clínicos, esta terapia demonstrou ser mais eficaz do que outras formas de psicoterapia e farmacoterapia. A partir desta teoria, derivam muitas das principais técnicas terapêuticas psicológicas utilizadas actualmente (Neto & Ito, 1998; Knapp, 2007).

O modelo comportamental baseia-se nas teorias da aprendizagem. Deste modo, a partir do reflexo condicionado de Pavlov, que ocorre quando um estímulo neutro é sincronizado com outro desencadeante do reflexo incondicionado, existe a noção de que os estímulos que ocorrem ao mesmo tempo da resposta têm tendência, quando repetidos, a ocorrer novamente. As respostas não desaparecem mas podem ser



substituídas por outras. Deste modo, para se alterar um hábito, existem três formas de o fazer: condicionar um novo estímulo a uma resposta antiga, de forma a que seja substituído e ocorra um contra-condicionamento; mudar as características do estímulo; e condicionar uma nova resposta a um estímulo antigo. Esta última forma pode ocorrer de duas maneiras: introduzir o estímulo gradualmente, aumentando a sua intensidade quando a nova resposta estiver presente e instalada, e apresentar o estímulo com intensidade total, impedindo a resposta antiga de ocorrer (Neto & Ito, 1998; Neto & Andrade, 1998).

Em 1974, Lewinsohn sugeriu que a diminuição ou ausência do reforço positivo nas interacções do indivíduo com o ambiente podiam causar sintomas depressivos – modelo de ausência do reforço. Assim, quando um sujeito efectua determinados comportamentos e estes raramente são reforçados positivamente, as suas actividades e interacções são reduzidas significativamente pois deixaram de produzir reforço, o que irá contribuir para o surgimento de sintomas depressivos como é o caso do isolamento ou da perda de interesse. Esta diminuição da qualidade das interacções do sujeito pode ser o resultado de uma diminuição no reforço positivo, como já foi referido, ou o resultado de um aumento dos aspectos aversivos existentes no ambiente. Deste modo, pode existir por parte do indivíduo falta de habilidades sociais adequadas para obter reforços disponíveis ou para lidar com os elementos aversivos do ambiente, isto é, o impacto positivo de ocorrências que eram anteriormente reforçadoras pode ter diminuído ou, então, a intensidade dos acontecimentos aversivos terem aumentado (Neto & Ito, 1998; Neto & Andrade, 1998).

Segundo o modelo de solução de problemas, quando um sujeito enfrenta uma situação de vida específica, presente ou antecipada, que necessita de uma resposta para o funcionamento eficaz ou adaptativo e não encontra uma forma de lidar com a situação de modo eficaz ou adaptativo, pode surgir um problema, originado por uma discrepância entre a realidade e o objectivo desejado. As consequências negativas podem levar as pessoas a episódios depressivos, que levam à visão de um futuro sem esperança, tendo um efeito negativo sobre a capacidade do indivíduo para lidar com as situações. A própria percepção do problema influencia directamente a natureza desse mesmo problema. Assim, tal pode acontecer quando o indivíduo atribui a causa do problema a: algum erro ou anormalidade interna permanente, avalia o problema como ameaça ao bem-estar pessoal, quando tem sérias dúvidas sobre a sua capacidade para



solucionar problemas ou para lidar com uma situação eficazmente e/ou, finalmente, quando não quer dedicar tempo e esforço necessário na procura da solução do problema. As experiências anteriores de sucesso são um factor importante para a crença na auto-eficácia, pois assim o sujeito desconsidera o contexto da situação presente dado que a estratégia usada para resolver os problemas anteriores também terá sucesso neste caso (Neto & Ito, 1998; Neto & Andrade, 1998).

A teoria comportamental também utiliza o comportamento operante como forma de alteração de procedimentos. Assim, a resposta ao estímulo interage com o ambiente de modo a modificá-lo. As consequências do comportamento reagem sobre ele e isso altera a probabilidade de tal ocorrer novamente. Quando a existência de uma determinada consequência aumenta a ocorrência de um comportamento, ela é denominada de reforço positivo. Se, pelo contrário, é a sua retirada que aumenta a frequência, ela é designada de reforço negativo. Podem existir o reforço primário, necessário à sobrevivência do organismo, e o reforço secundário, adquirido através da associação ao reforço primário (Neto & Andrade, 1998). Bandura (1979, *cit in* Neto & Andrade, 1998) demonstra, através da aprendizagem social, que uma grande parte do comportamento humano é adquirida por imitação. Tal, associado à observação de comportamentos desadequados, pode originar distúrbios marcantes. Através da prática clínica, verificaram técnicas que assistem o modelo comportamental de forma a verificarem-se resultados positivos. Algumas das técnicas utilizadas são a exposição, o treino de auto-afirmação, a técnica de solução de problemas e tomada de decisão, treino de habilidades sociais, entre outras.

O modelo cognitivo da depressão foi desenvolvido por Beck devido, em grande parte, à desilusão com o Modelo Psicodinâmico que praticava na altura. Na década de 60 do século passado, Beck observou que o humor e os comportamentos negativos eram usualmente resultados de pensamentos e crenças distorcidas e não de forças inconscientes como sugerido pela teoria freudiana. Isto é, a depressão podia ser compreendida como sendo decorrente das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais, ressaltando as mudanças que ocorrem no pensamento da pessoa deprimida. A formulação cognitiva da depressão entende os sintomas depressivos como resultado das distorções cognitivas de conteúdo negativo, isto é, o paciente deprimido elabora a sua experiência de forma negativa e antecipa resultados desfavoráveis para os seus problemas. O conteúdo negativo do pensamento por si só pode não causar



depressão mas é um aspecto elementar na manutenção do transtorno. Assim, os pacientes com depressão acreditam e agem como se as coisas estivessem piores do que realmente estão. Esta forma de interpretar os acontecimentos e as expectativas funciona como um impulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, comprovam, após nova interpretação, a existência de sentimentos pessoais de inadequação, baixa auto-estima e desesperança. Esta visão negativa do futuro leva, muitas vezes, a ideias e tentativas reais de suicídio (Brewin, 1996; Rangé & Sousa, 1998; Maia, 1999; McQuaid & Carmona, 2004; Lima, et al., 2007; Young, Beck & Weinberger, 2007; Powell et al., 2008).

Desenvolvida para tratar pacientes com problemas que não se encontravam a ter sucesso no tratamento com a Terapia Cognitiva-Comportamental, a Terapia do Esquema é uma abordagem sistemática que amplia a Terapia Cognitiva-Comportamental clássica ao dar ênfase à investigação dos problemas psicológicos com origem na infância e adolescência, às técnicas emotivas, à relação terapeuta-paciente e às estratégias de coping desadaptativas. A Terapia do Esquema trata os aspectos que caracterizam as perturbações, adequando-se ao tratamento de vários transtornos do Eixos 1 e 2, desde que os sintomas psiquiátricos agudos sejam limitados. Dependendo do paciente, esta terapia pode ser breve, de médio ou de longo prazo e ser realizada em conjunto com outros tratamentos e medicação psicotrópica. Assim, a terapia focada em esquemas para o tratamento de perturbações da personalidade evoluiu a partir do modelo cognitivo de Aaron Beck, uma vez que enfatizar um nível mais aprofundado de cognição, denominado por Esquema Desadaptativo Remoto. Estes esquemas são considerados padrões emocionais e cognitivos desadaptativos iniciados no nosso desenvolvimento desde cedo e repetidos ao longo da vida, encontrando-se associados a diversas psicopatologias. Eles lutam para sobreviver e, embora causem sofrimento, são familiares, confortáveis e provocam bem-estar. Um dos motivos pelos quais os esquemas são tão difíceis de mudar deve-se às pessoas sentirem-se aliciadas por acontecimentos que activam os seus esquemas, considerando-os verdades *a priori*, e que influenciam a maneira como pensam, sentem, agem e relacionam-se com os outros (Young, Klosko & Weishaar, 2003; Kellogg & Young, 2006; Cazassa & Oliveira, 2008).

A Terapia Racional Emotiva de Ellis, na qual o conceito de crenças irracionais é fundamental, apresenta entre os seus pressupostos as interpretações e as crenças que o



indivíduo desenvolveu sobre si mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo em geral. Se essas interpretações ou crenças são ilógicas, têm pouca sustentação empírica e dificultam a obtenção das metas estabelecidas pelo indivíduo, sendo irracionais, o que não significa que não exista um raciocínio sobre o evento que as dispara, mas um raciocínio erróneo, já que se chega a conclusões igualmente erróneas. Se, pelo contrário, as interpretações ou inferências estão baseadas em dados empíricos e numa sequência científica e lógica entre premissas e conclusões, as crenças são racionais dado que o raciocínio é correcto e a filosofia básica dessa pessoa é funcional. A origem das crenças irracionais está no próprio ser humano, que nasce tanto ingénuo quanto educável e aceita todo o tipo de ideias, sentimentos e acções que os seus pais e cuidadores mostram, sejam eles funcionais ou não. Mesmo quando se aceitam crenças irracionais alheias, há uma tendência a reconstruir-se essas mesmas crenças e a mantê-las activas, mesmo que se manifestem apenas anos depois de terem sido aprendidas. Algumas crenças irracionais nas crianças não são completamente descabidas na infância pois as crianças devem, de facto, ser capazes de criar vínculos com os outros para sobreviver. No entanto, quando essas ideias se mantêm na adolescência e na idade adulta, elas frequentemente geram frustrações cujas consequências acabam por caracterizar o funcionamento desadaptativo do indivíduo. As pessoas adquirem essas crenças no seu meio social, embora tenham uma tendência inata para construir crenças irracionais a partir das suas experiências. Assim, uma crença irracional é uma exigência imperativa e inflexível que colabora, em grande parte, para o desenvolvimento de perturbações emocionais (Nelson-Jones, 2000; Ellis, 2003; Rangé & Fenster, 2004).

A pesquisa científica na área da cognição destaca a importância do processamento da informação na sintomatologia depressiva, sendo as cognições negativas são uma característica e um processo central na depressão. Tal processo é reflectido na *tríade cognitiva da depressão* que consiste: i) na visão negativa do *Self*, onde a pessoa se vê como inadequada ou inapta; ii) na visão negativa do mundo, incluindo das relações, do trabalho e das actividades; e iii) na visão negativa do seu próprio futuro, o que parece estar cognitivamente vinculado ao grau de desesperança (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Young, Beck & Weinberger, 2007). Os pacientes deprimidos distorcem constantemente as suas interpretações dos acontecimentos, mantendo assim visões negativas de si próprios, do ambiente e do futuro. Estas distorções representam desvios dos processos lógicos de pensamento usados



tipicamente pelas pessoas e podem surgir sob a forma de pensamentos automáticos negativos, crenças, esquemas e distorções cognitivas (Rangé & Sousa, 1998; Lima, et al., 2007; Young, Beck & Weinberger, 2007). Os pensamentos automáticos negativos são as cognições no nível mais superficial da consciência e reflectem a temática cognitiva específica do transtorno depressivo. Por estarem mais acessíveis à consciência, os pensamentos automáticos negativos geralmente são as primeiras cognições a serem identificadas e trabalhadas no processo de tratamento. O conteúdo do pensamento do paciente é distorcido pela perpetuação de várias alterações cognitivas. Num nível intermediário de cognições situam-se as crenças subjacentes, constituídas por pressupostos e regras que dirigem a relação do indivíduo com o mundo (Rangé & Sousa, 1998; Lima, et al., 2007). As distorções cognitivas, percebidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupam um lugar de destaque na depressão. As pessoas com depressão tendem a estruturar as suas experiências de forma absoluta e inflexível, o que resulta em erros de interpretação quanto ao desempenho pessoal e ao julgamento das situações externas. As distorções cognitivas mais comuns que foram observadas nos pacientes deprimidos são: a inferência arbitrária (conclusão precipitada e com poucas evidências); a abstracção selectiva (tendência da pessoa escolher evidências do seu mau desempenho); sobregeneralização (tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes); e personalização (atribuição pessoal geralmente de carácter negativo). No entanto, existem outras distorções verificadas em sujeitos com depressão. As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são padrões estáveis adquiridos ao longo da vida do indivíduo com esta patologia. Essas regras e crenças são sensíveis à activação de fontes primárias como o stress e, frequentemente, levam a estratégias interpessoais ineficazes (Rangé & Sousa, 1998; Powell et al., 2008).

Como pode ser constatado, alguns modelos cognitivos e comportamentais pertencem, igualmente, ao modelo da terapia cognitivo-comportamental. Deste modo, por vezes é difícil, se não impossível, fazer uma distinção entre os três modelos dado que estes se completam.



#### 4. Memória Autobiográfica e Depressão

A existência de um défice na memória episódica, em pacientes com sintomatologia depressiva, é suportada por vários estudos. Apesar da existência de tal défice ser fundamentado tanto na recordação livre como no reconhecimento, ou seja, na memória de origem, o balanço das evidências sugere que os danos são mais graves na recordação livre do que nas tarefas de reconhecimento. A existência de défices num aspecto particular da memória de reconhecimento tem sido igualmente verificada durante a depressão (Raes et al., 2006). Portanto, para ser explicada a recuperação da memória sobregeneralizada na depressão, isto é, memórias gerais, inespecíficas e difusas sobre a própria vida, vários autores elaboraram modelos iniciais de recuperação da memória no desenvolvimento de modelos de memória autobiográfica. No entanto, muitos investigadores defendem uma estrutura hierárquica de memória autobiográfica no qual as memórias específicas estão protegidas entre grandes estruturas cognitivas. No caso das memórias sobregeneralizadas, acredita-se que o processo de pesquisa foi interrompido muito cedo, permitindo o acesso a uma descrição geral, mas não aos detalhes específicos. No entanto, a natureza da estrutura hierárquica, em particular os mecanismos ou processos responsáveis por iniciar uma pesquisa mais detalhada, está longe de ser clara. Alguns investigadores propõem uma estrutura baseada nos contextos de actividade que fornecem a ligação a episódios específicos, enquanto outra proposta baseia-se numa referência inicial para prolongar a linha temporal antes de poder ocorrer uma pesquisa mais direccionada (Warren, & Haslam, 2007).

