



UNIVERSIDADE DOS AÇORES

Vera Lúcia do Couto Pereira

**A IDEIAÇÃO PARANÓIDE NA ADOLESCÊNCIA.
UM ENFOQUE COMUNITÁRIO**

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação
Ramo de especialidade em Contextos Comunitários

Realizada sob orientação científica da
Professora Doutora Célia Barreto Carvalho

Ponta Delgada, 2012

UNIVERSIDADE DOS AÇORES
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Vera Lúcia do Couto Pereira

**A IDEIAÇÃO PARANÓIDE NA ADOLESCÊNCIA.
UM ENFOQUE COMUNITÁRIO**

Dissertação apresentada na Universidade dos Açores, para obtenção de grau de Mestre em Psicologia da Educação, ramo de especialidade em contextos comunitários, realizada sob orientação científica da Professora Doutora Célia Barreto Carvalho

Ponta Delgada, 2012

Resumo

O alargamento do conceito da paranóia à população normal constitui o tema principal do presente trabalho. Cada vez mais se observam estudos que evidenciam, tal como verificado na presente investigação, que a paranóia consiste num fenómeno de cariz social, existente entre a população normal e relacionado com o contexto ambiental onde o indivíduo se insere. A literatura defende, no âmbito do *ranking* social, e tendo como base o modelo evolucionário, que a ideação paranóide se afigura como uma forma de defesa social dos indivíduos, empregue nas interações que estabelecem com os outros, e relacionada com os comportamentos de comparação social, submissão social e vergonha externa, mecanismos de defesa do *self* às ameaças percebidas no ambiente.

Para a concretização do presente estudo foi necessário proceder-se, numa primeira fase, à adaptação e validação da Escala Geral da Paranóia, para a população portuguesa adolescente, instrumento que mede a ideação paranóide, construída inicialmente para a população adulta normal.

Foi também objectivo da presente investigação estudar o papel das variáveis de *ranking* social na etiologia da ideação paranóide. Com os resultados observados denota-se que são várias as variáveis (sociais, emocionais e familiares) que interferem com o desenvolvimento desta, embora as que apresentam maior valor preditivo sejam a vergonha externa, seguida dos comportamentos de submissão e, por último, dos estilos parentais, mais especificamente dos comportamentos de antipatia e crítica paterna. Este resultado vem reforçar a importância do papel do apoio dos progenitores, fortalecendo a necessidade de uma intervenção comunitária, no contexto ambiental dos indivíduos, principalmente ao nível da educação parental. Quanto mais envergonhado for o indivíduo maior será a hipótese de desenvolver pensamentos paranóides, devendo a vergonha ser tida em consideração como possível factor de risco, na ideação paranóide. Os nossos resultados mostram que os adolescentes apresentam pensamentos paranóides, resultados coincidentes com os obtidos em estudos realizados com adultos, confirmando que, apesar da diferença etária, o que está na génese dos pensamentos paranóides é o mesmo, designadamente a vergonha externa e os estilos parentais. Isto permite, uma vez mais, confirmar que a paranóia é um fenómeno comum, existente no pensamento diário, como forma de defesa às ameaças sociais.

Palavras-chave: adolescentes; ideação paranóide; variáveis de *ranking*; estilos parentais

Abstract

The breadth of the concept of paranoia to the normal population constitutes the main theme of this work. Increasingly studies observed, as found in this investigation, that paranoia is a social phenomenon, within the normal population and related with environmental context where the individual fits. The literature advocates, within the social *ranking*, and based on the evolutionary model, that paranoid ideation appears as a form of social defense of individuals employed in establishing interactions with others, and related with behaviors of social comparison, submission and social embarrassment, external mechanisms of self-defense to perceived threats in the environment.

In carrying out this study before anything else was necessary to adapt and validate the *General Paranoia Scale*, to Portuguese teenager, an instrument that measures the paranoid ideation, built originally for the adult normal population.

It was also an objective of this research to study the role of social *ranking* variables in the etiology of paranoid ideation. It's possible to observe with the results of the study that there are several variables (social, emotional and family related) which interfere with its development, although with higher predictive value is outside shame, then the behavior of submission and, finally, parenting styles, specifically the antipathy of behaviors and parental criticism. This result reinforces the importance of parental support, reinforcing the need for Community action in the environmental context of the subjects, especially at the level of parental education. The more embarrassed is an individual greater is the chance of developing paranoid thoughts, in which the shame should be taken into consideration as a possible risk factor in paranoid ideation. Our results show that adolescents have paranoid thoughts, this coincide with those obtained in studies with adults, confirming that despite the age difference, what is the genesis of paranoid thoughts is the same, namely the external shame and parenting styles. This allows, once again, confirm that paranoia is a common phenomenon, existing in daily thought, as a defense to social threats.

Keywords: adolescents, paranoid ideation; *ranking* variables; parenting style

Agradecimentos

A todas as pessoas envolvidas de uma forma geral e a cada uma de forma particular quero agradecer todo o apoio prestado na concretização deste trabalho.

À Professora Doutora Célia Barreto Carvalho, enquanto minha orientadora neste ano de muito trabalho e esforço, pela sua dedicação, empenho e orientação, e como suporte essencial na concretização da investigação.

À minha colega Carolina Nunes, pelo apoio, partilha de conhecimentos e dificuldades no decorrer deste ano e também pelos bons momentos.

A todos os docentes que ao longo destes cinco anos me propiciaram a aquisição dos conhecimentos e das competências necessárias à realização da dissertação, sem os quais esta não seria possível.

Às minhas Coordenadoras do IDSA e da Casa do Povo de Capelas (enquanto trabalhadora-estudante), que nunca colocaram qualquer impedimento no prosseguimento da minha formação académica na área da Psicologia, pela sua disponibilidade, palavras de alento e de reforço.

A todos os colegas que ajudaram na recolha dos dados.

Aos conselhos executivos e professores de cada uma das turmas de aplicação dos inquéritos pelo apoio prestado.

À minha família e amigos mais próximos que sempre manifestaram o seu apoio e compreensão nos momentos de maior desânimo. Em particular à Susana.

À minha irmã, pela sua inteira disponibilidade, e apoio incessante na aplicação das provas e introdução dos dados no SPSS.

Ao Rui, pelo carinho incondicional em todos os momentos sempre com uma palavra de alento.

A todos o meu sincero obrigada!

Abreviaturas

ASCS – Escala de Comparação Social para Adolescentes

ASBS – Escala de Submissão Social para Adolescentes

CECA-Q – Questionário de Avaliação de Experiências de Afecto e Abuso na Infância

DRE – Direcção Regional da Educação

EADS-21 – Escala de Avaliação da Ansiedade, Depressão e Stress, versão de 21 itens

GPS – Escala Geral da Paranóia

OAS – Escala de Avaliação da Vergonha Externa

OP – Oportunidades (Programa)

PROFIJ – Programa de Formação de Integração Jovem

Índice Geral	
Resumo	1
Abstract	2
Agradecimentos	3
Índice Geral	5
Índice de Quadros	8
Introdução	9
Capítulo I - O fenómeno da paranóia na população adolescente - O Modelo Evolucionário e as variáveis de <i>ranking</i> social e familiares	12
I.1 - Psicologia Comunitária	13
I.1.1 - Valores da Psicologia Comunitária.....	15
I.1.2 - Relação Psicologia Comunitária e Intervenção na ideação paranóide.....	18
I.2 - Modelo Evolucionista	20
I.2.1 - Objectivos bio-sociais.....	24
I.2.2 - Estratégias de adaptação.....	26
I.2.3 - Estratégias de manipulação.....	28
I.2.4 - Estratégias de defesa.....	28
I.2.5 - Módulos, mentalidades e modelos de funcionamento interno.....	29
I.3 – Ideação Paranóide	32
I.3.1 - Limitações ao estudo da paranóia.....	41
I.4 – Variáveis de <i>Ranking</i> Social	41
I.4.1 - Relação entre ideação paranóide e as variáveis de <i>ranking</i>	44
I.4.1.1 - Comparação Social.....	45
I.4.1.2 - Submissão Social.....	47
I.4.1.3 – Vergonha.....	52
I.5 – Recordação de experiências traumáticas na infância	55
I.6 – Conclusão	60
Capítulo II - Validação da Escala Geral da Paranóia à População Adolescente Portuguesa	62
II.1 – Introdução	63
II.2 – Objectivos	63
II.3 – Metodologia	64
II.3.1 – Caracterização da amostra.....	64

II.3.2 – Procedimentos de investigação	65
II.3.3 – Procedimentos estatísticos	66
II.4 – Validação da Escala geral da Paranóia – GPS	67
II.4.1 – Estudo da Sensibilidade da escala e respectivos itens	67
II.4.1.1 – Validade dos itens.....	68
II.4.2 – Estudo à da fidelidade da escala e itens	69
II.4.3 – Validade de construto.....	70
Capítulo III - Ideação paranóide na população adolescente: influência das variáveis de ranking e familiares no seu desenvolvimento	76
III.1 - Estudo das variáveis de ranking e estilos parentais	77
III.1.1 - Objectivos.....	78
III. 1.1.1 - Questão de investigação.....	79
III. 1.1.2 - Hipóteses de estudo.....	79
III.1.2 - Enquadramento Metodológico	79
III.1.2.1 - Tipo de estudo.....	79
III.1.2.2 - Caracterização da amostra	80
III.1.3 - Instrumentos	82
III.1.4 - Procedimento de investigação	84
III.1.5 - Procedimentos estatísticos.....	84
III.2 - Resultados	85
III.2.1 - Frequência da GPS na população de adolescentes	85
III.2.2 - Caracterização da ideação paranóide em função das variáveis socio demográficas.....	88
III.2.2.1 - Género.....	88
III.2.2.2 – Idade	89
III.2.2.3 – Reprovações Académicas.....	90
III.2.2.4 - Tipo de ensino.....	91
III.2.2.5 - Nível socioeconómico.....	92
III.2.3 - Correlação entre a ideação paranóide, as variáveis de <i>ranking</i> e os estilos parentais	92
Capítulo IV - Discussão geral	100
IV.1 – Discussão dos resultados.....	101
Conclusão..	110
Limitações.	112

Implicações futuras	113
Referências Bibliográficas	114
Anexos	120
Anexo 1 – Carta à Direcção Regional da Educação, para autorização de realização do estudo.....	121
Anexo 2 – Autorização da DRE para a realização do estudo	123
Anexo 3 – Carta aos conselhos executivos das escolas participantes no estudo	124
Anexo 4 – Consentimento informado para os encarregados de educação.....	131
Anexo 5 – Inquérito Socio demográfico	132
Anexo 6 – Questionário de experiências de Afecto e Abuso na Infância.....	134
Anexo 7 – Escala de Comparação Social para Adolescentes - Revista.....	137
Anexo 8 – Escala de Comportamentos de Submissão Social para Adolescentes.....	138
Anexo 9 – Escala Geral da Paranóia.....	139
Anexo 10 – Escala de Vergonha Externa	140
Anexo 11 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress.....	141
Anexo 12 - Classificação da avaliação do nível socioeconómico	142

Índice de Quadros

Quadro 1 - Caracterização da amostra (n=1551).....	65
Quadro 2 - Escala GPS traduzida e adaptada à população adolescente	67
Quadro 3 - Estatística descritiva para os vários itens da escala GPS	68
Quadro 4 - Correlações entre o total da escala da paranoia (GPS) e os itens.....	69
Quadro 5 - Análise da consistência interna da escala- <i>Alpha de cronbach</i>	70
Quadro 6 - Teste de KMO e Bartlett	71
Quadro 7 - Matriz de componentes extraídos a partir da análise de componentes principais, seguida de rotação varimax	72
Quadro 8 - Análise de Componentes Principais (Rotação Varimax, solução forçada a 4 factores)	73
Quadro 9 - Factor 1: Ideias de Perseguição	74
Quadro 10 - Factor 2: Sentimentos de desconfiança	74
Quadro 11 - Factor 3: Percepção de auto-depreciação	75
Quadro 12 - Estatísticas descritivas e <i>alpha de cronbach</i> para os factores da escala GPS	75
Quadro 13 - Distribuição da população por género (n=1762).....	80
Quadro 14 - Distribuição do nível socioeconómico pela população	82
Quadro 15 - Caracterização da frequência dos pensamentos paranóides na população. 85	
Quadro 16 - Frequências dos itens da GPS no total da amostra.....	86
Quadro 17 - Médias e desvio-padrão da frequência dos itens da GPS.....	87
Quadro 18 - Média da ideação paranóide (GPS Total e factores) em relação ao género (n=1707).....	89
Quadro 19 - Média da ideação paranóide (GPS Total e factores) em relação à idade (n=1707).....	90
Quadro 20 - Média da ideação paranóide (GPS Total) em relação às reprovações académicas (n=1694)	91
Quadro 21 - Média da ideação paranóide (GPS Total) em relação ao tipo de ensino (n=1707).....	91
Quadro 22 - Correlação entre a ideação paranóide e o nível socioeconómico	92
Quadro 23 - Correlações entre a ideação paranóide (GPS) e as variáveis de estudo	96
Quadro 24 - Coeficientes de regressão para a ideação paranóide medida pela GPS total	98

Introdução

O período da adolescência é caracterizado por um conjunto de grandes transformações, desde um crescimento intenso ao desenvolvimento emocional, cognitivo e social. Durante este período, os adolescentes vivenciam inúmeras experiências com importantes consequências nesta fase do seu desenvolvimento, bem como no futuro, enquanto adultos. No entanto, durante esta fase, verificam-se igualmente vivências emocionais e traumáticas que podem afectar o seu desenvolvimento normal.