Muitos desses modelos têm sido criticados por não fornecer uma explicação satisfatória para as diferenças existentes na constituição das memórias recuperadas pelos sujeitos deprimidos. Em resposta, Williams (1996, *cit in* Warren & Haslam, 2007) teve em conta o impacto emocional que a recordação de certas memórias pode conter no momento de elaborar a sua explicação. Deste modo, na aprendizagem da dor associada à recordação de um evento negativo específico, um indivíduo pode interromper a pesquisa ao nível das descrições categoriais (Warren, & Haslam, 2007).

De acordo com o modelo cognitivo motivacional da memória autobiográfica de Conway e Pleydell-Pearce (2000, *cit in* Warren, & Haslam, 2007), a memória de trabalho desempenha um papel demasiado global na recordação, dado que envolve a manipulação das informações contidas na memória a curto prazo. Estes autores argumentam que um subconjunto da memória de trabalho, referido como o “*working*



*self*”, interage com uma base de conhecimento autobiográfico e, juntos, formam um sistema de auto-memória através do qual ocorre a recuperação de memórias pessoais relevantes. Argumenta-se que o sistema de auto-memória pode impedir o acesso a determinados acontecimentos negativos, dado que a sua recuperação possibilita a reactivação de sentimentos e comportamentos disfuncionais e, por sua vez, causar um efeito destabilizador, que está em desacordo com o estado que o indivíduo deseja naquele momento. Segundo este modelo, a recuperabilidade de memórias autobiográficas específicas desempenha um papel fundamental na preservação da integridade da identidade pessoal de um indivíduo. Estes modelos foram sugeridos de forma a explicarem a presença de memórias autobiográficas sobregeneralizadas em pessoas com acontecimentos de vida negativos (Warren, & Haslam, 2007).

Relativamente às teorias de recuperação da memória autobiográfica, existem duas que destacam o papel da memória de trabalho na recuperação da memória autobiográfica específica. O primeiro modelo foi sugerido por Baddeley e Hitch (1994), o qual foi referido anteriormente, sendo constituído por três componentes da memória de trabalho. Por sua vez, Williams (1996) propôs um quadro intitulado "*mnemonic interlock*" para explicar a tendência dos pacientes deprimidos para recuperarem memórias autobiográficas categoriais. Este quadro é baseado na suposição de que as memórias são codificadas e armazenadas de forma hierárquica, de acordo com o nível de detalhe, com as memórias mais detalhadas sendo as de mais difícil acesso. As tentativas iniciais para recuperar memórias autobiográficas específicas resultaram na activação de memórias categoriais. Na segunda tentativa de recuperação de memórias específicas em que se solicita maior especificidade, são novamente activadas mais memórias categoriais, quando o objectivo consiste na recuperação de memórias específicas. Deste modo, o ciclo repetitivo de recuperação das memórias categoriais precisa de ser inibido pela memória de trabalho, de forma a que as informações contextuais possam ser introduzidas e haja acesso às memórias específicas. Assim, propõe-se que se comprometa funcionalmente a capacidade da memória de trabalho dos indivíduos deprimidos durante o processo de recuperação da memória autobiográfica específica (Birch & Davidson, 2007).

O papel da memória de trabalho também está incluído numa teoria mais geral de recuperação da memória autobiográfica. Conway e Pleydell-Pearce (2000) propõem que os processos de controlo activo da memória de trabalho desempenham um papel



fundamental na recuperação da memória específica. Segundo estes autores, quando estamos a tentar recuperar uma memória autobiográfica específica, formamos um modelo mental desse objectivo. As memórias activadas são avaliadas em relação ao modelo mental e as activações irrelevantes são ignoradas. Assim, os processos de controlo activo estão pensados para estar no centro da pesquisa da memória autobiográfica e da sua avaliação (Birch & Davidson, 2007).

É provável que uma variável cognitiva subjacente, como a memória de trabalho, possa explicar a associação entre a recuperação da memória autobiográfica sobregeneralizada e a baixa capacidade de resolução de problemas sociais. Vários investigadores têm explorado a relação entre a recuperação da memória autobiográfica e as medidas específicas de funcionamento cognitivo utilizando, na maioria das vezes, o Teste de Memória Autobiográfico. No entanto, muitos desses investigadores não conseguiram encontrar a existência de uma relação significativa entre as respostas ao Teste de Memória Autobiográfico e os resultados nos testes que avaliam a memória de trabalho (Birch & Davidson, 2007).

As pesquisas também demonstraram que a memória sobregeneralizada, relativa à memória autobiográfica, está associada a algumas formas de psicopatologia. No entanto, a maioria dos estudos centraram-se na relação entre a memória sobregeneralizada e a depressão (Griffith, et al., 2009). Brittlebank e colaboradores (1993, *cit in* Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dyck, 2006) foram os primeiros a relatar que os pacientes com depressão major, que obtêm memórias mais sobregeneralizadas no Teste de Memória Autobiográfica, possuem um pior prognóstico. A presença de memória sobregeneralizada nos pacientes com sintomatologia depressiva prevê resultados significativamente mais pobres e a longo prazo. Tal foi comprovado mesmo quando os níveis dos sintomas iniciais foram tomados em consideração. Outros estudos confirmaram estes resultados. Peeters, Wessel, Merckelbach e Boon-Vermeeren (2002) demonstraram que um número menor de respostas específicas foi preditivo de piores resultados nos 3 a 7 meses de acompanhamento, com níveis superiores ao dos sintomas iniciais. Da mesma forma, Raes et al. (2006) evidenciaram que a especificidade reduzida relativamente a palavras negativas foi preditora de níveis mais altos de depressão nos 7 meses de acompanhamento. Ainda, Dalgleish e colaboradores (2001) estenderam estes resultados a um grupo de pacientes que sofriam de transtorno afectivo sazonal (Hermans et al., 2008).



Para verificarem se crianças com antecedentes de distúrbios depressivos retêm mais memórias autobiográficas gerais e menos memórias autobiográficas específicas do que as crianças do grupo de controlo, Vrielynck, Deplus e Philippot (2007) usaram um grupo clínico de 40 crianças entre os 9 e 13 anos. Os sujeitos foram recrutados de duas instituições para crianças com necessidades educativas especiais, incluindo crianças com necessidades cognitivas, psicológicas e dificuldades familiares. Crianças com perturbações psicóticas e atraso mental foram excluídas da investigação. O grupo clínico foi dividido em dois subgrupos: o grupo clínico com depressão e o grupo clínico sem depressão mas que possuem outras perturbações psicopatológicas. O grupo de controlo é constituído por 20 crianças, dos 9 aos 12 anos com idade média de 11, 3 anos, recrutados de uma escola pública primária. Foi utilizada a versão francesa do TMA, dois subtestes (vocabulário e semelhanças) do *Wechsler Intelligence Scale for Children-III*, o *Child Memory Scale*, uma entrevista semiestruturada de psicopatologias para crianças e adolescentes (*K-SADS-PL*) e o *Multiscore Depression Inventory for Children (MDI-C)*. Os resultados mostraram que o grupo clínico com depressão retém menos memórias específicas do que o grupo clínico sem depressão que, por sua vez, retém menos memórias específicas que o grupo de controlo. Os grupos clínicos retêm mais memórias gerais do que o grupo de controlo e, finalmente, o grupo clínico com depressão guarda mais memória alargadas do que o grupo de controlo.

Noutro estudo, Kleim e Ehlers (2008) traçaram como objectivo averiguar a qualidade da recuperação da memória autobiográfica em sujeitos expostos a um stressor grave recente, ferimentos num ataque violento, de forma a verificar se a memória específica está relacionada com depressão major. Foram recrutados 203 participantes, entre os sobreviventes, que estavam a obter tratamento para suas lesões originadas durante assalto, no departamento de emergência de um grande hospital urbano de ensino entre o período de Julho de 2003 e Dezembro de 2004, com depressão major. Os participantes com psicose e dependência de substâncias, bem como aqueles que não se lembrava do evento, foram excluídos. O grupo de controlo não diferiu em termos de idade, sexo ou gravidade dos ferimentos. O Teste de Memória Autobiográfica foi aplicado a todos os participantes passado duas semanas do assalto. Os sobreviventes que tinham depressão major após o trauma geraram menos memórias autobiográficas específicas comparados com aqueles que não desenvolveram depressão.



Spinhoven e colaboradores (2006) investigaram se a memória autobiográfica específica em pacientes eutímicos com depressões recorrentes está comprometida em comparação com sujeitos sem depressão. Os participantes foram seleccionados de centros psiquiátricos e através de anúncios feitos pela comunicação. Para tal, os sujeitos deveriam ter tido dois episódios de depressão major nos últimos 5 anos, com duração de pelo menos 10 semanas há menos de 2 anos, uma pontuação no *Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)* inferior a 10 e excluir critérios de mania ou hipomania, antecedentes de doença bipolar, perturbação psicótica, danos cerebrais, actual dependência de álcool ou drogas, perturbação de ansiedade predominante, recente terapia electroconvulsiva, recente tratamento cognitivo ou frequentar terapia cognitiva na altura do início da investigação ou psicoterapia actual com uma frequência superior a duas vezes por mês. No grupo clínico, 122 indivíduos completaram a bateria de avaliação, tendo os sujeitos uma idade média de 44,7 anos. O grupo de controlo foi recrutado através do jornal local, em grupos comunitários e através da internet. Os elementos deste grupo com uma perturbação de eixo I, determinada pelo *SCID-I* ou pela *MINI*, um episódio depressivo anterior ou abusos físicos ou sexuais em crianças foram excluídos. O grupo controlo foi constituído por 37 participantes e não diferiu do grupo clínico em relação à idade, escolaridade e género, sendo ambos homogéneos. Após os sujeitos terem respondido aos instrumentos previamente referidos, foi-lhes aplicado o TMA. Deste modo, verificaram que os pacientes eutímicos que tiveram episódios anteriores de depressão reportam significativamente menos memórias específicas do que os sujeitos do grupo de controlo. Dentro do grupo clínico, os sujeitos mais novos e com um grau académico superior recuperaram mais memórias autobiográficas específicas.

O estudo de Leibetseder, Rohrer, Mackinger e Fartacek (2006) teve como objectivo clarificar a questão do comprometimento da recordação de uma memória autobiográfica nas tentativas de suicídio depender ou não da presença de uma perturbação afectiva. O estudo foi conduzido no Centro de Prevenção e Pesquisa de Suicídio. Para tal, os investigadores compararam quatro grupos: pacientes com uma actual depressão major e tentativa de suicídio; pacientes após tentativa de suicídio mas sem perturbações afectivas; pacientes com depressão major mas sem tentativa de suicídio; e sujeitos de controlo, sem depressão major nem tentativa de suicídio. Os instrumentos usados para esta investigação, e aplicados aos quatro grupos, foram o



*SCID-I*, o *TMA*, o *Beck Depression Inventory (BDI)*, o *Beck Hopelessness Scale (HS)*, o *HRSR* e o *Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT)*. A análise dos dados comprovou um efeito significativo na alteração das memórias autobiográficas nos sujeitos com depressão major, nos sujeitos que fizeram uma tentativa de suicídio e nos sujeitos com depressão major e que tentaram o suicídio, isto é, demonstraram a existência de uma memória autobiográfica específica reduzida.

No estudo realizado por Lemogne, Piolino, Friszer, Claret, Girault, Jouvent, Allilaire e Fossati (2005) o objectivo era avaliar a memória autobiográfica episódica na depressão. Colocaram a hipótese de que os pacientes deprimidos irão mostrar um comprometimento global da memória autobiográfica episódica e um sentido de humor-congruente. Para a realização do estudo, recrutaram 21 pacientes deprimidos (8 homens e 13 mulheres) e 21 sujeitos de controlo (8 homens e 13 mulheres) sem antecedentes de depressão. Os critérios de exclusão para a inserção no grupo experimental eram: história de transtorno bipolar, transtorno de stress pós-traumático, distúrbio psicótico, transtorno por uso de substâncias, transtorno de personalidade esquizóide e borderline, e qualquer distúrbio associado a um prejuízo da memória. Foi aplicada uma adaptação da *Episodic Autobiographical Memory Task*. Os resultados sugerem um compromisso global da memória autobiográfica episódica relativamente a memórias positivas na depressão. Confirmando a hipótese colocada, os pacientes deprimidos mostraram uma diminuição da especificidade, da consciência autoética e auto-perspectiva. Assim, este comprometimento da memória autobiográfica episódica na depressão foi explicado por uma insuficiência de memórias positivas.