O presente trabalho visa fundamentalmente reforçar o cariz social da ideação paranóide, enquanto fenómeno abrangente, que ocorre nos pensamentos da população em geral, no seu contexto ambiental, como forma de defesa social às ameaças percebidas.

Procura-se consciencializar a população em geral, e os técnicos, que desenvolvem o seu trabalho junto da comunidade em particular, dos factores que estão na origem dos pensamentos paranóides, de forma a intervir precocemente e evitar o aparecimento de futuras patologias.

É fundamental termos em consideração, e tal como referido previamente, que o estudo da ideação paranóide não é, presentemente, direccionado apenas à população clínica, sendo também estudada nos indivíduos que não apresentam qualquer distúrbio mental. Falar de ideação paranóide é considerar os padrões de pensamento observados em ambas as populações, clínica e não clínica, porque a paranóia é considerado como um processo cognitivo utilizado pelos indivíduos para lidar com o mundo social, cujo produto, numa perspectiva de *contínuo* entre o normal e o patológico, pode ser delirante (Bech, Freeman & Associates, 1990).

É normal, enquanto seres humanos, termos distorções cognitivas sobre determinados acontecimentos, distorções que podem originar pensamentos paranóides. A diferença entre a população clínica e não clínica encontra-se na rapidez com que a população em geral abandona este tipo de pensamentos (Barreto Carvalho, 2009).

A intervenção da Psicologia Comunitária junto do fenómeno da paranóia revela-se cada vez mais importante, pelo cariz social que o fenómeno apresenta e pela sua origem na percepção que os indivíduos têm das relações que estabelecem com os outros, no seu contexto ambiental (Freeman, Garety, Bebbington, Smith, Rollinson, Fowler, Kuipers, Ray & Dunn, 2005).

Também a pesquisa realizada no âmbito da psicológica social tem vindo a sugerir que, de uma forma mais leve, a ideação paranóide parece ser bastante prevalente entre os indivíduos normais (Ellet, Lopes & Chadwick, 2003).

A ideação paranóide (Fenigstein & Vanable, 1992, Freeman, et al., 2005; Gilbert, 1989, 1998) tem origem na percepção que os indivíduos possuem da relação que estabelecem com os outros, da necessidade sentida em se defenderem dos outros, quando estes são percebidos como ameaça. Esta visão negativa de ameaça, determinada pela avaliação que o indivíduo faz dos outros, e nas quais antecipa situações de rejeição e crítica, provoca no mesmo sentimentos de vergonha e de submissão (Fenigstein & Vanable, 1992). As variáveis de *ranking*, segundo o modelo evolucionista, e os estilos parentais, surgem, assim, enquanto embriões das relações com os outros, fundamentais no estudo da paranóia na população não clínica.

O presente trabalho encontra-se organizado em duas partes distintas. Numa primeira fase foi realizado o enquadramento teórico, resultante da pesquisa bibliográfica efectuada sobre a temática da paranóia, enquanto conceito amplo, percebida à luz do modelo evolucionário, como uma estratégia de defesa pessoal. Nesta conceptualização da ideação paranóide, considerada como um tipo de ansiedade social, foi também observada a sua relação com a Psicologia Comunitária, uma vez que é considerada como um fenómeno social, desenvolvido no contexto social de cada indivíduo, e emergente nas relações que estabelece com os outros. A segunda parte visa o enquadramento metodológico da investigação, e encontra-se dividida em dois capítulos distintos. Num primeiro capítulo foi efectuada a validação da Escala Geral da Paranóia (GPS – *General Paranoia Scale*), medida que avalia a ideação paranóide, e que foi construída por Fenigstein e Vanable, em 1992, para ser aplicada à população normal. Como a presente investigação tem como amostra uma população de adolescentes, tornou-se fundamental proceder à aferição da escala à população portuguesa adolescente. No segundo capítulo, procedeu-se ao estudo propriamente dito, com definição da questão de investigação, objectivos gerais do estudo, hipóteses de estudo, tipo de estudo (abordagem metodológica e modelo de análise), caracterização da amostra/população, instrumentos de recolha de dados, procedimentos de investigação e estatísticos, análise dos resultados e discussão.

Pretende-se caracterizar a ideação paranóide junto da população estudante, entre os 14 e 19 anos, de todas as escolas secundárias de São Miguel, mais as escolas básicas/integradas com programas de oportunidades e PROFIJ, com o principal

propósito de prevenir o aparecimento futuro de patologias associadas ao desenvolvimento da ideação paranóide, promovendo assim o desenvolvimento humano e social (Vidal, 2007). Visto a paranóia ser, de acordo com a investigação recente, um pensamento do dia-a-dia, presente na população não clínica (Barreto Carvalho, 2009; Freeman, et al., 2005), torna-se fundamental a realização deste estudo com incidência numa população pouco estudada, os adolescentes. Assim, criar-se-ão as condições necessárias a uma posterior intervenção preventiva, em contexto educacional e comunitário, uma vez que os estudos nesta área defendem que esta ideação surge das experiências tidas no contexto ambiental do indivíduo.

Pretende-se, igualmente, comparar os resultados alcançados na população adolescente com o estudo de Barreto Carvalho (2009), de caracterização da ideação paranóide junto de uma população de adultos não clínicos (Barreto Carvalho, 2009).

Aspirámos, assim, consolidar a ideia, à semelhança dos estudos realizados nesta área, de que o fenómeno da paranóia deve ser entendido como um processo cognitivo normal que faz parte dos processos de pensamentos diários de todos os indivíduos (Barreto Carvalho, 2009; Ellett, Lopes & Chadwick, 2003; Fenigstein & Venable, 1992; Freeman, et al., 2005; Lopes, 2010).

Capítulo I

**O fenómeno da paranóia na população adolescente
O Modelo Evolucionário e as variáveis de *ranking* social e
familiares**

I.1 - Psicologia Comunitária

A Psicologia Comunitária surge em meados da década de 60, do século XX, durante um período de grandes transformações relacionadas, não só com os problemas de saúde mental, mas, também, e de uma forma mais abrangente, com os problemas sociais. Esta nova área de intervenção da Psicologia surgiu, assim, com o principal objectivo de melhorar efectivamente o bem-estar das comunidades, em particular das pessoas que se encontravam em situação de maior vulnerabilidade e exclusão social. Apresentava um campo de intervenção no âmbito educacional, nas situações de extrema pobreza, procurando soluções concretas na resolução dos problemas sociais (Ornelas, 2008).

Gomes (1999) sustenta que, no que concerne à Psicologia Comunitária, é fundamental ter em atenção outro conceito igualmente muito importante, o de comunidade, bem como o seu objecto de estudo e campo de actuação, defendendo que:

o termo Comunidade, utilizado hoje em dia na Psicologia Social, é bastante elástico e capaz de incluir em seu escopo desde um pequeno grupo social, um bairro, uma vila, uma escola, um hospital, um sindicato, uma associação de moradores, uma organização não - governamental, até abarcar os indivíduos que interagem numa cidade inteira (p.73).

As definições do termo de *comunidade* são cada vez mais abrangentes, face à sua preocupação de cobrir o máximo de contextos sociais.

É importante ter em atenção que o próprio termo de Psicologia Comunitária “ainda é bastante novo e amplo, sendo, por isso mesmo, de difícil conceituação. O termo em si é ambíguo e varia de acordo com o referencial teórico considerado e/ou a *práxis* do psicólogo que o define” (Gomes, 1999, p. 71), verificando-se, assim, a existência de vários termos relacionados, tais como *Psicologia na Comunidade* de Bender (1978), *Saúde Mental Comunitária* de Berenger (1982), entre outros.

Ainda em relação às origens da Psicologia Comunitária, Rappaport (1977) refere que esta se encontra envolvida no clássico conflito entre a Psicologia do Indivíduo e a Psicologia do Grupo Social, uma vez que compreende, na sua definição, dois termos paradoxais entre si, por um lado a psicologia que se refere ao indivíduo e comunidade e, por outro, a psicologia referente ao grupo social. A Psicologia Comunitária surge, assim, como forma de tentar resolver este paradoxo.

Rappaport (1977) defende que os elementos que definem a Psicologia Comunitária dizem respeito à relatividade cultural, à diversidade e à ecologia, ou seja, a interacção entre pessoas e ambiente e preocupa-se, acima de tudo, com o bem-estar das pessoas em conjunto com o contexto comunitário em que estão inseridas, num sentido comunitário mais amplo.

Na perspectiva da Psicologia Comunitária, Rappaport (1977) refere-se à saúde mental comunitária enquanto:

(...) uma abordagem dos problemas comunitários que rejeita a noção de défice, e defende o princípio do ajustamento do indivíduo ao seu meio, da relatividade cultural e da diversidade, que transforma o objectivo da intervenção social no fornecimento de recursos materiais, educacionais e psicológicos de suporte, aos indivíduos e grupos de uma comunidade que assim, podem viver segundo formas diferenciadas da sociedade em geral (p. 61).

A Psicologia Comunitária não compreende apenas a importância dos contextos de vida das pessoas, com desenvolvimento de uma acção instrumental com vista a um desenvolvimento pessoal, mas a interacção existente entre as pessoas e o seu contexto de vida (Campos, 1988, cit in Menezes, 2007). Verifica-se uma passagem dos espaços clássicos, de gabinete, sala de consulta, para uma intervenção mais ampla, junto da comunidade e suas instituições (Cowen, 2000, cit in Menezes, 2007).

A Psicologia Comunitária conduziu a uma mudança de paradigma, com transformações na forma como as questões são levantadas, bem como nos métodos que são utilizados, de forma a solucionar os problemas mais eficazmente (Rappaport, 1977).

Em Portugal, e segundo Ornelas (2008), a disciplina da Psicologia Comunitária foi criada no ano de 1987, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Esta disciplina teve como objectivo o *empowerment* e a prevenção em saúde mental, de forma conjunta, principalmente na prevenção da violência a mulheres e abuso sexual a crianças. Visava, de igual modo, o estudo da integração comunitária de doentes mentais, bem como de outros grupos em situações de vulnerabilidade e exclusão social. Os estudos realizados no âmbito da saúde mental e dos problemas sociais e a relação entre estes levaram, de forma progressiva, à alteração do paradigma da intervenção individual, substituindo-o por uma visão educacional, de crítica social em conjunto com a comunidade.