Birch e Davidson (2007) pretenderam averiguar se os idosos com depressão recuperam menos memórias específicas e mais memórias categoriais do que os idosos sem depressão. Para isso, foram usados um grupo clínico e um grupo de controlo. O grupo clínico era constituído por 17 sujeitos que concordaram em participar no estudo e pontuaram pelo menos 14 na escala de depressão geriátrica. O grupo de controlo era constituído por 17 sujeitos que concordaram em participar no estudo, que pontuaram menos de 14 na escala de depressão geriátrica e que não tinham história de depressão nos últimos 5 anos. Todos os participantes, de ambos os grupos, tinham de ter pelo menos 65 anos, sendo grupos homogéneos na idade, género e grau académico. Todos os participantes que não tivessem como primeira língua o inglês, que tivessem problemas de visão ou audição, perturbação de stress pós-traumático ou diminuição cognitiva



foram excluídos. Foi aplicado um teste para verificar a presença de dificuldades auditivas ou visuais (*Sensory Screening Test*), o Geriatric Depression Scale, o *Mini Mental State Examination (MMSE)*, o TMA, o *Wechsler Memory Scale III (WMS-III)* e o *Wechsler Test of Adult Reading*. Apesar do grupo clínico reter menos memórias específicas do que o grupo de controlo, não foi verificado uma correlação significativa entre os sujeitos com depressão e o número de memórias específicas ou categoriais.

O estudo de Kuyken e Dalgleish (1995) procurou explicar os resultados contraditórios relacionados com qualquer enviesamento de latência na recordação de memórias perante estímulos negativos sobre as memórias de sugestões positivas. Foram recrutados 33 pacientes deprimidos, dos quais 22 eram pacientes de um grande hospital psiquiátrico. Os restantes sujeitos estavam prestes a participar num estudo acerca de um novo tratamento. Todos os pacientes deprimidos preencheram os critérios de DSM-III-R de diagnóstico de episódio depressivo maior. Foram recrutados 33 sujeitos de controlo com a mesma idade e nível de educação. Foi utilizada uma versão modificada do paradigma experimental usado por Williams e seus colegas, em que cinco palavras positivas (feliz, surpreso, interessado, bem sucedido e seguro) e cinco palavras negativas (desajeitada, irritada, pesaroso, magoado e solitário), impressas em cartões separados, serviram como sinais de memória. Os sujeitos foram convidados a ler cada carta e a tentar pensar na primeira memória que lhes vieram à mente. As cartas foram apresentadas numa ordem aleatória com palavras positivas e negativas alternadas. Se a resposta não foi uma memória específica, de seguida, foi solicitado aos indivíduos para tentar novamente. Finalmente, os indivíduos completaram o Inventário de Depressão de Beck. O estudo demonstrou que os sujeitos deprimidos lembram-se em primeiro lugar de memórias gerais, ao contrário dos sujeitos do grupo de controlo. Em suma, os indivíduos deprimidos têm dificuldade em aceder memórias autobiográficas específicas.

Mansell e Lam (2004) pretendiam, com a seu estudo averiguar três hipóteses: verificar se pessoas com transtorno afectivo bipolar em remissão irão demonstrar um enviesamento de memória sobregeneralizada relativamente a pessoas que experienciaram depressão unipolar, verificar se as imagens mentais estariam associados com a recordação de memórias autobiográficas específicas em oposição às memórias autobiográficas gerais, e verificar se o grupo bipolar experienciaria mais frequentemente recordações de memórias positivas, como pode ser esperado das suas experiências de períodos de humor particularmente elevado. Os participantes foram 18 sujeitos com um



diagnóstico de perturbação bipolar I, actualmente em remissão, e 16 sujeitos com depressão unipolar, actualmente em remissão. Para o estudo, aplicaram o *Beck Depression Inventory*, a *Hamilton Depression Scale* e a *Mania Rating Scale*. Os investigadores concluíram que o grupo bipolar com remissão recorda memórias generalizadas e não específicas, quando comparado ao grupo unipolar com remissão. Relativamente às imagens mentais, em ambos os grupos, existiam mais associações em relação às memórias específicas do que às memórias generalizadas. Estes resultados sustentam a noção de que a recuperação de eventos específicos pode ser, muitas vezes, acompanhada por imagens. Por último, constataram que o grupo bipolar remitente identificou mais frequentemente, durante o seu quotidiano, memórias negativas em relação ao grupo unipolar.

A investigação de Kenealy, Beaumont, Lintern e Murrell (2000) pretendia averiguar a relação entre memória autobiográfica, depressão e qualidade de vida. Os participantes deste estudo foram 30 residentes do Hospital Real de Neuro-deficiência, em Londres, os quais tinham um diagnóstico de esclerose múltipla e uma capacidade de comunicação suficiente para completar os instrumentos de avaliação com assistência. Os participantes tinham uma idade média de 52,4 anos e uma duração média de tempo de diagnóstico de 21,4 anos. Não houve diferenças significativas entre a média de idade e a duração da doença dos 13 homens e das 17 mulheres que participaram. Foram utilizados os seguintes instrumentos: *Autobiographical Memory Interview (AMI)*; os níveis de depressão foram avaliados com o *Hospital Anxiety and Depression Scale*; a gravidade da incapacidade foi avaliado utilizando o *Expandido Disability Status Scale (EDSS)*, a capacidade cognitiva geral foi avaliada pela *Raven's Coloured Progressive Matrices*; e o *SF-36 Health Survey* foi utilizado para estimar a qualidade de vida dos participantes no estudo. Verificaram que a depressão e memória autobiográfica são afectadas pela duração da doença e que estes factores juntos interagem com qualidade de vida.

Dagleish et al. (2007) pretendiam verificar a relação entre a versão padrão do *Autobiographical Memory Test* e o humor depressivo. Para isso, seleccionaram 60 sujeitos (44 mulheres e 16 homens) do Centro de Investigação *Cognition and Brain Sciences Unit* que tinham respondido ao *BDI* em estudos previamente realizados. Desses 60 sujeitos, 25 não estavam deprimidos, 10 estavam moderadamente deprimidos e 25 estavam muito deprimidos. A idade média da amostra é de 38.73 anos. Dado que



tinham previamente respondido ao *BDI*, apenas foi aplicado o *AMT*. Os resultados sugerem que níveis elevados de humor deprimido no *BDI* nas amostras clínicas estão moderadamente correlacionados de forma negativa com a versão padrão do *Autobiographical Memory Test*.

O estudo de Kaviani, Rahimi-Darabad e Naghavi (2005) tinha como objectivo verificar eventuais diferenças nos aspectos específicos da memória autobiográfica em sujeitos com depressão após tentativa de suicídio. A amostra deste estudo é composta por 20 sujeitos deprimidos (8 homens e 12 mulheres) com uma idade média de 28,05 anos, admitidos na enfermaria psiquiátrica do hospital Loqman após tentativa de suicídio, e 20 sujeitos saudáveis, com idade média de 27,65 anos. Os sujeitos com outras perturbações psiquiátricas foram excluídos. Os instrumentos utilizados neste estudo foram *The Beck Depression, the Beck Hopelessness Scale*, o *AMT*, o *Means-Ends Problem-Solving Task (MEPS)* e o *Semantic Memory Task*. Os resultados mostraram que os participantes que fizeram uma tentativa de suicídio estão mais deprimidos e mais desesperados do que os sujeitos saudáveis. Em resposta às palavras-chave, os sujeitos deprimidos recuperam memórias positivas mais lentamente e memórias negativas de forma mais rápida, sendo as memórias recuperadas sobregeneralizadas.

Os resultados obtidos durante os últimos 20 anos têm demonstrado que as pessoas deprimidas geram relativamente mais informações pessoais sobregeneralizadas do conhecimento autobiográfico e têm mais dificuldade em recuperar memórias específicas do que as pessoas que não se encontram deprimidas (Kuyken & Howell, 2000; Raes et al., 2007).

#### **4.1. Memória Autobiográfica como Preditora de Depressão**

Uma vez que a memória autobiográfica está relacionada com a depressão, esta também pode prever o seu curso e resultado. Na verdade, Brittlebank, Scott, Williams e Ferrier (1993, *cit in* Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dyck, 2006) verificaram que a memória autobiográfica sobregeneralizada, em resposta às palavras positivas de sinalização, possui uma correlação com a severidade da depressão. Dalglish, Spinks, Yiend e Kuyken (2001) constataram que o número de memórias sobregeneralizadas, reactivamente às palavras de sinalização positivas, prevê os níveis de depressão nos pacientes em acompanhamento, com transtorno afectivo sazonal,



mesmo após a correcção dos níveis iniciais dos sintomas. No entanto, tal depende da escala utilizada para avaliar a sintomatologia depressiva. Além disso, Peeters et al. (2002) descobriram que pacientes deprimidos que possuem memórias específicas em reacção a estímulos negativos tiveram um melhor prognóstico após sete meses de tratamento (Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dyck, 2006).

Segundo os trabalhos de Williams e Dritchel (1992), os sujeitos possuem uma tendência para produzir respostas categoriais ou para produzirem respostas específicas, mas não ambas (Warren, & Haslam, 2007). Assim, o fenómeno da memória sobregeneralizada ocorre em vários grupos de sujeitos, incluindo nas tentativas de suicídio, em sujeitos clinicamente deprimidos, em mulheres com transtorno de depressão pós-parto, em pacientes que sofrem de trauma relacionados e em transtorno de stress agudo (Van Minnen, Wessel, Verhaak & Smeenk, 2005). O desempenho da memória autobiográfica em pacientes com transtorno depressivo é prejudicado comparativamente aos indivíduos sem depressão. Mais especificamente, os pacientes com depressão são caracterizados por uma incapacidade em recordar eventos específicos experienciados individualmente e respondem com descrições sobregeneralizadas (Brewin, 1998; Johnson, Greenhoot, Glisky & McCloskey, 2005; Spinhoven et al., 2006; Crane, Barnhofer, & Williams, 2007; Griffith, et al., 2009). Assim, a investigação evidenciou que este fenómeno ocorre entre as fases aguda da depressão, actuando assim como um marcador de traço em vez de um marcador de estado (Warren, & Haslam, 2007).

Williams e seus colaboradores verificaram que a memória sobregeneralizada para eventos negativos na depressão, reflecte uma estratégia de regulação do afecto. Mais especificamente, indivíduos que experienciaram adversidade na infância aprendem a recuperar memórias de maneira genérica, a fim de minimizar o efeito negativo que é potencialmente associado a recordações dolorosas. Por outras palavras, recuperar memórias negativas de uma maneira menos específica serve como um mecanismo de defesa para ajudar indivíduos vulneráveis a evitarem experiências de afecto negativo. Naturalmente, o significado pessoal pode ser uma dimensão particularmente importante no alargamento da avaliação da memória autobiográfica na depressão. Teoricamente tem sido postulado que pessoas deprimidas possuem esquemas cognitivos negativos que são activados diferencialmente por preocupações ideográficas que envolvem necessidades de relacionamento e/ou questões de realização. Empiricamente, os estudos



que têm usado deliberadamente estímulos relevantes para os sujeitos verificaram muitas vezes efeitos de memória de humor-congruente em pessoas deprimidas. Portanto, é lógico que a avaliação da memória autobiográfica com estímulos de memória ideográfica facilite a memória de humor-congruente no tratamento de pessoas deprimidas, como por exemplo, o reforço de memórias de acontecimentos negativos em relação a eventos positivos (Rottenberg, Hildner, & Gotlib, 2006).

Embora seja possível que o prejuízo existente na memória autobiográfica represente apenas um sintoma cognitivo secundário associado a depressões passadas ou presentes, alguns dados sugerem que este pode estar directamente relacionado com o surgimento ou recorrência de um episódio depressivo; e que a existência de memória sobregeneralizada prediz um curso mais prolongado da doença, pelo menos nos episódios de depressão e de transtorno agudo de ansiedade (Roberts, Carlos & Kashdan, 2006; Griffith, et al., 2009). Em vários estudos, foi constatado que o prejuízo da memória autobiográfica está associado a uma pobre capacidade de resolução de problemas e a uma dificuldade em imaginar situações específicas no futuro. Consequentemente, situações quotidianas stressantes, eventos ou mudanças de humor induzem mais facilmente episódios depressivos quando as habilidades cognitivas de resolução de problemas estão prejudicadas (Brewin, 1998; Roberts, Carlos & Kashdan, 2006; Spinhoven et al., 2006; Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007).

De facto, a memória sobregeneralizada está ligada à persistência de distúrbios afectivos na população deprimida e é também observada em grupos clínicos logo após a recuperação da depressão, sugerindo que pode revelar-se um marcador relativamente estável de vulnerabilidade para episódios depressivos, em vez de um marcador de depressão em si (Van Minnen et al., 2005; Crane, Barnhofer, & Williams, 2007; Vrielynck, Deplus, & Philippot, 2007; Griffith, et al., 2009). A depressão é um distúrbio caracterizado por pensamento repetitivo, independente do acontecimento autobiográfico específico, que pode levar a problemas de monitorização na recuperação da memória autobiográfica. Uma forma de identificar a origem dos problemas é através da redução da confiança na integridade das memórias e da sua precisão (Kuyken & Howell, 2000).



### **III. Corpo empírico**

#### **1. Apresentação do estudo**

Com este estudo de natureza descritiva e de tipo quantitativo pretende-se, como objectivo principal, averiguar eventuais diferenças na memória autobiográfica entre sujeitos com sintomatologia depressiva e sem sintomatologia depressiva e definem-se as seguintes hipóteses:

H1: Os indivíduos com sintomatologia depressiva possuem uma memória autobiográfica generalizada

H2: Os indivíduos que não se encontram com sintomatologia depressiva têm uma memória autobiográfica específica.

H3: Os sujeitos com sintomatologia depressiva possuem mais memórias autobiográficas negativas do que positivas.

H4: Os sujeitos com sintomatologia depressiva obtêm um tempo de latência no TMA mais elevado do que os sujeitos sem sintomatologia depressiva.

H5: Os indivíduos com uma escolaridade mais elevada possuem mais memórias autobiográficas específicas.

H6: Os indivíduos com uma escolaridade mais baixa possuem mais memórias autobiográficas sobregeneralizadas.

H7: Os sujeitos mais novos recuperam mais memórias autobiográficas específicas do que os mais velhos.

H8: Os indivíduos com sintomatologia depressiva possuem mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência negativa.

H9: Os indivíduos sem sintomatologia depressiva possuem mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência positiva.

H10: Os sujeitos com uma escolaridade mais elevada possuem memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência positiva.

H11: Os sujeitos com uma escolaridade mais baixa possuem memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência negativa.

H12: Os sujeitos mais novos recuperam mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência positiva.

H13: Os sujeitos mais velhos recuperam mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência negativa.



H14: Os indivíduos profissionalmente activos têm mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência positivas.

H15: Os indivíduos profissionalmente não activos têm mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência negativas.

H16: Os indivíduos activos possuem mais memórias autobiográficas específicas.

H17: Os indivíduos não activos possuem mais memórias autobiográficas sobregeneralizadas.

Para esta investigação definiu-se como variável independente o nível de sintomatologia depressiva, a idade, o género e a escolaridade. As variáveis dependentes são as pontuações nas palavras-estímulo positivas e negativas, a especificidade das recordações recuperadas (a pontuação no TMA) e o tempo de latência.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

A amostra do nosso estudo foi recolhida por conveniência, sendo constituída por 79 sujeitos, dos quais 19 são homens (24,1%) e 60 são mulheres (75,9%) (cf. Figura 2). A média de idades é 44,47 anos, sendo a moda de 54, a mediana de 44, a idade mínima de 19 anos e a idade máxima de 63 anos.

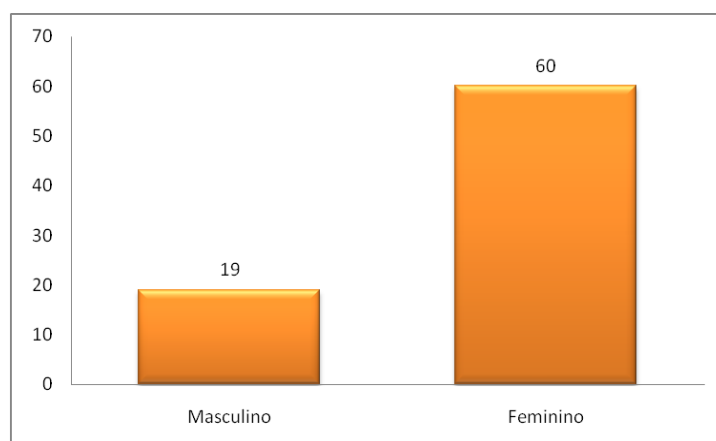


Figura 2: Distribuição frequencial por género.



Relativamente à escolaridade, 4 dos sujeitos (5,1%) são analfabetos, não tendo completado o 4º ano, 31 sujeitos (39,2%) completaram o 4º ano, enquanto 26 participantes (32,9%) acabaram o 6º ano, 11 participantes (13,9 %) concluíram o 9º ano, 2 deles (2,5%) obtiveram o 12º ano e 5 sujeitos (6,3%) possuem uma licenciatura.

Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos é casada (82,3%), 3,8% são solteiros, 2,5% são viúvos, 2,5% vivem em união de facto, 7,6% são divorciados e 1,3% namora, como se pode observar na Figura 3.

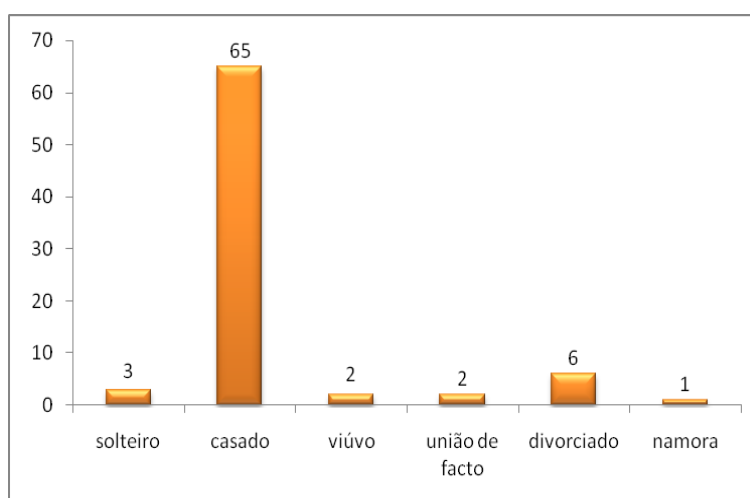


Figura 3: Distribuição frequencial por estado Civil.

Em relação ao local de residência, a maioria dos participantes (98,7%) vivem num meio considerado urbano e apenas 1 indivíduo (1,3%) habita num meio rural.

No que diz respeito à ocupação profissional, 44 dos participantes da nossa amostra (55,7%) encontram-se activos, enquanto 35 indivíduos (44,3%) não se encontram a exercer qualquer actividade profissional. Quanto ao nível socioeconómico, 37 sujeitos (46,8%) possuem um rendimento mensal que não ultrapassa os 450€ mensais, 39 participantes (49,4%) usufruem de um salário entre os 450€ e os 840€, enquanto apenas 3 indivíduos (3,8%) desfrutam um rendimento superior a 840€ mensais.



## 2.2. Material

### **Questionário de Dados gerais:**

Este questionário inclui questões referentes à obtenção de dados de natureza sócio-demográficas: idade, género, estatuto socioeconómico, escolaridade, estatuto marital, profissão, local de residência e presença de doença física ou psicológica. Os tipos de respostas requeridas neste questionário são de resposta breve, dicotómicas (sim/não), escalares e de múltipla escolha (cf. Anexo 1).

### **Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D):**

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) é uma escala que tem como objectivo avaliar o nível actual da sintomatologia depressiva, dando maior destaque à componente afectiva, isto é, ao humor depressivo. Este instrumento foi construído por Radloff (1977) para estudos epidemiológicos sobre a população geral, mas é também apropriada para populações clínicas (Gonçalves & Fagulha, 2006). A versão utilizada adequa-se à população adulta (cf. Anexo 2).

Os estudos pioneiros foram realizados nos Estados Unidos, durante os anos 70, tanto em amostras representativas da população norte-americana, como numa amostra de sujeitos psiquiátricos. A escala foi publicada em 1977, passando a ser utilizada no seu país de origem. O pressuposto em que assenta a construção da escala é o da existência de uma variação contínua entre o funcionamento normal a as formas mais graves de depressão (perspectiva dimensional das perturbações depressivas) (Gonçalves & Fagulha, 2006).

Para a versão portuguesa do CES-D foram realizados três estudos. O primeiro estudo, realizado em 2000, teve como objectivo avaliar a consistência interna, as características dos itens e a correlação com os resultados do Inventário de Beck. O segundo e o terceiro estudo foram efectuados em 2000/2001. Ambos visaram verificar se a escala era adequada para a população portuguesa, e o segundo estudo também pretendia estudar a validade da escala (Gonçalves & Fagulha, 2006).

A versão portuguesa possui valores relativos à consistência interna, correlações inter-item e correlações item-total superiores à da versão original, como excepção da correlação inter-itens da terceira amostra. Assim, nos três estudos, o Alfa de Cronbach situa-se entre 0.87 e 0.92. Relativamente à validade da análise factorial ressaltaram cinco factores - afecto depressivo, afecto positivo, sintomas somáticos e perturbação da



actividade, interpessoal – e foi constatado que os factores estão fortemente correlacionados entre si (Gonçalves & Fagulha, 2006).

A escala é composta por 20 itens. As respostas foram dadas, de forma oral, numa escala de 4 pontos correspondentes à frequência de cada sintoma durante a última semana (desde “nunca, muito raramente” a “com muita frequência, sempre”), sendo a cotação baseada na escala de Likert. As respostas são cotadas de 0 a 3, sendo 4 itens de cotação inversa. O resultado final é igual a soma das cotações de todos os itens, podendo variar entre os 0 e os 60 pontos, em que quanto mais elevada for a pontuação, maior é o grau de depressão. Foi usado um ponto de corte de 20, isto é, o sujeito que pontua acima de 20 pontos nesta escala é visto como possuindo sintomatologia depressiva (Noh, Kaspar & Avison, 1992; Gonçalves & Fagulha, 2006).

### **Teste de Memória Autobiográfica (TMA):**

O Teste de Memória Autobiográfica, *Autobiographical Memory Test (AMT)*, desenvolvido inicialmente por Williams e Broadbent (1986), é um procedimento experimental usualmente utilizado para avaliar a capacidade das pessoas para recuperar memórias autobiográficas específicas. Uma memória específica é definida como sendo um acontecimento que dure um dia ou menos, que tenha ocorrido num local determinado e num momento concreto. O objectivo basilar deste questionário é avaliar a capacidade do sujeito para recuperar uma memória específica num espaço delimitado de tempo. O TMA consiste na apresentação de palavras-estímulo de diferentes valências emocionais (positivas, negativas e neutras), sendo solicitado ao participante que recupere recordações autobiográficas específicas relacionadas com palavras oferecidas. As memórias surgidas pelos sujeitos são codificadas em termos da sua valência (positiva, negativa ou neutra) e abrangência (geral ou específica) (Pergher & Stein, 2008).

No presente estudo, partiu-se da lista de palavras seleccionadas por Afonso (2007) (cf. Anexo 3). A partir destes itens procedeu-se à sua adaptação para adultos. Assim, a 135 adultos foi apresentado uma lista de 30 palavras (10 negativas, 10 positivas e 10 neutras). As palavras com maior percentagem de resposta foram escolhidas para constituírem esta versão do TMA. Desta forma, utilizamos as 15 palavras mais escolhidas: 5 positivas (divertido – 77,7%; alegre – 78,5%; contente – 47,4%; apaixonado – 75,5%; e feliz – 83,7%), 5 negativas (triste – 78,5%; abandonado



– 54,1%; decepcionado – 73,3%; infeliz – 63,7%; e rejeitado – 57,0%) e 5 neutras (carro – 83,7%; trabalho – 93,3%; casa – 86,7%; sapatos – 39,3%; e família – 91,9%).

A aplicação da presente versão (cf. Anexo 4) inicia-se informando o participante que escutará algumas palavras, uma de cada vez, e que a sua tarefa consiste em, após escutar cada palavra, descrever uma recordação específica da sua vida que esteja relacionada com a palavra ouvida. Seguem-se alguns itens que funcionam como exemplos para facilitar a compreensão acerca do que é considerada uma recordação específica. Todos os participantes receberam a mesma instrução inicial: “Vou nomear várias palavras, uma a uma. Depois de nomear cada uma das palavras tem de me relatar a primeira recordação que lhe ocorre a partir dessa palavra. Mas vai ter de descrever como se fosse uma imagem que tem gravado, ou seja, uma coisa que recorde que tenha ocorrido num dado dia, num determinado momento e num sítio específico. Diga a maior quantidade de detalhes que possa desse momento. (Como se tivesse a imagem desse momento ou recordação)”. Foram dados 60 segundos para o participante transmitir a sua memória específica, para cada uma das palavras. O tempo de latência é registado. No entanto, quando a primeira resposta do participante para cada palavra-estímulo não se constituía numa recordação específica, eram utilizados dois formatos da instrução de ajuda. Assim, o participante recebia as seguintes instruções: “Poderia ser mais específico(a)?” ou “Consegue lembrar-se de uma situação específica – um momento em particular?”. Passa-se para a palavra-estímulo seguinte quando ocorre a recuperação de uma recordação específica ou quando o sujeito não refere uma memória específica em 60 segundos (Pergher & Stein, 2008).

Relativamente à especificidade da memória, as respostas dos participantes para cada palavra-estímulo foram cotadas de acordo com as quatro categorias sugeridas na literatura (Williams, Healy e Ellis, 1999). Desta forma, a codificação atribuída foi a seguinte: as não-respostas/associações semânticas foram codificadas como 0; as memórias sobregeneralizadas foram codificadas como 1; as memórias estendidas, isto é, recordações de períodos de vida que possuem um início e final definidos mas com uma duração superior a um dia, foram codificadas como 2, e as memórias específicas foram codificadas como 3. Esta classificação foi realizada por dois juízes independentes. A pontuação do TMA foi calculada como pontuação bruta, isto é, foram somadas as pontuações das 15 palavras-estímulos de cada sujeito. Desta forma, quanto maior a pontuação, maior a recuperação de memórias específicas. Quanto ao tempo de latência,



este foi calculado como o tempo (em segundos) transcorrido entre o fim da leitura da palavra-estímulo e o início da resposta do participante. O tempo de latência foi calculado como média, isto é, somaram-se os tempos de latência de cada sujeito e dividiu-se o resultado por 15, uma vez que esta é o número de palavras-estímulo existentes (Pergher & Stein, 2008).

### **2.3. Procedimentos**

Para a aplicação dos questionários ser realizada nas Consultas de Psicologia e nas Consultas da Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar do Entre Douro e Vouga, E. P. E., houve a necessidade de solicitar a autorização à Comissão de Ética do Centro Hospitalar, que cedeu a respectiva autorização.