Um fundamento teórico de grande importância para a Psicologia Comunitária consiste na Teoria da Crise (que significa *decidir*, em grego). Isto é, verificou-se que, com a aplicação dos métodos comuns de resolução de problemas em situações de crise, os problemas pareciam insuperáveis ou de difícil resolução. Assim, constatou-se que olhar a situação de crise no próprio contexto comunitário permitia mais oportunidades de intervenção, em diferentes níveis, e de acordo com a própria situação problema (Ornelas, 2008).

Menezes (2007) refere que a Psicologia Comunitária é utilizada na análise e levantamento de soluções face à tipologia dos problemas sociais, na sua relação com a saúde mental, condições de trabalho, situações de discriminação, exclusão social e preconceito.

Numa intervenção desenvolvida de forma colectiva e participativa é necessário observar as condições das pessoas de uma forma concreta e no seu próprio contexto comunitário. Só desta forma é possível intervir de forma positiva nos problemas, em conjunto com a comunidade.

I.1.1 - Valores da Psicologia Comunitária

A Psicologia Comunitária preocupa-se com uma intervenção junto da comunidade, privilegiando, desta forma, um conjunto de valores que são fundamentais para uma intervenção eficaz. Baseia-se numa intervenção com preocupações ao nível do bem-estar individual das pessoas, de acordo com o seu contexto social. Trata-se de um bem-estar individual que corresponde à saúde física e psicológica, às competências sócio - emocionais, ao desenvolvimento da identidade e à prossecução de objectivos pessoais. Pretende-se que as pessoas se sintam bem consigo próprias, de modo a superar os seus problemas de forma mais eficaz (Ornelas, 2008).

A Psicologia Comunitária relaciona o bem-estar individual com o contexto social e político, procurando compreender o impacto das condições ambientais nos problemas de comportamento, facilitar os processos de ajustamento entre as pessoas e os seus ambientes e aumentar a qualidade de vida das comunidades, no sentido de prevenir os problemas sociais e de saúde mental e promover o bem-estar de toda a população (Ornelas, 2008).

Face ao exposto, e no seguimento do objectivo do presente estudo, é possível argumentar que o nosso propósito principal, isto é, a caracterização da ideiação

paranóide na adolescência, visa a realização do diagnóstico desta situação, inexistente até ao momento, de modo a ser possível uma posterior intervenção com estes adolescentes, em contexto comunitário e educacional, promovendo, neste âmbito, como defende Vidal (2007) o seu bem-estar individual, em termos de desenvolvimento humano e social e prevenindo o surgimento de problemas psicossociais. O desenvolvimento da ideação paranóide pode levar ao isolamento social, uma vez que os outros são percebidos pelo indivíduo como uma ameaça, o que leva ao comprometimento, quer do desenvolvimento, quer do bem-estar dos indivíduos.

Sarason (1974) defende que, no âmbito da intervenção em Psicologia Comunitária, é fundamental ter em atenção o sentimento de comunidade. Este conceito visa um sentimento de pertença, em que a pessoa se percebe como parte integrante e significativa de uma colectividade maior e de uma rede de relações interdependentes e de suporte mútuo, em que pode confiar e da qual pode depender. Este sentimento de comunidade diminui e previne os sentimentos de isolamento, solidão e alienação dos indivíduos nas suas comunidades. Os psicólogos comunitários aplicam este valor na sua acção, estudando e trabalhando para aumentar os laços de suporte entre os cidadãos e a sua ligação aos seus contextos de vizinhança, a fim de fortalecer as comunidades geográficas ou relacionais para que o isolamento e alienação possam ser reduzidos.

A frequência dos pensamentos paranóides na população não clínica está relacionada com a presença de comportamentos de submissão e de vergonha externa, tal como defendido por Freeman e colaboradores (2005). Fenigstein e Venable (1992) defendem que estes pensamentos surgem na relação do indivíduo com o seu contexto, enquanto mecanismo de defesa às ameaças percebidas pelo próprio. Assim, todo o trabalho da Psicologia Comunitária se mostra imprescindível quer na diminuição deste tipo de pensamentos, quer como promotora do sentido de comunidade dos adolescentes com esta ideação, como forma de integração social.

Na Psicologia Comunitária, a justiça social consiste igualmente numa preocupação com as questões da igualdade e distribuição justa e equitativa dos recursos, oportunidades, participação e poder na socialidade em geral. A Psicologia Comunitária adopta este valor na sua intervenção ao investigar os factores sociais e económicos que afectam o bem-estar individual e colectivo, ao evidenciar as situações de injustiça, ao dar voz aos grupos mais vulneráveis e desfavorecidos. Por outro lado, deve também focalizar a sua atenção nos processos que facilitam o acesso de todos os cidadãos aos

recursos existentes e trabalhar em parceria com eles para a criação de novos recursos (Dalton, Elias & Wandersman, 2001; Ornelas, 2008). A este respeito, num estudo levado a cabo por Barreto Carvalho (2009) sobre a ideação paranóide, onde parte da população estudada era não clínica, a mesma verificou que, no que concerne às circunstâncias que os indivíduos referem ter mais sentimentos e pensamentos paranóides, os mesmos responderam ser, sem margem de dúvida, em situações de injustiça. Isto permite constatar a função de defesa da paranóia junto da população normal. Gilbert (1989, 1998) argumenta que esta defesa se insere nas defesas sociais, consideradas como defesas às ameaças percebidas pelos indivíduos em relação com os outros, e estas estão relacionadas com os diferentes tipos de posição social.

Fundamental na Psicologia Comunitária é a participação cívica, isto é, a capacidade da comunidade participar na identificação e definição dos problemas que a afectam, de se organizar de forma mais eficaz para responder às suas próprias necessidades e de fazer parte das decisões que determinam o futuro (Ornelas, 2008). A participação cívica relaciona-se com outro valor fundamental da Psicologia Comunitária, o do *empowerment*, que corresponde a um processo de mudança individual e colectiva, através do qual os indivíduos, organizações e comunidades desenvolvem uma maior consciência e reflexão crítica sobre o seu meio envolvente; adquirem o controlo sobre as suas vidas sobre o funcionamento das suas organizações e sobre a sua qualidade de vida. Em termos práticos, este valor traduz-se no apoio e desenvolvimento de contextos sociais que promovam a participação dos cidadãos, nomeadamente em grupos de ajuda mútua, organizações de bairro ou coligações comunitárias, bem como na identificação e facilitação dos mecanismos e processos que possibilitem aos participantes definirem os seus papéis, opiniões, eficácia organizacional e influenciem de forma mais significativa o sistema social envolvente (Rappaport, 1984, cit. in Ornelas, 2008).

O valor da colaboração e do fortalecimento comunitário, preconizado pela Psicologia Comunitária, implica que se verifique uma redefinição do papel dos profissionais e uma nova forma de relacionamento com a comunidade onde trabalham. As intervenções comunitárias, pela complexidade na sua produção e posterior execução, levam a que os profissionais devam trabalhar em colaboração com os seus parceiros sociais. Se trabalharem sozinhos, estes profissionais não têm a capacidade para influenciar ou implementar processos de mudança (Heller, Price, Reinharz, Riger e

Wandersman, 1984). Uma relação de colaboração entre os profissionais e os membros da comunidade, em que ambos contribuem para o conhecimento e identificação de recursos e participam nos processos de decisão, é fundamental para a resolução dos problemas sociais, para a implementação dos processos de mudança e para o desenvolvimento das comunidades. Esta relação colaborativa permite uma aprendizagem mútua e o fortalecimento, quer das competências dos profissionais, quer dos membros da comunidade. No presente caso, com o estudo da ideação paranóide na adolescência, e tal como previamente referido, os resultados alcançados poderão ajudar na planificação de projectos educativos, com vista à prevenção de problemas futuros, permitindo um desenvolvimento físico e social saudável dos adolescentes, tal como defende Vidal (2009).

O respeito pela diversidade implica o princípio de que a Psicologia Comunitária reconhece, valoriza e aprecia a variedade das comunidades e identidades sociais com base no género, pertença étnica, orientação sexual, capacidade ou incapacidade, estatuto socioeconómico, idade ou outras condições (Dalton, Elias & Wandersman, 2001). O respeito e a compreensão da diversidade humana promovem uma nova visão do mundo em que esta é percebida como um valor positivo (Rappaport, 1994, cit. in Ornelas, 2008). A Psicologia Comunitária reconhece e respeita as experiências, competências e recursos das diferentes pessoas e comunidades e integra essa diversidade na busca de soluções para os problemas locais. Esta diversidade requer, igualmente, a criação de contextos sociais que permitam aos indivíduos estabelecer relações recíprocas e interdependentes, compreender a variedade das suas histórias pessoais, culturais e sociais, assim como usar as suas diferenças para alcançar um objectivo colectivo.

I.1.2 - Relação Psicologia Comunitária e Intervenção na ideação paranóide

Como previamente referido, o conceito de paranóia, segundo estudos já realizados por diversos autores, como Freeman e colaboradores (2005), Fenigstein e Venable (1992), Ellett, Lopes e Chadwick (2003) e Barreto Carvalho (2009), deverá ser ampliado ao conceito de normal, uma vez que faz parte dos processos de pensamento diários das pessoas. Neste sentido, o estudo levado a cabo por Ellett, Lopes e Chadwick (2003), junto de uma população não clínica, tinha como objectivo a análise da incidência da ideação paranóide numa amostra de 324 estudantes universitários, com aplicação da Escala de Paranóia de Fenigstein e Venable e a Escala de Auto-Estima de

Rosenberg. Os autores verificaram que 153 participantes relataram a presença de experiências de paranóia na sua vida, incluindo situações claras de vontade de prejudicar o outro. Estas descobertas recentes, no âmbito da paranóia, têm demonstrado que esta consiste numa experiência humana comum, consistente com a ideia de contínuo entre a experiência normal e patológica.

Tal como já foi referido em pontos anteriores, o fenómeno da paranóia não é apenas estudado junto da população clínica, sendo igualmente investigado em indivíduos que não apresentam qualquer distúrbio mental. Neste sentido, falar de ideação paranóide é referir um padrão de pensamentos observados em ambas as populações, clínicas e não clínicas (nos indivíduos ditos “normais”), porque a paranóia consiste num processo cognitivo utilizado pelos indivíduos de modo a lidarem com o mundo social, cujo resultado, na perspectiva de contínuo entre o normal e patológico, pode apresentar aspectos delirantes (Bech, Freeman & Associates, 1990).

Neste sentido, torna-se importante fazer a articulação da intervenção da Psicologia Comunitária com a Saúde Mental, nomeadamente no que concerne à ideação paranóide, reforçando a importância do suporte social no incremento da auto-estima e satisfação dos indivíduos.

Ornelas (2008) defende que os indivíduos, durante o seu percurso de vida, são expostos a diversas formas de ameaça, levando ao questionamento interno das suas capacidades pessoais, sociais e até mesmo profissionais. É neste sentido que o suporte social se apresenta como recurso interpessoal fundamental para que os indivíduos confrontem as dificuldades. Este suporte social deve ser definido em termos de valorização e aprovação por parte dos outros, promovendo uma auto-avaliação positiva. Em situações de stress, o suporte através da valorização pessoal torna-se fundamental, uma vez que os factores stressantes, dependendo da forma como são percebidos, podem levar a conflitos nas relações interpessoais, levando, por conseguinte, a situações de desvalorização pessoal. A resolução dos problemas, e a procura de alternativas para esta resolução, deve ocorrer no contexto onde o indivíduo desenvolve as suas relações com expressão de sentimentos de estima e valorização (Ornelas, 2008). As redes sociais surgem, assim, com um papel significativo no aumento da satisfação dos indivíduos, principalmente quando estes revelam incapacidade na resolução dos problemas (Dohrenwend, Gould, Link, Neugebauer & Wunsch-Hitzig, 1980). Se pensarmos que as situações de stress e a incapacidade de resolução de problemas leva, muitas vezes, ao

sentimento de ameaça. Sabendo que é esta ameaça que induz à activação de mecanismos de defesa, entre os quais se encontra a ideação paranóide. Facilmente se compreende da importância de estudar este fenómeno cognitivo à luz da Psicologia Comunitária.