Os resultados foram recolhidos de forma individual durante as Consultas de Psicologia e de Dor Crónica, nas Unidades de Oliveira de Azeméis e da Feira do Centro Hospitalar, tendo como condicionante pertencerem ao grupo etário dos adultos (dos 18 aos 64 anos).

Inicialmente foi explicado aos sujeitos a temática e finalidade académica da investigação, tal como as questões éticas subjacentes ao mesmo, nomeadamente o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Após o consentimento dos sujeitos, foram aplicados os três questionários atrás referidos, durante os meses de Março e Abril.

### **3. Análise estatística**

Recorremos ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na sua versão 18.0 para construir a matriz e proceder ao tratamento estatístico dos dados. A análise estatística que efectuamos inclui o conjunto de medidas de estatística descritiva básica que permite a caracterização da amostra. Para se testar a normalidade utilizou-se o teste Kolmogorov-Smirnov, através do qual se verificou a normalidade da distribuição desta amostra, o que nos permitiu utilizar estatística inferencial.



#### 4. Resultados

Da análise efectuada verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $t(77) = 0,378$ ;  $p = 0,707$ ) entre a pontuação do TMA em sujeitos com sintomatologia depressiva ( $M = 28,90$ ) e em sujeitos sem sintomatologia depressiva ( $M = 29,47$ ) (cf. Figura 4).

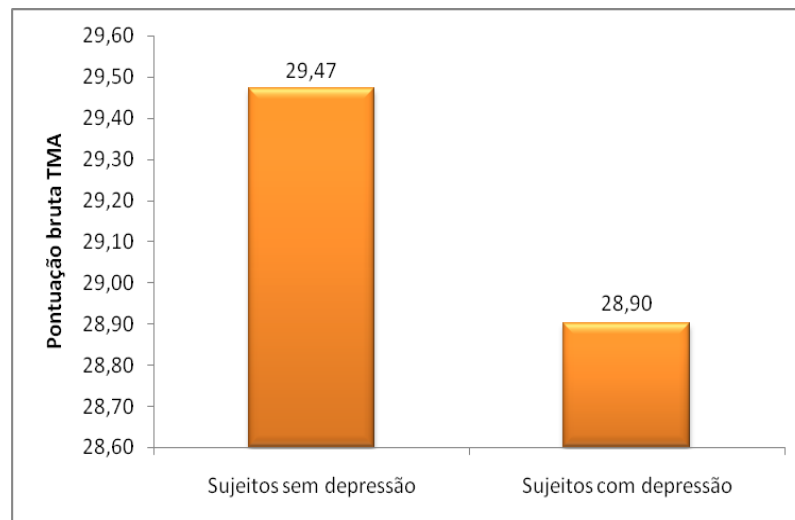


Figura 4: Valores médios na pontuação do TMA em sujeitos com e sem sintomatologia depressiva.

No que diz respeito ao tempo de latência das respostas no TMA não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $t(77) = 0,194$ ;  $p = 0,847$ ) entre os tempos médios dos sujeitos com sintomatologia depressiva ( $M = 10,61$ ) e os sujeitos sem sintomatologia depressiva ( $M = 10,85$ ).

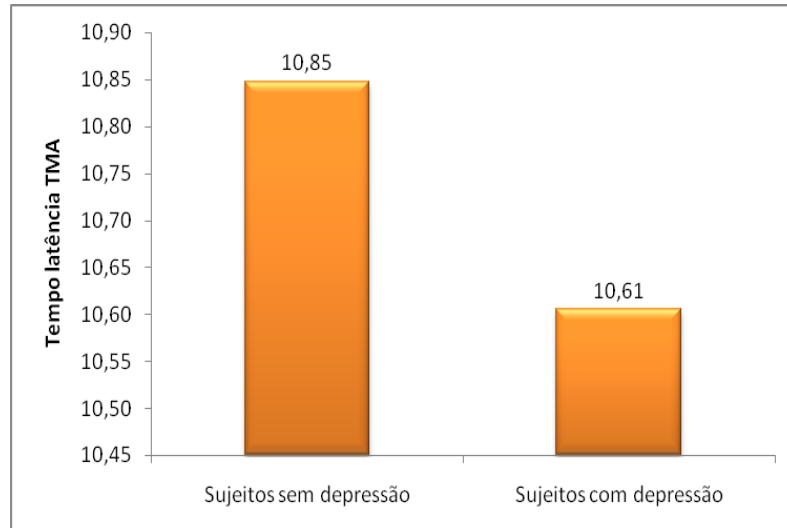


Figura 5: Valores médios dos tempos de latência no TMA em sujeitos com e sem sintomatologia depressiva.

No que diz respeito à influência da escolaridade foram criados dois grupos: o primeiro contempla a escolaridade até ao 4º ano; e o segundo engloba a escolaridade do 6º ano em diante. Verificam-se resultados estatisticamente significativos entre estes grupos na pontuação do TMA ( $t = (77) = - 2,647; p < 0,05$ ). O grupo de sujeitos que estudou até ao 4º ano obtém uma pontuação no TMA de 26,97, enquanto o grupo com escolaridade a partir do 6º ano obtém uma média de 30,84 (cf, Figura 6).

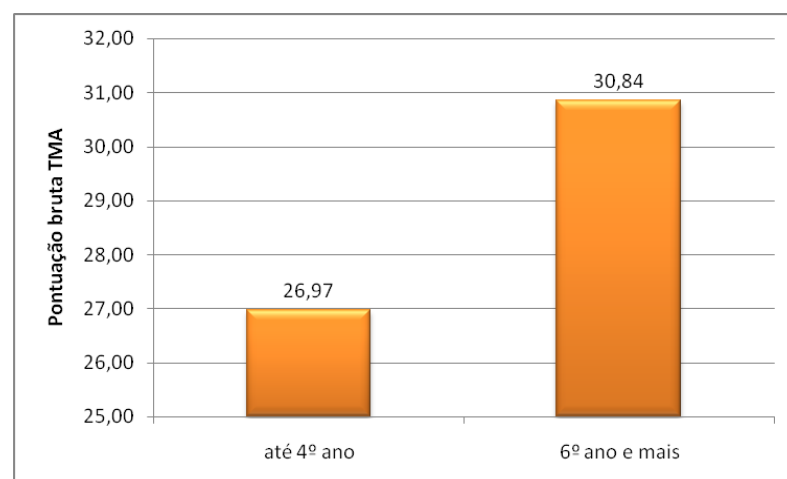


Figura 6: Valores médios na pontuação do TMA em sujeitos com escolaridade até ao 4º ano e com escolaridade a partir do 6º ano.



Relativamente à variável idade criamos dois grupos, sendo o primeiro até aos 40 anos e o segundo a partir dos 41 anos. Verificam-se resultados estatisticamente significativos entre estes grupos na pontuação do TMA ( $t = (77) = 2,230; p < 0,05$ ). Como se observa na Figura 7, o grupo de sujeitos com idade até aos 40 anos obtém uma pontuação no TMA de 31,06, enquanto o grupo com mais de 40 anos obtém uma média de 27,76.

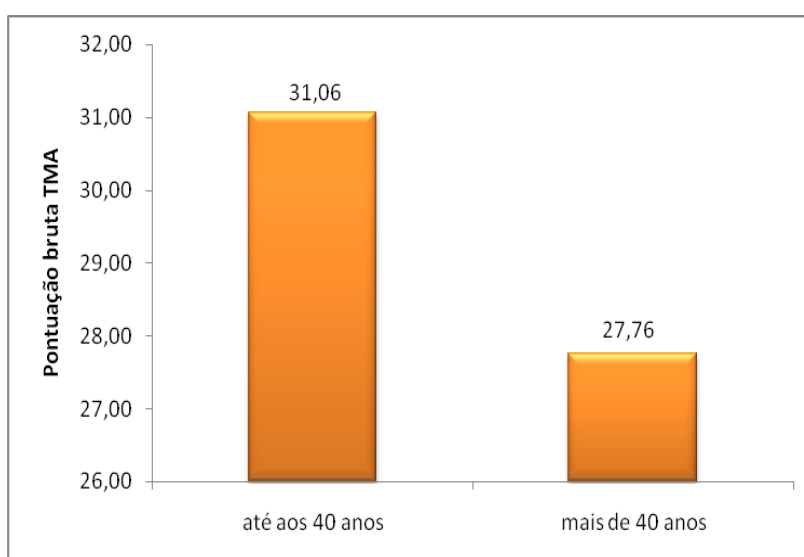


Figura 7: Valores médios na pontuação do TMA em sujeitos com idade até aos 40 anos e com mais 40 anos.

No que se refere às palavras com valência positivas, nos sujeitos com e sem sintomatologia depressiva, verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = 2,124; p < 0,05$ ). Desta forma, o grupo de sujeitos sem sintomatologia depressiva obtém uma pontuação superior nas palavras com valência positiva (11,92), enquanto o grupo com sintomatologia depressiva obtém uma média de 10,78.

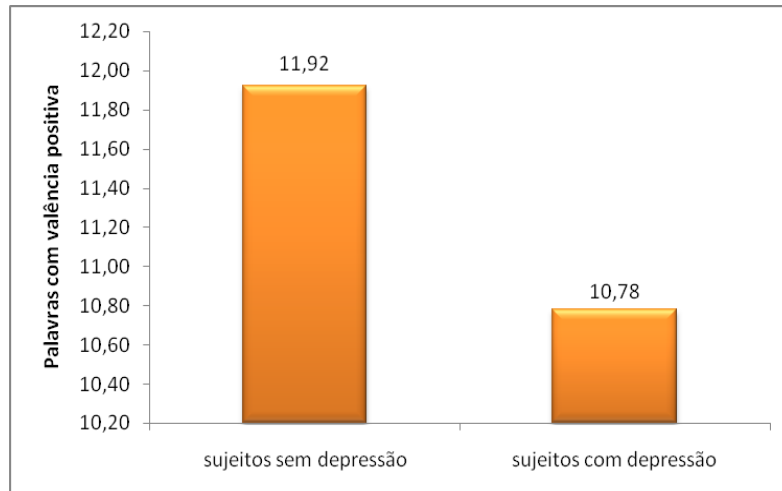


Figura 8: Valores médios das palavras com valência positiva nos grupo de sujeitos sem e com sintomatologia depressiva.

Relativamente à pontuação das palavras com valência negativa nos sujeitos com e sem sintomatologia depressiva, verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = - 2,286; p < 0,05$ ). Desta forma, o grupo de sujeitos sem sintomatologia depressiva obtém uma pontuação inferior nas palavras com valência negativa (8,00), enquanto o grupo com sintomatologia depressiva obtém uma média de 9,56.

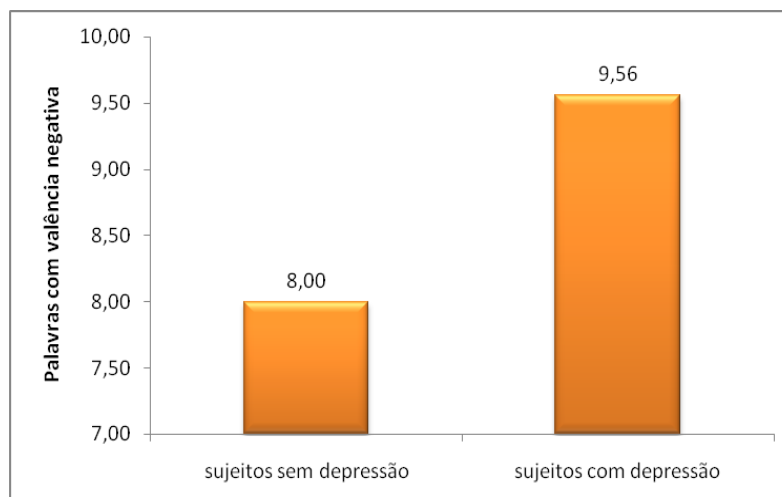


Figura 9: Valores médios das palavras com valência negativa nos grupo de sujeitos sem e com sintomatologia depressiva.



No que diz respeito à pontuação do TMA nas palavras com valência positiva na escolaridade não verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = -1,139$ ;  $p = 0,259$ ). O grupo de sujeitos com escolaridade até ao 4º ano detém uma pontuação inferior nas palavras com valência positiva (10,97), enquanto o grupo com uma escolaridade superior ao 4º ano obtém uma média de 11,60, tal como se pode observar na Figura 10.

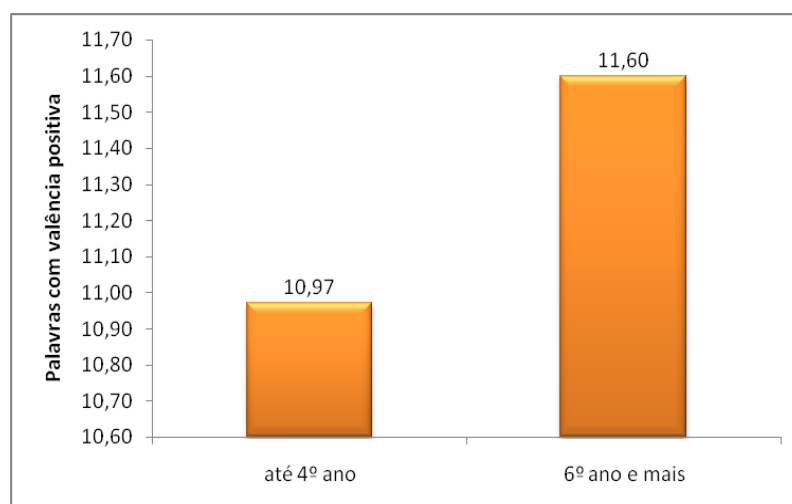


Figura 10: Valores médios das palavras com valência positiva na escolaridade.