Como já foi referido, ao falarmos da Psicologia Comunitária, o movimento de Saúde Mental Comunitária teve início na década de 60 e visava a desinstitucionalização dos doentes mentais que apresentavam uma evolução prolongada, procurando a sua reintegração no seu contexto social.

Caplan (1974) pioneiro neste novo modelo de Saúde Mental Comunitária defendeu a importância da elaboração de possíveis estratégias de prevenção, através da identificação precoce das situações. No mesmo sentido, deve ser realizada uma intervenção preventiva nas situações dos adolescentes não clínicos que apresentam pensamentos paranóides, de modo a prevenir o aparecimento de patologias futuras, tomando atenção, desde logo, às questões de suporte social, e intervenção nas questões do *ranking* social e estilos educativos parentais destes adolescentes.

Kramer (1998, cit. in Barreto Carvalho, 2009) defende que, quando um indivíduo está sujeito a vários acontecimentos ameaçadores ou acontecimentos de vida negativos, poderá desenvolver ideias paranóides sobre a sua realidade. Face ao exposto, torna-se importante analisar a influência de acontecimentos emocionais traumáticos na adolescência, nomeadamente, a existência de estilos parentais desadequados, enquanto ambientes ameaçadores nesta faixa etária. Barreto Carvalho (2009), num estudo realizado sobre a Psicose Esquizofrénica em adultos com Esquizofrenia e não clínicos, verificou que os estilos parentais relacionados com recordações infantis de estilos marcados por antipatia, bem como os sentimentos de vergonha, submissão e comparação social, se apresentavam como factores explicativos da ideação paranóide.

Também a pesquisa realizada no âmbito da Psicologia Social tem vindo a sugerir que, de uma forma mais leve, as ideias paranóides parecem ser bastante prevalentes entre os indivíduos normais (Ellet, Lopes & Chadwick, 2003).

I.2 - Modelo Evolucionista

A ideação paranóide defendida por autores como Fenigstein e Venable (1992), Gilbert (1989, 1998) e Freeman e colaboradores (2005) tem origem na percepção que os

indivíduos possuem da relação que estabelecem com os outros, tal como referido anteriormente. Ou seja, os pensamentos paranóides surgem da necessidade sentida pelo indivíduo de se defender dos outros, quando estes são percebidos como ameaça. Esta visão negativa de ameaça, determinada pela avaliação que o indivíduo faz dos outros nas relações que com eles estabelece, e nas quais antecipa situações de rejeição e crítica, provoca no mesmo sentimentos de vergonha e de submissão (Fenigstein & Vanable, 1992).

É neste sentido que as variáveis de *ranking*, segundo o modelo evolucionista, e os estilos parentais, enquanto embriões das relações com outros significativos, são fundamentais no estudo da paranóia na população não clínica. De facto, e de acordo com a maior parte dos autores (Fenigstein & Vanable, 1992; Freeman, et al., 2005; Gilbert, 1989, 1998), a paranóia é um fenómeno de natureza social, cuja origem provém da percepção que o indivíduo tem das relações que estabelece com os outros, no seu contexto ambiental, e que tem função de adaptar o mesmo às situações de relação social.

A natureza dotou os seres humanos de estratégias de defesa fundamentais para fazerem face às ameaças com que se deparam durante todo o seu percurso de vida. São estratégias que, segundo o modelo evolucionista, permitem ao ser humano adaptar-se às situações, permitindo que possa enfrentá-las ou, simplesmente, afastar-se. Ao longo do presente trabalho vão ser expostas algumas destas defesas, nomeadamente, a vergonha, os comportamentos de submissão e a comparação social. Apesar de estas estratégias apresentarem, inicialmente, uma conotação negativa, estas são fundamentais e, devidamente utilizadas, permitem aos seres humanos desenvolverem-se física e mentalmente de forma saudável no seu contexto social, junto dos seus pares, família e amigos.

É hoje reconhecido que a interacção social é fundamental para a sobrevivência dos seres humanos e outros mamíferos. Esta interacção é essencial para o desenvolvimento cerebral (Schore, 1994, cit. in Dixon, 1998), desenvolvimento da personalidade (Pearce & Newton, 1963, cit. in Dixon, 1998) e bem-estar mental.

Dixon (1998) defende que as estratégias etológicas de defesa nos animais e seres humanos podem ser expressas tanto de forma agressiva como através de comportamentos de fuga. A agressão é utilizada pelos animais, quer durante a competição pelos recursos e território, quer na obtenção e manutenção do estatuto social, enquanto que os comportamentos de fuga são utilizados para evitar uma fonte de

perigo ou dano, assumindo formas tanto dinâmicas como estáticas. Filogeneticamente estes comportamentos de fuga são muito antigos e com precedência sobre todas as outras actividades, incluindo o comportamento social. Ou seja, os seres humanos, no seu contexto social, em interacção com os outros, apresentam os comportamentos sociais que consideram serem os mais adaptados, atendendo a cada situação por si. Se pelo contrário isto não se verificar e a estratégia escolhida não for a mais adequada, o próprio comportamento social do indivíduo fica comprometido.

Durante o seu ciclo de vida todos os indivíduos são expostos a situações de perigo ou dano. No caso dos animais, a maioria dos perigos fazem parte do quotidiano e necessitam de ser eliminados imediatamente. No entanto, existem outros perigos que sendo menos imediatos representam uma ameaça ao longo do tempo, sendo igualmente necessário resolvê-los eficazmente. A natureza dotou, assim, os animais de um conjunto variado de estratégias defensivas, de modo a contrariar todas estas ameaças. Estas estratégias podem ser igualmente observadas nos seres humanos, mesmo nas sociedades modernas, uma vez que, tanto os animais como os seres humanos partilham um passado evolutivo comum (Stevens & Price, 1996, cit. in Dixon, 1998), justificativo da observação de estratégias de comportamento semelhantes em ambos. Nos animais, as estratégias de defesa são reconhecíveis ao nível comportamental, enquanto que nos seres humanos ocorrem como processos mentais, que evoluíram, provavelmente, do sistema de defesa comportamental antigo. Na medida em que entram em concorrência por recursos, incluindo comida, territórios e estatuto, os animais devem ter os meios necessários para avaliar a força de um rival em comparação com a sua própria força. Para além disso, muito tempo e energia são colocados nestas actividades, de competitividade, uma vez que são estas que permitem a preservação da sua integridade, ou seja a sua sobrevivência (Dixon, 1998). Ainda no respeitante às estratégias de defesa dos animais, Dixon (1998) defende que o tipo de resposta defensiva utilizada pelos animais depende de um conjunto variado de factores. Por exemplo, o ataque pode ser a melhor resposta ou a resposta ideal à ameaça feita por um rival do sexo masculino, no entanto, fugir poderá ser a mais adequada, garantindo a sobrevivência. Os animais para além de terem como função defenderem-se de uma possível captura por parte do predador, devem igualmente defender o seu espaço individual, território, família, alimentação e estatuto social, dentro de uma hierarquia. Verificamos, assim, que o contexto social onde ocorrem tais estratégias de defesa, junto com outros factores como

idade e sexo, exerce influência sobre a estratégia de defesa que deve ser adoptada. De um modo geral, as estratégias defensivas nos animais baseiam-se em mecanismos de "auto-defesa", cuja principal função é a redução do risco de danos provenientes do exterior, de forma a preservar a integridade individual e social (Dixon, 1998). Em suma, o animal tem de saber avaliar a situação de modo a utilizar o ataque apenas na presença de rivais mais fracos, optando pela fuga sempre que o adversário se apresenta como mais forte, capaz de ameaçar a sua sobrevivência.

Com base no estudado por Dixon (1998), podemos concluir que existem uma série de semelhanças entre as estratégias de defesa nos animais e seres humanos. No caso dos processos comportamentais, estas semelhanças são mais do que uma mera coincidência e sugerem fortemente que os dois conjuntos de fenómenos, animais e humanos, estão funcionalmente relacionados, especialmente quando animais e seres humanos partilham, ainda que parcialmente, uma história evolutiva. Os trabalhos desenvolvidos por este autor, assim como por outros investigadores deste modelo evolucionista (e.g., Gilbert, 1998) permitem-nos afirmar que as estratégias de defesa observadas nos animais estão também patentes no comportamento humano, sendo a sua activação seleccionada segundo as mesmas premissas.

Os psicólogos evolucionistas tentaram identificar os mecanismos psicológicos internos que fazem a mediação entre o mundo externo e as respostas estratégicas adaptativas (Cosmides & Tooby, 1992; Gilbert, 1989, 1998). Buss (1995, cit. in Gilbert, 1998) faz-nos um resumo excelente sobre esta articulação. Por exemplo, a selecção natural parece ter dado origem ao investimento parental, operacionalizado no cuidado e protecção junto dos filhos, mas tais interacções requerem mecanismos psicológicos apropriados que possibilitem, quer a motivação para este investimento, quer a sensibilidade e receptividade aos sinais específicos que o reclamam (chamadas de socorro, ou o prazer da proximidade, por exemplo). Um destes mecanismos, que tem vindo a evoluir ao longo de milhões de anos estando agora bem estabelecido, é o da afectividade (Bowlby, 1969; Gilbert, 1998). Tanto as crianças como outros mamíferos e primatas têm sistemas de comportamentos afectivos (apego) que os tornam extremamente sensíveis e receptivos à proximidade/distância dos seus cuidadores.

A nossa psicobiologia é muito sensível às emoções, tanto positivas (amor, alegria) como negativas (ansiedade, depressão, ciúme) (Nesse, 1998, cit. in Gilbert, 1998). Os seres humanos, em particular, parecem ser altamente dependentes de sinais de

aprovação, aceitação e simpatia dos outros (Gilbert, 1997, cit. in Gilbert, 1998). As bases psicobiológicas para tais estados de relacionamento são, claramente, aquelas que foram forjadas ao longo de milhões de anos e que forneceram os mecanismos de direcção que ajudam os animais a evitar certos resultados e a perseguir outros. Por exemplo, no conjunto, ser amado, querido e aceite pelos outros está associado a níveis baixos de hormonas do stress, ao passo que estar envolvido em (e perder) conflitos, ser rejeitado, não amado e excluído, está associado a disfunções imunitárias e hormonas de stress elevadas. Não podemos remover o aparelho psicobiológico que faz com que as relações com os outros sejam importantes - sinais de suporte, aceitação, cuidado e respeito são biologicamente fortes e importantes em quase todos os grupos humanos, nem podemos facilmente mudar o que sentimos em relação às ameaças sociais do passado (como ser enganado por amigos ou colegas, perda de *status*, falta de apoio, condenado por ostracismo, etc.) (Cacioppo & Berntson, 1992, cit. in Gilbert, 1998). Bailey e Wood (Bailey, 1988; Bailey, Wood & Nava, 1992; Bailey & Wood, 1998, cit. in Gilbert, 1998) descrevem como é que o domínio das relações de parentesco e sensibilidade relacional tiveram um grande impacto na nossa evolução e da nossa psicologia interna, chamando a atenção para o papel desenvolvido pelos objectivos bio-sociais.

I.2.1 - Objectivos bio-sociais

Uma questão importante nas abordagens evolucionárias é tentar descobrir quais os objectivos que motivam os animais a agir. Para assegurar a sua sobrevivência e a continuidade da espécie, os animais têm necessidade de comer e de se reproduzir. Para tal, devem existir mecanismos que assegurem que os organismos têm a capacidade e motivação para se alimentarem e que são capazes de detectar, obter e ingerir nutrientes. Da mesma forma, os animais que se reproduzem sexualmente têm também mecanismos internos de motivação, detecção e acesso aos companheiros, e aqueles que são capazes de evitar ameaças de predadores vão aumentar consideravelmente a possibilidade de deixar os seus genes às gerações seguintes, em comparação com aqueles que não conseguem (Gilbert, 1993, cit. in Gilbert, 1998).

Assim, os animais são motivados a procurar determinados objectivos, muitos dos quais são sociais (por exemplo, acasalamento, cuidado dos filhos, competição). Mas muitos dos objectivos básicos bio-sociais que sustentam a psicologia humana são, na

realidade, muito antigos (Bailey, 1988; Bailey, Wood & Nava, 1992; Bailey & Wood, 1998, cit. in Gilbert, 1998).

Uma questão chave para o entendimento da psicologia pode ser a de saber "quais são os problemas sociais mais comuns para os quais os seres humanos desenvolveram modos de reconhecimentos e resolução?" (Buss, 1991, 1995, cit. in Gilbert, 1998). Não existe uma lista consensual destes problemas, mas, em geral, há acordo acerca de que os mesmos incluem: reconhecer e investir nos bebés; seleccionar bons parceiros; detectar e relacionar-se mais com colaboradores ao invés de exploradores ou inimigos; e desafiar apenas aqueles com quem temos alguma hipótese de ganhar. Uma classificação grosseira dos objectivos bio-sociais, que englobam algumas das formas mais importantes de relacionamento social tem sido descrita em outros lugares (Gilbert, 1989) e incluem:

1. *Buscar cuidados* - compreende a motivação e o comportamento para obter a provisão de vários recursos de outros (como o conforto, protecção, alimento, ajuda, apoio e cuidados). O comportamento de procura de cuidados pode também ser destinado a controlar a excitação (acalmar uma ameaça).
2. *Fornecer / dar cuidados* - compreende a motivação e os comportamentos de cuidar, olhar pelos outros e proporcionar recursos aos outros, especialmente parentes.
3. *Seleção do parceiro* – compreende a atracção e o comportamento sexual de se sentir atraído, cortejar, conquistar e manter o parceiro.
4. *Formação de alianças* – compreende a inibição da agressão, a partilha, a cooperação, a associação, as amizades, a vida em grupo e o comportamento recíproco.
5. *Comportamento de Ranking* – envolve a competição directa por recursos, ganhar e manter a *rank* (posição), para os que ocupam lugares de dominância (líder) e submissão para os que têm um *rank* mais baixo (seguidor).

Algumas das melhores e mais úteis alianças e relações de cooperação correspondem às que acontecem entre os indivíduos de *rank* superior. Os mecanismos psicológicos que evoluíram de forma a ordenar tais comportamentos sociais exigem pelo menos três aspectos. Primeiro, deve haver algum tipo de mecanismo de motivação que permita que este tipo de relação seja importante. Segundo, devem existir estratégias para alcançar os resultados que se pretendem no relacionamento social (por exemplo, como ser sexualmente atraente ou como ganhar estatuto, como reagir se o estatuto for

atacado ou como sinalizar o stress). Terceiro, devem existir algoritmos de processamento de informação que permitam aos indivíduos aperceberem-se se os seus esforços estão a ser vantajosos ou se, pelo contrário, a sua performance está a ser pobre. Pode haver diferenças entre os sexos no interesse e vigor com que cada objectivo bio-social é perseguido e, portanto, estas diferenças resultaram em variações nas vulnerabilidades de cada género a ambientes frustrantes ou bloqueantes (McGuire & Troisi, 1998, cit. in Gilbert, 1998).

Pelo facto de muitos dos nossos objectivos e ambições mais salientes derivarem de motivos sociais evoluídos (por exemplo, criar vinculações, encontrar um parceiro sexual, pertencer a um grupo, adquirir estatuto e evitar ser inferior / envergonhado / rejeitado) os objectivos bio-sociais podem ser interpretados como uma motivação para criar uma certa forma de se relacionar entre si e com os outros (por exemplo, sexual, dominante, etc.) (Gilbert, 1998).

I.2.2 - Estratégias de adaptação

As estratégias são os meios através dos quais os objectivos são atingidos. As estratégias serão mais eficazes, mais *aptas*, se forem funcionais e esta funcionalidade depende da flexibilidade com que conseguem operar. A flexibilidade é construída tanto na natureza do fio condutor das estratégias, como na abertura destas para novos contextos através da aprendizagem. Consideremos um "pedido de socorro", que é uma estratégia comum nos mamíferos para sinalizar a um parente distante que este deve regressar. Outro exemplo é o de uma criança que continua a fazer chamadas de atenção mesmo quando não há evidências de que os pais possam estar presentes, podendo indicar ao predador a sua localização. Uma estratégia funcional flexível seria, então, terminar as chamadas de atenção após um determinado tempo, caso o sinal de socorro não fosse atendido. Ou seja, as estratégias são dependentes do contexto e compelidas pela presença ou ausência de certos sinais. No exemplo da chamada de atenção seria razoável chamar os pais durante um determinado tempo e, após este tempo, desmobilizar e ficar quieto. Numa população podem existir variações na força do pedido de ajuda (que Bowlby, 1969, designou de *protesto*), que pode estar relacionada com a duração do tempo em que a força é expressa e com a resposta de desmobilização (que Bowlby, 1980, denominou de *desespero* e relacionou à depressão nos seres humanos). Esta flexibilidade e dependência de sinais / estímulos das estratégias permite

aos animais evitar a perseguição de objectivos não alcançáveis ou diminuir a aptidão, caso existam objectivos que sejam perseguidos independentemente do seu perigo ou custo (Gilbert, 1998).

As estratégias sociais são complexas porque, em primeiro lugar, dependem do envio e recepção de informações oriundas de sinais sociais mutuamente compreensíveis. Por exemplo, o pedido de socorro ou exibição sexual de um sapo pode não ser compreensível ao ser humano. Em segundo lugar, na procura de qualquer objectivo bio-social em particular, os indivíduos podem recorrer a estratégias e táticas muito diversas e diferentes (altruísmo, desilusão, atractividade, exibição). Estas estratégias poderão seguir, tanto as regras de expressão inatas, como as culturalmente regulamentadas. Por exemplo, o cuidado da criança é invariante de cultura para cultura, podendo as crianças morrer na sua ausência, mas a forma de cuidado (como o tempo que uma criança é amamentada, dorme com os pais ou vai para a escola) tem uma variação cultural significativa. Por último, as más ligações entre os papéis sociais indesejados e os que as pessoas pretendem estabelecer são uma fonte de conflito e afecto negativo. Isto é, o resultado do nosso sentido de poder ou de dominância relativa depende dos julgamentos acerca do controlo que possuímos na construção dos papéis sociais com os outros, sejam estes papéis de sexualidade, de líder ou seguidor ou dos papéis definidos por outras pessoas que temos de seguir contra a nossa vontade (ou seja, sendo involuntariamente submissos), e este sentido de poder ou dominância relativa está relacionado com a ansiedade, hostilidade e depressão (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1998).

Para além de existirem bastantes estratégias planeadas para serem flexíveis (Mayr, 1977, cit. in Gilbert, 1998), a própria flexibilidade está sujeita a alterações durante o seu desenvolvimento psicobiológico (Schore, 1994, cit. in Gilbert, 1998). É hoje reconhecido que as experiências adversas que ocorreram na infância podem afectar significativamente a maturação psicobiológica e o funcionamento destas estratégias (Hart, Gunnar & Cicchetti, 1996; Rosenblum, Coplan, Friedman, Bassoff, Gorman & Andrews, 1994; Trickett & Putman 1993, cit. in Gilbert, 1998). Uma vez que as crianças se desenvolvem e amadurecem em determinados ambientes, algumas estratégias (elevado investimento interpessoal e formação de amizades) serão mais desenvolvidas e outras poderão ser menos desenvolvidas ou pouco integradas na personalidade das crianças (Belsky, 1993; Belsky, Steinberg & Draper, 1990, cit. in

Gilbert, 1998). O desenvolvimento da estratégia não é fixo e poderá estar aberto à aprendizagem afectando a própria arquitectura psicobiológica do *self*. Neste sentido, Riggio (2004) defende que os pais são fontes importantes, de apoio social durante a faixa etária da adolescência, referindo que a afectividade e a aceitação dos pais podem estar relacionadas com resultados positivos no estado adulto, como por exemplo, melhor ajustamento psicológico e uma menor solidão (Landman-Peters, et al., 2005; Levitt, Prata & Santos, 2007; Wintre & Yaffe, 2000, cit. in Riggio & Kwong, 2011).

I.2.3 - Estratégias de manipulação

Na perseguição de muitos dos objectivos bio-sociais, o estabelecimento correcto de papéis sociais (sucesso social [Nesse, 1990, cit. in Gilbert, 1998]) depende crucialmente do modo como um indivíduo afecta as emoções e o estado de espírito dos outros. Assim, as emoções e as suas manifestações (que regulam a procura pelos objectivos) também podem ter valor manipulador na medida em que vão ter impacto sobre os outros (e.g. raiva, vergonha, submissão, ciúmes, disforia ou choro). Emoções aversivas podem servir muitos fins (não conscientes) manipulativos e adaptativos (Gilbert, 1998).

Tem havido muita discussão sobre se as pessoas precisam estar conscientes das suas "manipulações". A visão actual é que não. Por exemplo, uma pessoa que, ao ser criticada pelo chefe chora, pode conscientemente odiar a ideia de que outros possam vê-lo como uma criança. Conscientemente, ele quer ser visto como forte e assertivo, no entanto, vários mecanismos cerebrais decidem que ele deve tomar a decisão de se submeter e enviam sinais de submissão (Price, 1998, cit. in Gilbert, 1998). Assim, muitas das nossas emoções são involuntárias, porque evoluíram para mecanismos automáticos de acção rápida, muitas vezes destinados a afectar a mente dos outros, da mesma forma que as nossas são afectadas (Gardner, 1998), e podemos não estar cientes da sua verdadeira finalidade defensiva ou manipulativa (Nesse, 1998, cit. in Gilbert, 1998).

I.2.4 - Estratégias de defesa

Nesse e Williams (1995, cit. in Gilbert, 1998) alegam que alguns sintomas físicos e psicológicos, identificados como doença, podem ser, de facto, "defesas"

seleccionadas pelo seu valor adaptativo. Exemplos destas defesas são a tosse, vómito ou diarreia que, embora não sejam sintomas de doença ou disfunção por si só, reflectem os mecanismos de defesa desenvolvidos contra uma doença ou invasor.

Quando aplicado às emoções (por exemplo, raiva, medo) e estados de humor (por exemplo, depressão) o mesmo argumento é válido (McGuire & Troisi, 1998; Nesse, 1998; Price, 1998, cit. in Gilbert, 1998). Os animais têm a necessidade de diferenciar os ambientes seguros dos inseguros para que possam reagir da melhor forma possível (Marks & Nesse, 1994, cit. in Gilbert, 1998; Gilbert, 1989). Dixon (1998) explora os comportamentos de defesa a ameaças e realiza uma classificação que vai de alguma forma fazer a demarcação sobre as diferentes opções de estratégias básicas de defesa, desenvolvidas ao longo da evolução humana e animal. Na ausência de uma ameaça específica, são facilmente observáveis pistas seguras e estados de humor que ajudam o animal a avaliar se um contexto é (relativamente) seguro ou não. Por isso, para esses animais, pode ser adaptativo ficar ansioso em contextos onde as ameaças / danos já existiram antes, ou em contextos similares, mesmo quando as ameaças já não existem.