No que se refere a pontuação do TMA nas palavras com valência negativa e a escolaridade não verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = -1,818$ ;  $p = 0,075$ ). O grupo de sujeitos com escolaridade até ao 4º ano detém uma pontuação inferior nas palavras com valência negativas (8,09), enquanto o grupo com uma escolaridade superior ao 4º ano obtém uma média de 9,36 (cf. Figura 11).

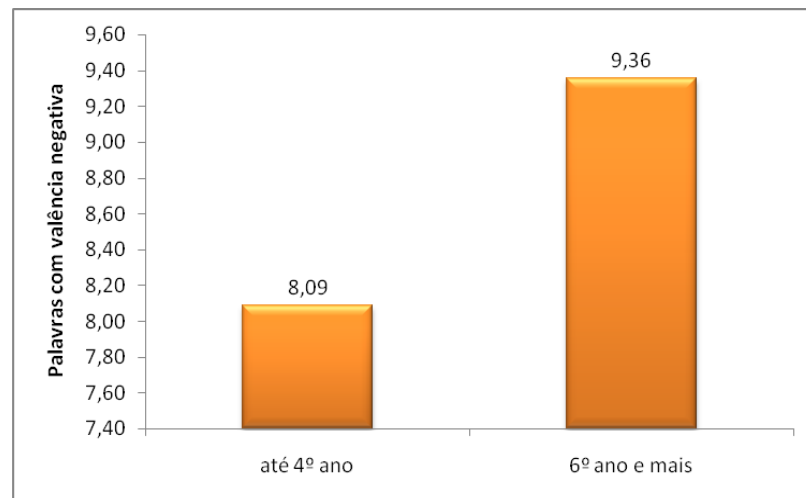


Figura 11: Valores médios das palavras com valência negativa na escolaridade.

Da análise efectuada verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = 4,711; p < 0,05$ ). Como podemos observar na Figura 12, o grupo de sujeitos com idade até aos 40 anos obtém uma pontuação superior nas palavras com valência positiva (12,65), enquanto o grupo de sujeitos com mais de 40 anos possui uma média de 10,33.

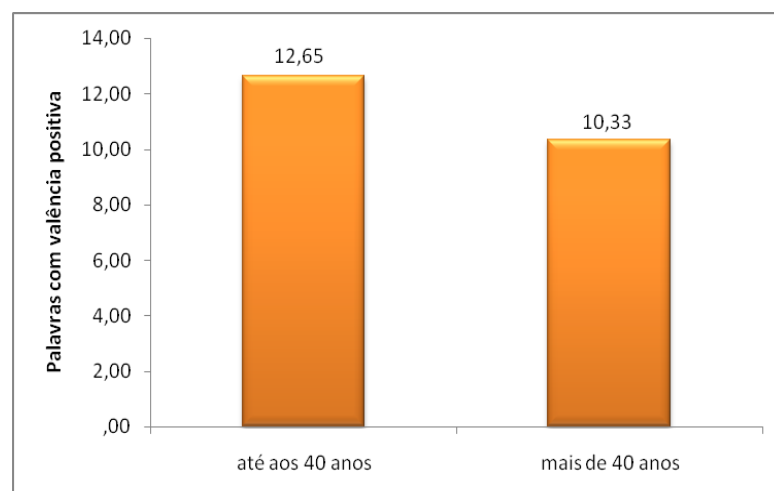


Figura 12: Valores médios das palavras com valência positiva na idade.



No que diz respeito à idade e às palavras com valência negativas não verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = - 0,039$ ;  $p = 0,969$ ). O grupo de sujeitos com idade até aos 40 anos detém uma pontuação inferior nas palavras com valência negativas (8,79), enquanto o grupo com idade superior aos 40 anos obtém uma média de 8,82 (cf. Figura 13).

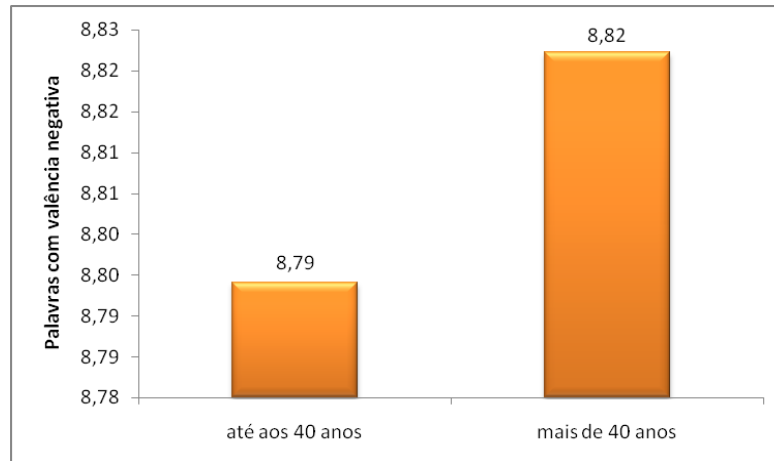


Figura 13: Valores médios das palavras com valência negativa na idade.

Relativamente à ocupação profissional dos sujeitos e às palavras com valência positiva verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = 2,867$ ;  $p < 0,05$ ). Como podemos observar na Figura 14, o grupo de sujeitos activos possui uma pontuação superior nas palavras com valência positiva (12,00), enquanto o grupo de sujeitos não activos detém uma média de 10,49.

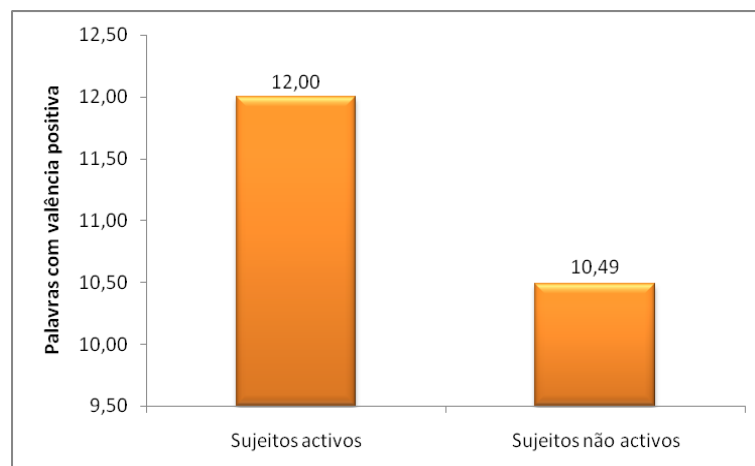


Figura 14: Valores médios das palavras com valência positiva na ocupação profissional.



No que se refere a ocupação profissional dos sujeitos e as palavras com valência positiva verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = 2,426; p < 0,05$ ). O grupo de sujeitos activos possui uma pontuação superior nas palavras com valência negativa (9,55), enquanto o grupo de sujeitos não activos detém uma média de 7,89 (cf. Figura 15).

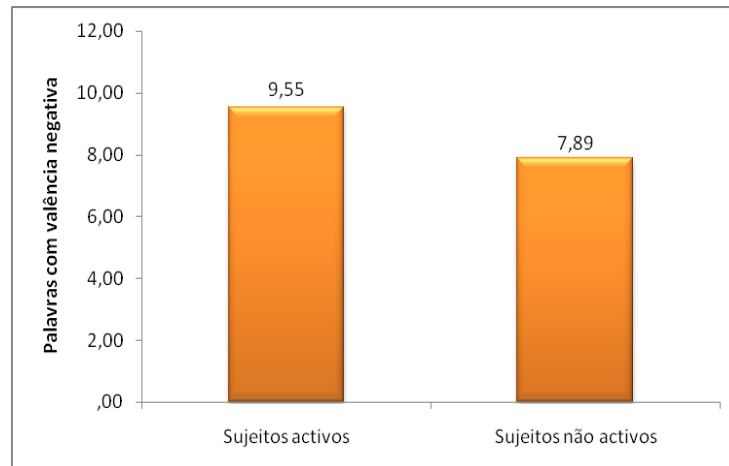


Figura 15: Valores médios das palavras com valência negativa na ocupação profissional.

No que diz respeito a ocupação profissional dos sujeitos e a pontuação bruta do TMA verificamos diferenças estatisticamente significativas ( $t = (77) = 3,528; p < 0,05$ ). Como podemos ver na Figura 16, o grupo de sujeitos activos obtém uma pontuação do TMA superior (31,39), enquanto o grupo de sujeitos não activos tem uma média de 26,40.

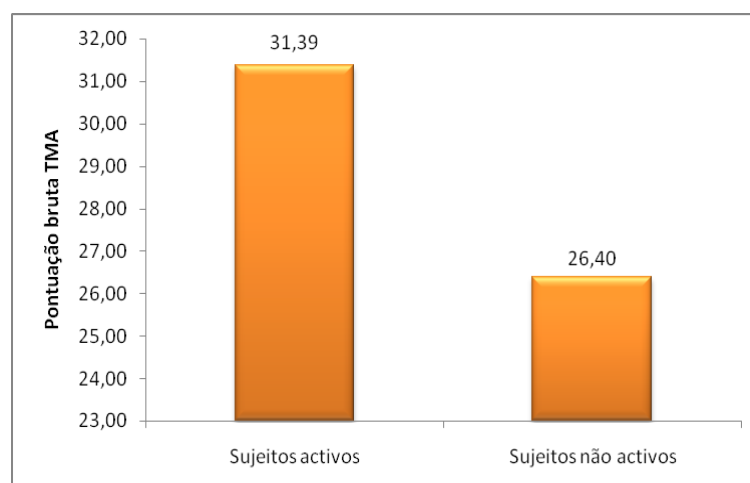


Figura 16: Valores médios na pontuação do TMA em sujeitos activos e não activos.



## 5. Discussão dos resultados

A estrutura de interacção entre a especificidade da memória autobiográfica e o surgimento ou a manutenção da sintomatologia depressiva foi já amplamente fundamentada na literatura. Desde o estudo de Williams e Broadbent em 1986, vários autores tentaram responder a esta questão debruçando-se sobre a relação possível entre a memória autobiográfica e a sintomatologia depressiva.

Com o nosso estudo consiste procuramos averiguar a influência da sintomatologia depressiva na memória autobiográfica, em adultos. Constatamos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias na memória autobiográfica. De facto, os sujeitos com sintomatologia depressiva não evidenciaram memórias autobiográficas generalizadas superiores comparativamente com os sujeitos sem sintomatologia depressiva, tal como foi verificado no estudo de Rottenberg, Hildner & Gotlib (2006). O número elevado de memórias totais surgidas na aplicação do TMA, no grupo de sujeitos com sintomatologia depressiva, pode dever-se a um grande número de memórias estendidas consecutivas. Desta forma, o facto dos participantes com sintomatologia depressiva produzirem um número total elevado de memórias sugere que a recuperação da memória foi, em geral, menos centrada do que a dos sujeitos sem sintomatologia depressiva. Assim, em vez de recuperarem dados de memórias específicas, os pacientes com sintomatologia depressiva geralmente produzem sequências que os levam de uma memória estendida a outra. Este padrão enquadra-se na descrição coerente de Williams (1996) de um "*mnemonic interlock*". Este autor assume que a recuperação de memórias em pacientes com sintomatologia depressiva tende a ser bloqueada ao nível das descrições de eventos sobregeneralizados, levando a recuperação de memória estendidas do sujeito, a produzir mais memórias estendidas e não memórias específicas, ou seja, para o progresso horizontal do evento ao invés de um progresso vertical, o que se prende com a hierarquização da memória autobiográfica.

Nos resultados obtidos com a população utilizada na nossa investigação verificamos que os sujeitos com sintomas depressivos possuem uma percentagem de recuperação de memórias autobiográficas em resposta a palavras com valência negativa maior em comparação aos sujeitos sem sintomas depressivos. Alguns estudos (Mackinger et al., 2000; Peeters et al., 2002) demonstraram uma associação entre depressão e o desempenho no TMA, em resposta a estímulos negativos. A presença de



um estado depressivo tende a incrementar a activação e a acessibilidade das cognições negativas previamente associadas a tal estado. Desta forma, quando uma pessoa se encontra depressiva, produz-se um aumento da probabilidade de utilizar essas cognições negativas que, ou seja, tende a realizar o processamento da informação de forma negativa. O forte efeito de humor-congruente sugere que esta deficiência pode levar a uma diminuição da importância atribuída pelo próprio sujeito aos eventos positivos. Intervenções específicas na área cognitiva podem resolver este compromisso para melhorar a relevância de memórias positivas na sintomatologia depressiva (Williams, 1996; Caballero & Cortés, 1999; Lemogne et al., 2005). Porém, quanto à hipótese dos sujeitos com sintomatologia depressiva possuírem mais memórias autobiográficas negativas do que positivas, esta foi rejeitada uma vez que verificamos que os sujeitos com sintomatologia depressiva possuem mais memórias autobiográficas positivas ( $X = 10,78$ ) do que negativas ( $X = 9,56$ ). É importante considerar que o grau de desempenho de pessoas deprimidas pode ser atribuído a outros factores que não a recordação das memórias. Uma possível explicação para os nossos resultados está relacionada com a proximidade temporal das memórias, isto é, os acontecimentos positivos terem ocorrido mais recentemente.