Pode ser ou ter sido adaptativo o indivíduo ter ansiedade / depressão, tendo, por isso, cuidado e mostrando inibição na ausência de pistas de segurança (*ranking* social) ou de sinais de suporte social, especialmente nas situações onde foi derrotado e a fuga foi bloqueada (Dixon, 1998; Gilbert, 1992; Gilbert & Allan, 1998). Humores e emoções podem, portanto, ajudar os animais a focarem-se, de forma mais ou menos cautelosa, mesmo quando as ameaças não estão na proximidade. Tanto Price (1998, cit. in Gilbert, 1998) como McGuire e Troisi (1998, cit. in Gilbert, 1998) abordam estas questões. A noção de flexibilidade estratégica é, portanto, importante para o humor, que pode actuar como um instrutor na selecção de estratégias (defensivas) específicas.

I.2.5 - Módulos, mentalidades e modelos de funcionamento interno

O termo competências sugere que estas se reúnem à volta de habilidades específicas e modos de interpretar as relações (por exemplo, filho/pai, inimigo/amigo, subordinado/dominante). O termo *mentalidade* foi utilizado de modo a reflectir a noção de várias competências internas que se reúnem para possibilitar certos tipos de papéis de *self – outro* (por exemplo, sexual, parental). Por exemplo, uma *mentalidade de cuidado* pode recrutar e reunir capacidades, tais como sensibilidade às necessidades dos outros,

uso de afectos de simpatia e empatia e está relacionada com o afecto positivo através de sinais que mostrem que o alvo do nosso cuidado está a progredir ou a ficar mais forte. A *mentalidade competitiva*, no entanto, utiliza algoritmos de comparação social, motivos de dominância social para ficar acima dos outros ou mesmo derrotá-los e os afectos positivos podem estar ligados ao observar os outros a ficarem mais fracos. Enquanto as mentalidades (articulação de processos motivacionais, comportamentais e cognitivos) são básicas para a maioria dos seres vivos (mesmo organismos simples são capazes de detectar e responder a estímulos relevantes, tais como afastar-se de ameaças e aproximar-se dos alimentos), os seres humanos, neste âmbito, sobressaem em relação aos outros animais, não apenas no tipo de competências que possuem, mas também no tipo de estímulos que podem direccionar as suas mentalidades. Por exemplo, nos seres humanos o comportamento de cuidar pode ser direccionado a outras pessoas, animais, plantas (jardinagem), objectos inanimados (um carro ou casa) e também a si mesmos (Fogel, Melson & Mistry, 1986, cit. in Gilbert, 1998) e adquirimos prazer no envolvimento destas actividades. Esta abertura das mentalidades (como o cuidar) a um amplo campo de acção que pode muito bem ter sido fundamental na evolução humana (Gilbert, 1989; Gilbert, 1998).

Com esta permutabilidade o *self* tornou-se num objecto experimentado através da mentalidade. Por exemplo, podemos ter cuidado ou sermos *hostis connosco* próprios, até mesmo a nível sexual. Os seres humanos têm esperanças, expectativas e estes elementos criativos permitem vários afectos conduzidos apenas pelo pensamento, ou seja, sem a presença de sinais externos (por exemplo, fantasia sexual). As nossas fantasias e devaneios, giram, muitas vezes, em torno de certos tipos de relação (amor, sexo, poder, riqueza, vingança) que também permitem a integração modular. De facto, a capacidade de fantasia pode muito bem ter evoluído face ao aumento da competência no pensar sobre os problemas sociais de diferentes formas, oferecendo, assim, respostas flexíveis (Gilbert, 1998).

Segundo Gilbert (1998), a ligação entre a *mentalidade da competição* e a perseguição dos objectivos bio-sociais é particularmente observada nas relações de competição, particularmente nos comportamentos de *ranking*, ou seja, quando as relações compreendem a competição directa por recursos, aquisição e manutenção da posição social (liderança) e acomodação daqueles que possuem uma posição social inferior (submissão). Para este autor é também evidente que os contextos sociais

activam e recrutam os diferentes aspectos da psicologia evolutiva. Por exemplo, observamos que as pessoas se comportam de diferente forma em contexto de guerra e quando estão em segurança, em casa ou com amigos. O significado e a expressão atribuídos às coisas são moldados de acordo com o contexto social onde estamos inseridos.

Os sinais sociais permitem que os membros da mesma espécie se organizem em relacionamentos de acordo com a função (por exemplo, pai/filho, dominante/subordinado aliado, solidário, parceiro sexual, Gardner, 1998). Assim, os sinais trocados entre membros da mesma espécie não são aleatórios, mas envolvem sinais que indicam padrões interacionais de comportamento (por exemplo, para formar amizades e alianças, a receptividade e interesse sexual, e preparação ou recuo perante um desafio). Como tal, os estados de comunicação são responsáveis pela sinalização da intenção e necessidade, orientando e coordenando o comportamento de um animal de forma reconhecível entre os da mesma espécie, o que facilita uma resposta adequada (Gardner, 1998).

Nunca na história os seres humanos foram submetidos a tanta pressão para se apresentarem *socialmente atraentes*, e nunca na história recente (que remonta há 10 000 anos e mais) os grupos sociais foram tão altamente classificados nos que não têm e nos que têm muito, tornando a comparação social e o sentimento de fracasso tão fortemente imposto e doloroso (James, 1997, cit. in Gilbert, 1998).

Kramer (1998), nos seus estudos acerca das cognições e comportamentos no âmbito da Psicologia Social e dinâmica de grupos, chegou à conclusão que as:

(...) cognições sociais paranóides podem ser entendidas como um produto resultante da interacção entre as estratégias de processamento de informação social e determinado contexto social que se torna socialmente ameaçador como, por exemplo, situações de avaliação de desempenho e de qualidades individuais, de escrutínio social, de comparação social, etc. Estas cognições são tentativas individuais de compreender e de lidar com informação social que é potencialmente perigosa para o *eu* (p. 254, cit in Lopes, 2010, p. 16).

Ou seja, quando o indivíduo se encontra num ambiente que lhe é ameaçador verificam-se, não só cognições paranóides, mas, também, comportamentos e emoções associados.

I.3 – Ideação Paranóide

A paranóia poderá ser definida, de acordo com o Dicionário de Língua Portuguesa, como uma “perturbação mental que se caracteriza pela tendência para a interpretação errónea da realidade em consequência da susceptibilidade aguda e da desconfiança extrema do indivíduo, que pode chegar até ao delírio persecutório” (Infopédia). Inicialmente a paranóia foi definida por Kraepelin (1929, cit. in Lopes, 2010) como se tratando de um sintoma de “demência paranóide” (p.3), embora não se tenham verificado definições pormenorizadas e cientificamente comprovadas a esse respeito.

O estudo desta ideação teve início há mais de 25, anos com as investigações realizadas por Fenigstein (1985, Fenigstein, Scheier & Buss, 1975, cit. in Fenigstein & Venable, 1992), nas quais se colocou ênfase na natureza social do fenómeno da paranóia, explicando a forma como esta devia ser descrita face às percepções verificadas nas relações desenvolvidas entre os indivíduos.

Diferenciando a paranóia clínica da subclínica (geral), Fenigstein e Venable (1992) definem a última como uma forma de pensamento marcado por tendências exageradas de auto referência que ocorrem no comportamento quotidiano normal. Tal pensamento é caracterizado por tendências relativamente estáveis em relação a sentimentos de desconfiança, sentimentos de má vontade ou de ressentimento e crença no controle externo ou influência (Fenigstein, 1997, cit. in Combs & Penn, 2004; Fenigstein e Venable, 1992). Em contraste, a paranóia clínica inclui delírios persecutórios e desconfiança extrema. Embora poucos estudos tenham investigado o processamento da informação social na paranóia (Fenigstein, 1997, cit. in Combs & Penn, 2004) a maioria estudou apenas uma única habilidade cognitiva, e nenhum deles incluiu as medidas sociocognitivas do processamento.

Alguns autores defendem que a ideação paranóide, em termos gerais, se refere às crenças incorrectas de determinado indivíduo, quando este se percebe sob a ameaça de alguém ou de algo, e corresponde ao tipo mais comum de ilusões ou crenças anormais (Garety & Hemsley, 1987, cit. in Raes & Van Gucht, 2009). Freeman, Dunn, Garety, Bebbington, Slater, Kuipers, Fowler, Green, Jordan e Ray (2005) defendem que a ideação paranóide poderá ser definida pela interacção entre um

indivíduo fragilizado psicologicamente, níveis de depressão altos, ansiedade, stress, medo de separação e uma auto-consciência elevada.

A principal característica definidora da paranóia e que a diferencia, por exemplo, da ansiedade social, reside no termo *malevolência*. Ou seja, a paranóia reflecte a crença de *malevolência* intencional dos outros, onde a pessoa paranóide pensa ser um alvo a abater por outra numa posição social de hierarquia superior à sua, considerando a outra com maior estatuto, autoridade e aceitação. Para além da ameaça física (alguém que lhe quer bater), a paranóia compreende, do mesmo modo, uma ameaça psicológica (alguém que o quer humilhar), sociológica (ser despedido sem razões óbvias), económica (alguém que rouba) e, por último, um ataque ao *ranking* social da pessoa, ao seu estatuto.

Também através do DSM IV é possível verificarmos que o conceito de paranóia surge como uma ideia delirante onde a pessoa está a ser “malevolamente atacada, perseguida, enganada, ou a ser vítima de conspiração” (p. 154). Contudo, é importante salientar, segundo a autora Lopes (2010), que esta definição dos manuais de diagnóstico ainda é pouco clarificadora e inconsistente.

O fenómeno da paranóia é cada vez mais alargado à população não clínica, verificando-se um *contínuo* entre o normal e patológico. É essencial referenciar que o seu impacto é bastante significativo em termos de cognição e comportamento social, podendo comprometer o quotidiano dos indivíduos (Combs, Michael & Penn, 2006; Fenigstein, 1997; Freeman, et al., 2002; Martin & Penn, 2001). Este *contínuo* entre o normal e patológico e a aceitação da ideação paranóide como uma experiência comum na população em geral é consistente com a concepção de muitos outros autores, como Combs, Penn & Mathews (2003); Combs e Penn (2004); Combs, Penn, Chadwick, Trower, Michael e Basso (2007); Freeman (2007, cit. in Riggio & Kwong, 2011); Freeman e colaboradores (2005); Freeman, Pugh, Antley, Slater, Bebbington, Gittins, Dunn, Kuipers, Fowler e Garety (2008, cit. in Freeman, Pugh, Vorontsova & Southgate, 2009); Pickerin, Simpson e Bentall (2008); van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul e Krabbendam (2009, cit. in Raes & Van Gucht, 2009). A evidência científica tem demonstrado, cada vez mais, que as experiências de psicose representam um contínuo na população em geral. A ideação paranóide (ideias infundadas de ser prejudicado de forma intencional pelos outros) é um componente-chave da experiência psicótica. Os delírios persecutórios, que são assistidos nos serviços psiquiátricos, são

aqueles que se encontram num estado final de gravidade dum espectro de ideação persecutória existente na população em geral (Freeman, Stahl, Manus, Meltzer, Brugha, Wiles & Bebbington, 2011). Neste sentido, a investigação no âmbito do aumento da compreensão sobre os factores psicológicos envolvidos no desenvolvimento e manutenção de paranóia é cada vez mais importante (Barreto Carvalho, 2009; Bentall, et al., 2001; Freeman, Garety, Kuipers, Fowler, & Bebbington, 2002, cit. in Raes & Van Gucht, 2009). Freeman e colaboradores (2005) referem que cerca de 15% a 20% da população em geral experimenta pensamentos paranóides com regularidade. Os mesmos autores descobriram que os pensamentos de suspeição têm, no caso de muitas pessoas, uma ocorrência semanal e que os maiores níveis de pensamento paranóide estão relacionados com o evitamento. Tal facto é consistente com outras pesquisas que indicam que o evitamento e o medo da avaliação negativa estão entre os melhores preditores de ideação paranóide (Martin & Penn, 2001; Freeman, et al., 2005).

O estudo da paranóia tem sido firmemente estabelecido nos últimos anos. Muitas pessoas apresentam alguns pensamentos paranóides e poucas pessoas têm muitos. Estudos epidemiológicos e experimentais indicam que o pensamento paranóide pode ser uma experiência regular numa em cada três pessoas da população geral e pelo menos uma em cada vinte apresenta um delírio persecutório durante a sua vida (e.g., Johns, et al., 2004; Freeman, et al., 2008; Rutten, et al., 2008, cit. in Freeman, McManus, Brugha, Meltzer, Jenkins & Bebbington, 2011). Até mesmo quando são de baixo nível, os pensamentos rápidos de suspeição são angustiantes (Freeman, et al., 2005).

De acordo com os resultados epidemiológicos sobre a psicose junto da população em geral, parece ser provável que a paranóia esteja associada a factores tais como a juventude, ser solteiro, residir na cidade, ser de baixo estatuto socioeconómico e apresentar distúrbios emocionais (Kendler, et al., 1996; van Os, et al., 2000, 2009; Scott, et al., 2006, cit. in Freeman, McManus, Brugha, Meltzer, Jenkins & Bebbington, 2011; Freeman, Pugh & Vorontsova, 2010). A associação com drogas ilícitas, tais como cannabis é, também, altamente provável (Moore, et al., 2007; Henquet, et al., 2008; Morrison, et al., 2009, cit. in Freeman, McManus, Brugha, Jenkins & Bebbington, 2011; Freeman, Pugh & Vorontsova, 2010). No respeitante à relação entre o género e a paranóia, alguns estudos encontram associações com o género masculino (Johns, et al., 2004, cit. in Freeman, McManus, Brugha, Jenkins & Bebbington, 2011) e outros com o sexo feminino (Forsell & Henderson, 1998, cit. in Freeman, McManus, Brugha,

Meltzer, Jenkins & Bebbington, 2011), verificando-se noutros a não associação entre o género (Freeman, et al., 2005).

É agora bem estabelecido que cerca de metade das pessoas tiram conclusões precipitadas (*jump to conclusions*) numa tarefa de raciocínio probabilístico em comparação com 10-20% de pessoas sem ilusões (Fine, et al., 2007; Freeman, 2007; Garety, et al., 2007, cit. in Freeman, Pugh & Garety, 2008). Ou seja, indivíduos com ideação paranóide tiram conclusões precipitadas pelo facto de não recolherem a informação necessária antes de tomarem as suas decisões (Bentall, et al., 2001; Garety, Hemsley, & Wessely, 1991; Huq, Garety & Hemsley, 1988, cit. in Combs, Penn, & Mathews, 2002), tendo mais confiança nas suas decisões, com base em dados limitados, comparativamente às outras pessoas (Dudley, John, Young & Over, 1997; Huq, et al., 1988, cit. in Combs, Penn, & Mathews, 2002).

Refira-se que a associação entre tirar conclusões precipitadas e a ideação paranóide não clínica tem sido raramente estudada e os resultados apresentados são mistos (Colbert & Peters, 2002; Van Dael, et al., 2006; McKay, et al., 2006, cit. in Freeman, Pugh & Garety, 2008). Os estudos apresentavam uma amostra pequena, maioritariamente de estudantes, e os intervalos de ideação delirante não clinica eram limitados. Neste âmbito tem-se observado um crescente interesse sobre a componente cognitiva nas crenças paranóides e suas atribuições (McKay, Langdon & Coltheart, 2005, cit. in Mills, Gilbert, Bellew, Mcewan & Gale, 2007).

O início da investigação do fenómeno da paranóia em amostras não clínicas deveu-se à falta de conhecimento acerca da normalidade das cognições paranóides nas experiências do dia-a-dia das pessoas, verificando-se que este fenómeno, ao contrário do que se pensava, devia ser igualmente explorado na população não clínica (Freeman, et al., 2005).

Na linha do defendido por Freeman (2007) também Van Os, Hansen, Bjiil e Ravelli (2000) verificaram que tanto as experiências paranóides da população clínica como da não clínica estão relacionadas com factores demográficos e factores de risco clínicos. Logo, é visível a normalidade do fenómeno da paranóia com base nos factores acima descritos (demográficos, ameaças, pensamentos do dia-a-dia). Esta conclusão vem, uma vez mais, defender, tal como verificado por outros autores (e.g., estudo de Barreto Carvalho (2009), e confirmar o contínuo entre o normal e o patológico da paranóia.

Saliente-se que a paranóia tem sido também fortemente relacionada com o afecto negativo (Freeman, et al., 2008; Bentall, et al., cit. in press, cit. in Freeman, Pugh, Vorontsova & Southgate, 2009) e considerada como um tipo de medo ansioso (Freeman & Freeman, 2008). Experiências anormais, como distorções perceptivas e alucinações, podem ser consideradas uma das principais causas de paranóia (Maher, 1988; Freeman, et al., 2008, cit. in Freeman, Pugh, Vorontsova & Southgate, 2009).

Bentall, Kinderman, e Kaney (1994, cit. in Mills, et al., 2007) sugerem que a paranóia está associada a um estilo atribucional externo, que pode surgir como forma de defesa contra uma ameaça negativa ao *self*. Ou seja, a paranóia é marcada por uma elevada sensibilidade às ameaças ao *self*, com uma intenção de maldade por parte dos outros. Kinderman e Bentall (1996, cit. in Mills, et al., 2007) descobriram que os pacientes com paranóia se descrevem com recurso a palavras positivas, no entanto, acreditam que os seus pais os descrevem de forma mais negativa. Isso vem contrastar com as pessoas com depressão que se descrevem de forma negativa, esperando que os outros também o façam. Assim, Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood e Kinderman (2001, cit. in Mills, et al., 2007) sugerem que os pacientes com paranóia apresentam uma exagerada tendência em atribuir os acontecimentos negativos para os outros com mais poder. Por outro lado, tal como veremos de seguida, Trower e Chadwick (1995) acreditam que existe um subgrupo de pacientes com paranóia que apresentam um sentimento de vergonha e de serem "maus", designando tipo de paranóia de *bad me*.

No entanto, Freeman (2007) defende ser importante não esquecer que as investigações relativas ao fenómeno da paranóia junto da população não clínica são ainda muito recentes, constatando-se a necessidade de serem realizados estudos epidemiológicos que tenham em atenção os aspectos conceptuais e metodológicos (apreciação da essência multi dimensional das experiências quotidianas, utilizando para tal instrumentos que permitam avaliar de que forma os pensamentos desenvolvidos provocam transtornos e a sua frequência; especificação com clareza do teor dos pensamentos paranóides, avaliando a natureza da ameaça, a própria pessoa que exerce o mal e o seu poder e estatuto social, medindo o grau de ameaça dos pensamentos paranóides e incómodo por eles provocado).

Os autores Fenigstein e Vanable (1992) defendem ser possível verificar na ideação paranóide a presença de sentimentos de desconfiança e suspeição, que levam à existência de pensamentos enviesados em relação a acontecimentos inofensivos,

interpretados como ameaçadores para o *self* e considerados como imagens de referência ao indivíduo. Estes sentimentos de desconfiança, de suspeita, de má intenção e auto-consciência são parte da descrição da paranóia.

Estes mesmos autores, com objectivo de estudar a relação entre a paranóia, suspeição e auto-consciência, elaboraram um questionário de auto-resposta (primeira medida para investigação da paranóia aplicada e devidamente adaptada à população não clínica). Este questionário era composto por uma versão reformulada do *Minnesota Multiphasic Personality Inventory Paranóia Scale* (MMPI-*Pa*), com mistura de itens de outras escalas de medição da paranóia e suspeita. A *Escala Geral da Paranóia* (GPS), preconizada por Fenigstein e Venable (1992), é uma escala que possibilita a medição da paranóia junto da população não clínica. Esta escala trata os aspectos interpessoais da paranóia, tais como ressentimento do indivíduo em relação ao outro, suspeita em relação aos outros; ideia de desvalorização pelos outros; pensamentos de rejeição, não possuindo itens acerca de sintomas psicóticos. Com esta escala, Fenigstein e Venable (1992) descobriram que “entre todas as escalas, 62 % dos sujeitos escolheram um item como sendo mais ou menos aplicável” (p. 132). Estes resultados, tal como temos vindo a observar ao longo do presente trabalho, são consistentes com o fundamento de o fenómeno da paranóia ser um processo normal, passível de ser encontrado junto da população normal, de uma forma mais *suave*.

Em estudos posteriores, assiste-se a um interesse do papel das emoções na paranóia (ao contrário do estudado por Bentall, Kinderman & Keney, 1994 e Fenigstein, 1997, da centralização dos aspectos do *self* na paranóia). Apesar de se observar, na literatura, que os factores de risco que levam à esquizofrenia sejam de foro genético e neurológico, sem influência das emoções, há evidência que defende que a presença, na fase da adolescência, de desajustamento social negativo, nomeadamente ansiedade social, pode ser um factor preditivo para o desenvolvimento da patologia da esquizofrenia na vida adulta (Freeman, Garety & Kuipers, 2002).

Tem sido possível verificar que a paranóia não clínica tem aspectos semelhantes aos da ansiedade social (Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005), onde ambos os fenómenos são caracterizados pela presença de sentimentos de medo de rejeição, exclusão, humilhação ou inferiorização em relação aos outros. Em contexto social, a paranóia foca a sua atenção no outro (deslealdade, manipulação, baixa confiança no outro) ao passo que a ansiedade social se focaliza em aspectos negativos do indivíduo

(Gilbert, et al., 2005). Tal como referimos anteriormente, a paranóia distingue-se, neste caso, da ansiedade social devido ao aspecto da *malevolência* que os indivíduos sentem que os outros têm sobre si.

De acordo com Bentall, Kinderman e Kaney (1994) os delírios persecutórios correspondem a um mecanismo de defesa, de protecção da auto-estima, e surgem como forma de evitar o reconhecimento das diferenças entre o que os indivíduos são na realidade e aquilo que idealizavam ser, como forma de protecção do *self*. Zigler e Glick (1988, cit. in Lopes, 2010) defendiam que a paranóia era uma espécie de depressão camuflada.

As pessoas com paranóia apresentam um quadro de crenças anómalas, ou seja, delirantes, do mesmo modo que se tem qualquer outro tipo de crença. Contudo, Bentall e colaboradores (1994) defendem que os indivíduos com ideações persecutórias apresentam uma necessidade de olhar a realidade como se as pessoas fossem efectivamente malévolas, ou seja, atribuem aos outros a razão das suas experiências negativas, como forma de protecção do *self*, da sua auto-estima. Este propósito parte do princípio de Colby, Faught e Parkinson (1979, cit. in Melo, 2006) de que os delírios persecutórios correspondem a um processo psicológico de defesa do *self* contra ameaças exteriores, com crenças negativas sobre as próprias e com uma baixa auto-estima.

Em estudos preconizados por Chadwick e Trower (1996) observou-se que o fenómeno da paranóia era, de facto, um modo de defesa, de protecção do *self* contra as ameaças percebidas. Estes resultados confirmaram as investigações de Bentall e colaboradores (1994) ao defenderem a paranóia enquanto um mecanismo de defesa contra uma baixa auto-estima, como uma resposta de ataque ao *self*. No entanto, este estudo apresenta um problema metodológico, no que respeita à medida da auto-estima que, apesar de ser um conceito compreendido, é raramente medido com validade e consistência (Smelser, 1989, cit. in Lopes, 2010). Observa-se que os estudos não medem a auto-estima com atenção aos acontecimentos experienciados pelas pessoas no seu dia-a-dia, nem as oscilações desta com base em causas internas e/ ou externas (Lopes, 2010).

Face ao exposto, torna-se indispensável reforçar o facto de a paranóia se apresentar como um contínuo entre o normal e o patológico, visível, quer em pessoas com perturbações mentais, quer em pessoas “normais”, sem patologia associada. Neste sentido, é fundamental proceder ao diagnóstico das características do fenómeno da

paranóia junto da população normal, em contexto preventivo, promovendo o seu bem-estar individual e social, e permitindo uma integração social saudável na sua comunidade.