Relativamente aos efeitos do humor deprimido no tempo de latência decorrido entre o fim da leitura da palavra-estímulo e o início da resposta do participante, na recordação da memória autobiográfica, não existe consenso por parte dos investigadores. Fuskind, Rholes & Eggers (1982), Teasdale & Fogarty (1979), Teasdale & Taylor (1981) e Teasdale, Taylor & Fogarty (1980) (*cit in* Kuyken & Dalgleish, 1995) evidenciaram que os estudantes universitários com humor deprimido, em relação ao humor eufórico, eram mais lentos para recordarem memórias “felizes”, o que não observaram relativamente às memórias “tristes”. Williams & Scott (1988) e Renneberg, Theobald, Nobs, & Weisbrod (2005) verificaram que os sujeitos deprimidos, comparativamente com os do grupo de controlo, demoram mais tempo a recordarem memórias decorrentes de palavras de sinalização positiva do que de palavras de sinalização negativa. No entanto, outros estudos em pacientes com sintomatologia depressiva não encontraram efeitos de latência consistentes (Clark & Teasdale, 1982; Moore et al., 1988 *cit in* Kuyken & Dalgleish, 1995). O nosso estudo corrobora os resultados dos trabalhos destes últimos autores pois não se verificam diferenças estatisticamente significativas relativamente ao tempo de latência.



Quanto à influência da escolaridade nas memórias autobiográficas, os resultados do presente estudo evidenciaram uma associação entre a escolaridade dos participantes e a especificidade das memórias recordadas. Constatamos que o grupo de sujeitos que estudou até ao 4º ano obtém uma pontuação no TMA inferior ao grupo com uma escolaridade a partir do 6º ano. O estudo de Heidenreich, Junghanns-Royach e Stangier (2007) verificou que um maior nível de escolaridade está associado a uma melhor capacidade de recordar memórias autobiográficas específicas. Na mesma linha, Wessel, Meeren, Peeters, Arntz & Merckelbach (2001) e Van Minnen, Wessel, Verhaak, & Smeenk (2005) referem que os doentes deprimidos com níveis educacionais relativamente baixos tendem a mostrar dificuldades na recuperação de memória autobiográfica.

No que diz respeito à influência da variável idade na recuperação de memórias específicas, o grupo de sujeitos com idade até aos 40 anos obtém uma pontuação no TMA de 31,06, enquanto o grupo com mais de 40 anos obtém uma média de 27,76. Desta forma, notamos que os sujeitos mais novos recuperam mais memórias autobiográficas específicas do que os mais velhos - hipótese 7. Num estudo que comparou sujeitos na idade adulta deprimidos e não deprimidos, constatou-se que os primeiros não recuperam mais memórias sobregeneralizadas do que os segundos (Birch & Davidson, 2007).

Salientamos também que os indivíduos com sintomatologia depressiva possuem mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência negativa do que o grupo sem sintomatologia depressiva - hipótese 8; e que os indivíduos sem sintomatologia depressiva possuem mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência positiva do que o grupo de sujeitos sem sintomatologia depressiva - hipótese 9. Estes resultados poderão explicar-se com base na teoria do humor-congruente, que postula que sujeitos com depressão gerem mais memórias negativas e sujeitos sem depressão gerem mais memórias positivas.

No que diz respeito à escolaridade e à pontuação do TMA, tanto nas palavras com valência positiva como nas palavras com valência negativa, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas. No entanto, uma vez que na nossa amostra apenas cerca de 10% dos indivíduos possuem o 12º ano de escolaridade, os resultados que obtivemos terão de ser relativizados. Tal pode constituir uma limitação aquando da interpretação destes mesmos resultados.



No que refere a idade, os sujeitos mais novos, com idade até aos 40 anos, recuperam mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência positiva do que os sujeitos com mais de 40 anos. Porém, no que diz respeito aos sujeitos mais velhos e às palavras com valência negativas não verificamos diferenças estatisticamente significativas. Estes resultados poderão ser justificados pelas dificuldades no processamento de recuperação de memórias, tendo alguns sujeitos verbalizado “falta de memória” (sic).

Por último, notamos que os indivíduos profissionalmente activos têm mais memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência positiva e os indivíduos profissionalmente não activos têm menos memórias autobiográficas específicas a partir de palavras com valência negativas. Quanto à especificidade das memórias, confirmou-se que os indivíduos activos possuem mais memórias autobiográficas específicas enquanto os indivíduos não activos possuem mais memórias autobiográficas sobregeneralizadas. Estes resultados podem dever-se ao facto de os sujeitos activos terem actividades profissionais, o que os estimula cognitivamente, ajudando na recordação de memórias, sejam elas positivas ou negativas.



## 6. Conclusões

Numerosos estudos evidenciam que o efeito de sobregeneralização na memória autobiográfica está associado a algumas formas de psicopatologia. No entanto, a maioria desses estudos centra-se na relação entre a memória sobregeneralizada e a sintomatologia depressiva (Williams et al., 2007).

Acerca da memória autobiográfica específica reduzida, a explicação teórica mais consensual até à data tem sido a hipótese de regulação de afecto (Williams, Stiles & Shapiro, 1999; Conway & Pleydell-Pearce, 2000). Esta hipótese consiste na recordação de uma memória autobiográfica específica através de uma palavra-estímulo, na qual o primeiro passo é gerar um conjunto restrito de descritores sobregeneralizados relacionados com a palavra-estímulo. Williams, Stiles e Shapiro (1999) propuseram que, para progredir para além da fase descritora categorial, ou seja, quando se pede aos sujeitos que acedam a memórias específicas após uma memória sobregeneralizada, deve-se inibir descritores categóricos desnecessários, o que se torna difícil no tempo limite de 60 segundos do qual o TMA dispõe. No caso de uma falha na inibição destes descritores, esta leva à criação de um excesso de respostas gerais às palavras-estímulo (Dalgleish et al., 2007).

Embora tenhamos verificado, na literatura existente, uma relação entre a memória autobiográfica sobregeneralizada e elevados índices de sintomatologia depressiva auto-relatada, muitos dos estudos pertinentes envolveram grupos clínicos (Crane, Barnhofer & Williams, 2007; Vrielynck, Deplus & Philippot, 2007; Warren & Haslam, 2007). Poucos foram os estudos que examinaram esta ligação fora do âmbito clínico (Williams, 1996; Barnhofer, Jong-Meyer, Kleinpaß & Nikesch, 2002; Dalgleish et al., 2007; Raes, Hermans, Williams & Eelen, 2007; Williams et al., 2007).

Resultados de outras pesquisas também sugerem que a memória generalizada não está relacionada com a sintomatologia depressiva, o que vai de encontro aos resultados do presente estudo. Raes, Hermans, Williams & Eelen, (2007) realizaram uma investigação numa população não-clínica, na qual os sujeitos tiveram um desempenho relativamente bom no TMA em termos de especificidade de memória, embora também tenham verificado resultados elevados no que diz respeito à sintomatologia depressiva. Uma vez que vários autores não encontraram correlações significativas, chegaram à conclusão que a recordação de memórias autobiográficas sobregeneralizadas parece ser um traço independente de um estado de humor deprimido



(Brittlebank, Scott, Williams, & Ferrier, 1993; Phillips & Williams, 1997; Mackinger, Pachinger, Leibetseder & Fartacek, 2000). Na investigação de Peeters, Wessel, Merckelbach e Boon-Vermeeren (2002) foram encontrados resultados do TMA relativamente estáveis ao longo do tempo, numa amostra de pacientes deprimidos, após sete meses de tratamento, apesar de verificarem uma diminuição da gravidade da sintomatologia depressiva. Assim, a memória autobiográfica sobregeneralizada parece ser um traço da doença, isto é, uma característica estável dos indivíduos deprimidos e anteriormente deprimidos (Brittlebank et al., 1993; Raes, Hermans, Williams & Eelen, 2007). Deste modo, pode-se considerar que a especificidade da memória autobiográfica parece ser um estilo cognitivo relativamente estável. Porém, também existem indícios de que a mudança é possível, se as intervenções apropriadas forem utilizadas (Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dyck, 2006). Desta forma, seria interessante realizar, em estudos futuros, investigações transversais com o objectivo de se verificar se a memória autobiográfica sobregeneralizada se trata de um traço estável e qual a influência de uma intervenção adequada.

O detrimento da memória autobiográfica poderá igualmente estar associado a uma baixa capacidade de resolução de problemas e também com dificuldades em imaginar situações específicas no futuro. Esse facto, juntamente com a constatação de que a memória autobiográfica específica reduzida está associada a uma dificuldade na produção de simulações específicas do futuro, sugere que a memória autobiográfica específica reduzida é de importância clínica quando se consideram os danos do funcionamento cognitivo diário em alguns grupos de pacientes (Goddard, Dritschel & Burton, 1996; Williams et al., 1996; Spinhoven, Bockting, Schene, Koeter, Wekking & Williams, 2006; Dalgleish et al., 2007). Assim, também seria pertinente que os recursos cognitivos dos sujeitos fossem identificados e considerados como uma variável em estudos posteriores.

Quanto à valência das palavras-estímulo do TMA, Dalgleish et al. (2003) colocaram a hipótese de que os efeitos das palavras-estímulo devem-se mais ao significado da palavra que os sujeitos lhe atribuem, do que propriamente à sua valência. Diversos estudos evidenciaram que as palavras-estímulo que são relevantes para as preocupações e auto-conceito de um indivíduo são as mais susceptíveis de provocarem memórias sobregeneralizadas de que palavras-estímulos que não tenham essa relevância para o mesmo (Barnhofer, Crane, Spinhoven, & Williams, 2007; Crane, Barnhofer, &



Williams, 2007; Spinhoven, Bockting, Kremers, Schene, & Williams, 2007). Assim, uma vez que as características das palavras-estímulo podem interagir com diferenças individuais relacionadas com as variáveis ou com preocupações idiossincráticas, os estudos futuros devem ter em conta essas mesmas características.

Uma vez que vários autores constataram que a memória autobiográfica sobregeneralizada é mais comum entre indivíduos com história de trauma na infância (Dalglish et al. 2003; Raes, Hermans, de Decker, Eelen, & Williams, 2003; Hermans, van den Broeck, Belis, Raes, Pieters & Eelen, 2004; Kuyken & Brewin, 1995), levando alguns a especular que a memória autobiográfica sobregeneralizada ajuda a regular o humor negativo resultante destas experiências adversas, seria importante verificar em estudos posteriores de que forma uma especificidade reduzida da memória autobiográfica está associada a uma melhor gestão do humor negativo.

Na utilização do TMA em participantes com baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconómico, a possibilidade de dificuldade de compreensão do significado das palavras-estímulo pode representar uma importante fonte de viés. Não é possível aferir, contudo, se houve participantes que relataram não conseguir recuperar uma memória autobiográfica quando, na verdade, tal poderia suceder por desconhecerem a palavra apresentada. Nesse sentido, sugere-se, em estudos vindouros, um estudo prévio relativamente à dificuldade de compreensão das palavras-estímulo por parte dos participantes. O nível socioeconómico, mais do que a escolaridade, não tem recebido atenção na literatura sobre a especificidade de memória. Possivelmente a não inclusão do factor socioeconómico é devido ao facto de, na maioria das pesquisas sobre a sobregeneralização serem realizadas em países desenvolvidos, onde a importância desta variável pode ser menos relevante. Os resultados da presente pesquisa, provenientes de uma amostra com baixa escolaridade e fraco nível socioeconómico, podem ter implicações ao nível da especificidade da memória autobiográfica. Assim, sugere-se o controle das variáveis escolaridade e nível socioeconómico, as quais nos parece terem recebido menor atenção na literatura sobre a sobregeneralização.

Para concluir, de forma a conseguir-se perceber melhor os resultados encontrados relativamente à recordação de memórias autobiográficas, e a todas as variáveis envolvidas nesse processo, também consideramos relevante que em estudos posteriores se utilize uma metodologia qualitativa, uma vez que permitiria enriquecer as possíveis conclusões a retirar dos trabalhos sobre esta temática.



#### IV. Bibliografia

- Albuquerque, E. P. V. B. (1998). *Memória Implícita e processamento: do subliminar à formação de imagens*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade do Minho.
- Arntz, A., Meeren, M., & Wessel, I. (2002). No evidence for overgeneral memories in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, pp. 1063-1068.
- Assunção, Marques, S. S., Guimarães, Sieiro, D. B. & Scivoletto, S. (1998). Depressão (diagnóstico e tratamento). *Revista Brasileira de Medicina*, 55, 7, pp. 19-25.
- Baddeley, A. D. (1986). *Working memory*. Oxford: Clarendon Press.
- Baddley, A. D. & Hitch, G. (1994). Developments in the Concept of Working Memory. *Neuropsychology*, 2, 8, p.485-493.
- Baddley, A. (1999). *Memoria Humana: Teoría y Práctica*. Madrid: McGraw Hill.
- Barnhofer, T., Jong-Meyer, R., Kleinpaß, A. & Nikesch, S. (2002). Specificity of autobiographical memories in depression: An analysis of retrieval processes in a think-aloud task. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, pp. 411–416.
- Barnhofer, T., Crane, C., Spinhoven, P., & Williams, J. M. G. (2007). Failure to retrieve specific memories in previously depressed individuals: Random errors or content-related? *Behaviour Research and Therapy*, 45, pp. 1859-1869.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press. In A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 2ª Edição (pp. 279-291). Porto Alegre: Artmed.



- Berberian, A. A., Trevisan, B. T., Moriyama, T. S., Montiel, J. M., Oliveira, J. A. C. & Seabra A. G. (2009). Working memory assessment in schizophrenia and its correlation with executive functions ability. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 3. pp. 219-26.
- Best, J. B. (2001). *Psicología Cognitiva*. Madrid: Paraninfo.
- Birch, L. S. & Davidson, K. M. (2007). Specificity of autobiographical memory in depressed older adults and its relationship with working memory and IQ. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, pp. 175-186.
- Brewin, C. R. (1996). Theoretical Foundations of Cognitive-Behavior Therapy for Anxiety and Depression. *Annual Review of Psychology*, 47, pp. 33–57.
- Brewin, C. R. (1998). Intrusive Autobiographical Memories in Depression and Post-traumatic Stress Disorder. *Applied Cognitive Psychology*, 12, pp. 359-370.
- Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, pp. 118-121.
- Caballero, J. A. R. & Cortés, C. D. (1999). Depresión y Memoria Autobiográfica Congruente com el Estado de Ánimo. *Psicothema*, 11, 3, pp. 611-616.
- Cantor, J. & Engle, R.W. (1993). Working-memory capacity as long-term memory activation: an individual-differences approach. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 19, 5, 1101–1114.
- Cazassa, M. J. & Oliveira, M. S. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35, 5, pp. 187-195.



- Conway, M. A. (1990). On bias in autobiographical recall: Retrospective adjustments following disconfirmed expectations. *The Journal of Social Psychology, 130*, 2, pp. 183-189.
- Conway, M. A. (1997). Introduction: What are memories? In M. A. Conway (Orgs.). *Recovered memories and false memories*. (pp. 1-22). Oxford: Oxford University Press.
- Cowan, N. (1997). *Attention and Memory: An Integrated Framework*. New York: Oxford University Press.
- Crane, C., Barnhofer, T. & Williams, J. M. G. (2007). Cue self-relevance affects autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Memory, 15*, 3, pp. 312-323.
- Dalgleish, T., Spinks, H., Yiend, J. & Kuyen, W. (2001). Autobiographical Memory Style in Seasonal Affective Disorder and its Relationship to Future Symptom Remission. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 2, pp. 335-340.
- Dalgleish et al. (2003). Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion, 3*, pp. 211-222.
- Dalgleish et al. (2007). Reduced Specificity of Autobiographical Memory and Depression: The Role of Executive Control. *Journal of Experimental Psychology: General, 136*, 1, pp. 23-42.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 21*, pp. 6-11.
- Dritschel, B.H., Williams, J.M.G., Baddeley, A.D., & Nimmo-Smith, I. (1992). Autobiographical fluency: A method for the study of personal memory. *Memory & Cognition, 20*, 2, pp. 133-140.



- Ehrlich, S. (1979). *Aprendizagem e Memória Humanas*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ellis, A. (2003). Early theories and practices of rational emotive behavior therapy and how they have been augmented and revised during the last three decades. *Journal of rational-emotive & cognitive-behavior therapy*, 21, 3/4, pp. 219-243.
- Gauer, G. & Gomes, W. B. (2006). A experiência de recordar em estudos da memória autobiográfica: aspectos fenomenais e cognitivos. *Memorandum*, 11, pp. 102-112.
- Goddard, L., Dristchel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 105, 4, pp 609-616.
- Gonçalves, B. & Fagulha, T. (2006). Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Coords.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (2ª Edição). Volume I. Coimbra: Quarteto (pp. 37-44).
- Goodwin, F.K. & Jamison, K.R. (1990). *Manic-depressive Illness*. New York: Oxford.
- Griffith et al. (2009). An item response theory/confirmatory factor analysis of the Autobiographical Memory Test. *Memory*, 17, 6, pp. 609-623.
- Heidenreich, T., Junghanns-Royack, K. & Stangier, UI (2007). Specificity of autobiographical memory in social phobia and major depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, pp. 19-33,
- Hermans, D., van den Broeck, K., Belis, G., Raes, F., Pieters, G., & Eelen, P. (2004). Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, pp. 775-789.



- Hermans, D. et al. (2008). Overgeneral autobiographical memory predicts diagnostic status in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 46, pp. 668-677.
- Jabłkowska, K., Karbownik-Lewińska, M., Nowakowska, K., Junik, R., Lewiński, A. & Borkowska, A. (2009). Working memory and executive functions in hyperthyroid patients with Graves' disease. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 1, pp. 69-75.
- Johnson, R. J., Greenhoot, A. F., Glisky, E. & McCloskey, L. A. (2005). The Relations Among Abuse, Depression, and Adolescents' Autobiographical Memory. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 2, pp. 235-247.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. e Grebb, J.A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria*. São Paulo: Artmed Editora.
- Katz, A. N. & Taylor, T. E. (2008). The Journeys of Life: Examining a Conceptual Metaphor with Semantic and Episodic Memory Recall. *Metaphor and Symbol*, 23, pp. 148-173.
- Kellogg, S. H. & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 4, pp. 445 - 458.
- Kenealy, P. M., Beaumont, J. G., Lintern, T. & Murrell, R. (2000). Autobiographical Memory, Depression and Quality of Life in Multiple Sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 22, 1, pp. 125-131.
- Kleim, B. & Ehlers, A. (2008). Reduced Autobiographical Memory Specificity Predicts Depression and Posttraumatic Stress Disorder After Recent Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 2, pp. 231-242.



- Kremers, I. P., Spinhoven, P., Van der Does, A. J. W. & Van Dyck, R. (2006). Autobiographical memory in depressed and nondepressed patients with borderline personality disorder after long-term psychotherapy. *Cognition and Emotion*, 20, 3/4, pp. 448-465.
- Kuyken, W., & Brewin, C. R. (1995). Autobiographical memory functioning in depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, pp. 585-591.
- Kuyken, W. & Dalglish, T. (1995). Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, pp. 89-92.
- Kuyken, W. & Howell, R. (2000). Facets of autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder and never-depressed controls. *Cognition and Emotion*, 20, 3/4, pp. 466-487.
- Leibetseder, M. M, Rohrer, R. R., Mackinger, H. F. & Fartacek, R. R. (2006). Suicide attempts: Patients with and without an affective disorder show impaired autobiographical memory specificity. *Cognition and Emotion*, 20, 3/4, pp. 516-526.
- Lemogne et al. (2005). Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, auto-noetic consciousness, and self-perspective. *Consciousness and Cognition*, 15, 2, pp. 258-268.
- Lima, M. S., Knapp, P., Blaya, C., Quarentini, L. C., Oliveira, I. R. & Lima, P. A. S. P. (2007). Depressão. In Knapp, P. & cols., *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. (pp. 168-192). Porto Alegre: Artmed.
- Mackinger, H. F., Pachinger, M. M., Leibetseder, M. M., & Fartacek, R. R. (2000). Autobiographical memories in women remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, pp. 331-334.



- Maia, A. C. (1999). Terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Psiquiatria e Praxis Psiquiatrica*, 2, 6, pp. 19-28.
- Mansell, W. & Lam, D. (2004). A Preliminary Study of Autobiographical Memory in Remitted Bipolar and Unipolar Depression and the Role of Imagery in the Specificity of Memory. *Memory*, 12, 4, pp. 437-446.
- McQuaid, J. R. & Carmona, P. E. (2004). *Peaceful Mind: Using Mindfulness & Cognitive Behavioral Psychology to Overcome Depression*. Oakland: New Harbinger.
- McWilliams, J. & Schmitter-Edgecombe, M. (2008). Semantic memory organization during the early stage of recovery from traumatic brain injury. *Brain Injury*, 22, 3, pp. 243–253.
- Nelson-Jones, R. (2000). *Six Key Approches to Counselling and Therapy*. London: Continuum.
- Neto, F. L. & Ito, L. M. (1998). Terapia Comportamental. In A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 2ª Edição (pp. 199-207). Porto Alegre: Artmed.
- Neto, F. L. & Ito, L. M. (1998). Terapia Comportamental-Cognitiva da Depressão. In A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 2ª Edição (pp. 269-277). Porto Alegre: Artmed.
- Noh, S., Kaspar, V. & Avison, W. R. (1992). Depressive Symptoms Among Korean Immigrants: Assessement of a Translation of the Center for Epidemiologic Studies – Depression Scales. *Psychological Assessement*, 4, 1, pp. 84 – 91.
- Pedinielli, J. L., & Bernoussi, A. (2006). *Os estados depressivos*. Lisboa: Climepsi.



- Peeters, F.P.M.L., Wessel, I., Merckelbach, H. & Boon-Vermeeren (2002). Autobiographical memory and the course of depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, pp. 344-350.
- Pergher, G. K & Stein, L. M. (2008). Recuperando memórias autobiográficas: avaliação da versão brasileira do Teste de Memória Autobiográfica. *Psico*, 39, 3, pp. 299-307.
- Phillips, S., & Williams, J. M. G. (1997). Cognitive impairment, depression and the specificity of autobiographical memory in the elderly. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, pp. 341-347.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I.R. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30, 2, pp.73-80.
- Raes, F., Hermans, D., de Decker, A., Eelen, P., & Williams, J. M. G. (2003). Autobiographical memory specificity and affect regulation: *An experimental approach. Emotion*, 3, pp. 201-206.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G. Demyttenaere, K. & Sabbe, B. (2006). Is overgeneral autobiographical memory an isolated memory phenomenon in major depression? *Memory*, 14, 5, pp 584-594.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G. & Eelen, P. (2007). A sentence completion procedure as an alternative to the Autobiographical Memory Test for assessing overgeneral memory in non-clinical populations. *Memory*, 15, 5, pp. 495-507.
- Rangé, B. & Sousa, C. R. (1998). Terapia Cognitiva. In A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 2ª Edição (pp. 209-224). Porto Alegre: Artmed.



- Rangé, B., & Fenster, D. (2004). Terapia racional emotivo-comportamental. Em P. Knapp (Ed.). *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Porto Alegre: Artmed.
- Renneberg, B., Theobald, E., Nobs, M. & Weisbrod, M. (2005). Autobiographical Memory in Borderline Personality Disorder and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 3, pp. 343–358.
- Roberts, J. E., Carlos, E. L. & Kashdan, T. B. (2006). Impact of depressive symptoms, self-esteem and neuroticism on trajectories of overgeneral autobiographical memory over repeated trials. *Cognition and Emotion*, 20, 3/4, pp. 383-401.
- Rottenberg, J., Hildner, J. C. & Gotlib, I. H. (2006). Idiographic autobiographical memories in major depressive disorder. *Cognition and Emotion*, 20, 1, pp. 114-128.
- Schacter, D. L. & Tulving, E. (1994). *Memory Systems 1994*. Cambridge: MIT Press.
- Schestatsky, S. S. (1998). Psicoterapia Interpessoal para a Fase Aguda de Depressão. In A. V. Cordioli (Org.). *Psicoterapias: Abordagens Atuais*. 2ª Edição (pp. 243-255). Porto Alegre: Artmed.
- Schestatsky, S. & Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, pp. 41-47.
- Selva, J. P. S., Postigo J. M. L. & Rodríguez, J. M. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 4, pp. 228-35.
- Spinhoven, P., Bockting, C. L. H, Schene, A. H., Koeter, M. W. J., Wekking, E. M. & Williams, J. M. G. (2006). Autobiographical Memory in the Euthymic Phase of Recurrent Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 3, pp. 590–600.



- Spinhoven, P., Bockting, C. L. H., Kremers, I. P., Schene, A. H., & Williams, J. M. G. (2007). The endorsement of dysfunctional attitudes is associated with an impaired retrieval of specific autobiographical memories in response to matching cues. *Memory, 15*, pp. 324-338.
- Styles, E. A. (2005). *Attention, Perception and Memory: an Integrated Introduction*. New York: Psychology Press.
- Tulving, E. (1972). Episodic and semantic memory. In E. Tulving & W. Donaldson (Orgs). *Organization of memory*. (pp. 381-403). New York: Academic Press.
- Van Minnen, A., Wessel, I., Verhaak, C. & Smeenk, J. (2005). The relationship between autobiographical memory specificity and depressed mood following a stressful life event: A prospective study. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, pp. 405–415.
- Vrielynck, N., Deplus, S. & Philippot, P. (2007). Overgeneral Autobiographical Memory and Depressive Disorder in Children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*, 1, pp. 95–105.
- Warren, Z. & Haslam, C. (2007). Overgeneral memory for public and autobiographical events in depression and schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry, 12*, 4, pp. 301-321.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: The role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy, 39*, pp. 409-421.
- Williams, J. M. G. & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine, 18*, 689-695.



Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. Rubin (Ed.), *Remembering Our Past: Studies in Autobiographical Memory* (pp. 244–267). Cambridge: Cambridge University Press.

Williams, J. M. G., Healy, H. G., & Ellis, N. C. (1999). The effect of imageability and predicability of cues in autobiographical memory. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 52, pp. 555-579.

Williams, J. M. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and Emotion*. 20, 3/4, pp 548-568.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., et al. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133, pp. 122-148.

Woll, S. (2002). *Everyday thinking: memory, reasoning and judgment in the real world*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Young, J. E., Beck, A. T. & Weinberger, A. (2007). Depressão. In D.H. Barlow (Org.). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. 2ª Edição (pp. 273-312). Porto Alegre: Artmed.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: The Guildford Press.