Fornells-Ambrojo e Garety (2005) realizaram um estudo cujo objectivo seguia a linha de Trower e Chadwick (1995), procurando testar a existência de dois tipos de paranóia, por um lado a paranóia *poor me*, onde a perseguição é percebida como não merecida, e a paranóia *bad me*, em que a perseguição é vista como um castigo merecido. Quer este estudo, quer o levado a cabo por Pickering, Simpson e Bentall (2008) defendem a existência destes dois tipos de paranóia. Chadwick, Trower, Juusti-Butler e Maguire (2005) identificaram igualmente estes dois tipos de paranóia, tendo observado diferenças fenomenológicas no que respeita a crenças pessoais, auto-estima, ansiedade, depressão e raiva. Foi possível observar, neste estudo, que o grupo *Bad Me* apresentava baixa auto-estima, pensamentos negativos, maior depressão e ansiedade e menores avaliações negativas dos outros.

Garety e Freeman (1999, cit. in Chadwick, et al., 2005) procederam à análise da ligação entre a auto-estima e paranóia, concluindo a possibilidade de existência dos dois tipos de paranóia, conforme Chadwick e colaboradores defenderam. Na relação entre estes dois tipos de paranóia verifica-se que ambos têm em comum a crença de que os outros planeiam a forma de os prejudicar. A diferença reside no modo como cada um destes tipos reage às ameaças. Na paranóia *Poor Me*, de perseguição, os indivíduos acreditam ser perseguidos de forma injusta e sem justificação, porque o *self* é caracterizado como bom e os outros avaliados negativamente, vistos como *perseguidores*. Bentall, Corcoran, Howard, Blackwood e Kinderman (2001) referem que este tipo de paranóia previne a consciência dos seus defeitos pessoais, apresentando níveis altos de auto-estima e baixos níveis de sintomas de depressão.

Por outro lado, na paranóia *Bad Me*, por punição, o indivíduo entende que merece a maldade dos outros, caracterizando-se como uma pessoa má (aqui a punição é o castigo merecido) e demonstrando um baixo nível de auto-estima. Aqui, os valores elevados da paranóia mostram estar associados a níveis elevados de sintomas de depressão, ansiedade social e evitamento social (Chadwick, et al., 2005). Deste estudo foi possível verificar que os indivíduos com o tipo de Paranóia *Poor Me*, quando comparados com o tipo *Bad Me*, eram indivíduos sem patologia.

Trower e Chadwick (1995, cit. in Chadwick, et al., 2005) fazem formulações distintas do desenvolvimento cognitivo nestes dois tipos de paranóia, que decorre de experiéncias formativas de vida e que englobam experiéncias emocionais, cognitivas e comportamentais.

Desde a sua publicação, em 1995, que o estudo de Trower e Chadwick, sobre os dois tipos de paranóia (*bad me* e *poor me*), tem merecido alguma atençáo em termos clínicos, mas tem sido pouco estudado em termos empíricos. Bentall e colaboradores (2001) vêm a investigaçáo de Trower e Chadwick (1995) sobre a teoria de dois tipos de paranóia como uma explicaçáo alternativa para os dados inconsistentes sobre a auto-estima.

Na tentativa de operacionalizar a questáo do contínuo entre as experiéncias de paranóia junto da população normal, Ellet, Lopes e Chadwick (2003) investigaram a incidéncia de ideaçáo paranóide num grupo de estudantes universitários. Estes autores defendem ser possível observar duas explicaçóes fundamentais alternativas para as presentes descobertas sobre o fenómeno da paranóia. Descrevem que o fenómeno observado no estudo por eles realizado foi de ansiedade social e não ideaçáo paranóide, visto tratarem-se de dois fenómenos que partilham características cognitivas, comportamentais e afectivas comuns. Esta possibilidade é contrariada pelos autores através da definiçáo de paranóia, como sendo a *percepçáo do dano planeado pelos outros* (Freeman & Garety, 2000, cit. in Ellet, et al., 2003) onde se observa a distinçáo cognitiva determinante entre paranóia e ansiedade social, a questáo do dano.

Saliente-se que Martin e Penn (2001) utilizaram posteriormente a Escala da Paranóia para discutir a relaçáo entre ideaçáo paranóide e variáveis clínicas e sócio-cognitivas numa amostra não clínica, observando que níveis de maior ideaçáo paranóide estão associados a níveis de maior humor deprimido, ansiedade social mais elevada, maior atençáo aos aspectos públicos do *self* e baixa auto-estima.

Um conjunto de autores (Van Os & Verdoux, 2003; Johns, et al., 2004, cit. in Freeman, et al., 2005) defende a possibilidade da ideaçáo paranóide ser tão comum como os sintomas de ansiedade e depressáo. Para estes autores, e de um modo geral, estes pensamentos não correspondem a um problema clínico, a não ser que sejam em excesso, exagero ou infundados, causando angústia (Freeman, et al., 2005).

Freeman e colaboradores (2005), na investigaçáo sobre as *preocupações diárias sobre os outros*, demonstram, de forma clara, que os pensamentos paranóides ocorrem,

com muita frequência, em muitas pessoas. Neste sentido, 30 a 40% dos participantes do estudo por eles realizado, referiu ter ideias acerca da existência de comentários negativos sobre si e 10 a 30% apresentavam pensamentos persecutórios, constituídos por pensamentos de ameaça leve, mais comuns do que os de ameaça grave. O tipo de informação recolhida com a realização do estudo sobre a ideação paranóide na adolescência pode ajudar a tornar o fenómeno da paranóia normal, considerando-o como parte das experiências quotidianas (Freeman, et al., 2004, cit. in Freeman, et al., 2005).

Ellet, Lopes e Chadwick (2003) observam que pacientes com crenças paranóides evitam as pessoas que julgam terem-lhes feito mal de propósito, sendo que, face à sua timidez e submissão, optam por interiorizar os seus sentimentos de agressividade e hostilidade, ao invés de exteriorizarem a sua raiva e sentimentos negativos.

I.3.1 - Limitações ao estudo da paranóia

Um problema metodológico relacionado com a maior parte dos estudos realizados com a ideação paranóide tem a ver com o facto destes não apresentarem uma definição adequada ao fenómeno da paranóia, o que leva a que as conclusões a que se chega possam não ser viáveis, face à falta de critérios claros para os delírios (Lopes, 2010).

Uma limitação potencial da investigação, nos estudos sobre o papel da paranóia não clínica no comportamento e percepção social, tem a ver com o facto de se dar pouca atenção à medição real do comportamento social, com ênfase quase exclusiva nas consequências sociais e cognitivas da ideação paranóide. Neste sentido, uma área de importante investimento é o estudo do papel da ideação paranóide sobre o verdadeiro comportamento social (Combs & Penn, 2004).

I.4 – Variáveis de *Ranking* Social

A ideação paranóide, defendida por vários autores, como Fenigstein e Venable (1992), Gilbert (1989, 1998) e Freeman e colaboradores (2005), tem origem na percepção que os indivíduos possuem da relação que estabelecem com os outros. Ou seja, os pensamentos paranóides surgem da necessidade sentida pelo indivíduo de se defender dos outros, quando os percebem enquanto ameaça. Esta visão negativa, de

ameaça, determinada pela avaliação que o indivíduo faz dos outros nas relações que estabelece e conseqüente antecipação de situações de rejeição e crítica, provoca no mesmo sentimentos de vergonha e de submissão (Fenigstein & Vanable, 1992).

A evidência científica tem observado que, em relação ao *ranking*, a posição social que determinada pessoa ocupa na sociedade tem influência na expressão de comportamentos de agressividade (Sapolsky, 1989, 1990; Ray & Sapolsky, 1992; Scott, 1990, cit. in Allan & Gilbert, 2002). Ou seja, em geral, uma pessoa, quando sujeita a situações de ataque e aumento de ameaças pode sentir-se numa posição social inferior, de *dominante* para *subordinado* (Toates, 1995, cit. in Allan & Gilbert, 2002). Em contextos sociais hierarquizados, os animais *dominantes* são aqueles que ameaçam e perseguem, enquanto que os *subordinados* recuam perante as situações de ameaça (Archer, 1988; Bailey, 1987, cit. in Allan & Gilbert, 2002). No entanto, é importante referir que ao subordinado não interessa aumentar os conflitos através da agressividade e ofensa. Quando o fazem, correm o risco de ataque (Higley, et al., 1996, cit. in Allan & Gilbert, 2002), adoptando um comportamento de submissão, com um papel de defesa. Nos seres humanos, é também reconhecido que, nas relações interpessoais (por exemplo, conjugais, pais e filhos, patrão - empregado ou médico, enfermeiro), é geralmente o *dominante* que está mais livre para expressar sentimentos de raiva e agressão, recorrendo a estes como “meio de afirmar sua posição, autoridade e controle” (Scott, 1990, cit. in Allan & Gilbert, 2002, p.552).

A investigação neste âmbito tem sustentado que os seres humanos, bem como outras espécies, adquiriram, através de pressões de selecção evolutiva, estratégias comportamentais inatas para a defesa dos recursos relevantes (Fournier, Moskowitz, & Zuroff, 2002). Ou seja, face às situações com as quais se deparam, os indivíduos recorrem às estratégias que lhes permitem sair com sucesso dessas situações, seja através do ataque ou simplesmente do afastamento da situação.

Os investigadores esperam que o sistema de *rank* social oriente as estratégias comportamentais que os indivíduos utilizam para defender e ter acesso aos recursos, sugerindo que este sistema pode ser conceptualizado através de três componentes distintos: componente de avaliação da ameaça, o que determina se a concorrência é iminente; componente de avaliação do *rank*, que determina a posição onde se encontra o indivíduo e, por último, componente de selecção de estratégias, que executa um

contingente de respostas comportamentais sobre a posição social que a pessoa ocupa (Fournier, Moskowitz, & Zuroff, 2002).

Estes mesmos autores mencionam que as questões relacionadas com a presença de ameaça tanto podem reflectir aspectos objectivos acerca do meio ambiente, como também insegurança subjectiva da pessoa. As determinações de *rank* podem ser acompanhadas por estímulos externos, em situações estruturadas, ou por sinais internos, em situações não estruturadas. Isto pode levar, por um lado, à confirmação de que tanto as características (personalidade) como as situações (meio ambiente) têm um impacto sobre os processos de avaliação, como, por outro lado, à constatação de que os aspectos objectivos de *rank* social (estatuto social derivado do ambiente) são naturalmente separáveis das experiências subjectivas de *rank* da pessoa (sentimento de inferioridade). As ameaças têm como finalidade provocar estados internos de inferioridade, que servem para impedir os seus alvos de competir. No entanto, os alvos desistem, em maior ou menor grau, dependendo da posição social que ocupam (Fournier, Moskowitz & Zuroff, 2002).

O estatuto social está relacionado com a posição que determinada pessoa ocupa numa hierarquia, sendo a sua determinação realizada por comparação com a posição dos restantes elementos do grupo. Neste sentido, a comparação social consiste numa forma de adaptação, que os indivíduos adquirem no processo de evolução, importante na avaliação das situações que podem ou não ganhar. Ou seja, permite ao animal desistir de uma luta quando corre o risco de ser derrotado consecutivamente, desafiando apenas os que consegue ganhar (submeter-se aos mais fortes e ganhar aos mais fracos). A comparação social, junto com a vergonha e a submissão corresponde a uma das variáveis mais importantes nos estudos de *ranking* e nas suas implicações psicológicas (Barreto Carvalho, 2009).

Barreto Carvalho defende que a vergonha consiste num mecanismo de defesa semelhante ao da submissão, que evoluiu, de acordo com a teoria evolucionária, a partir dos mecanismos filogenéticos mais antigos, com o objectivo de regular o *rank* social, em particular o comportamento de submissão (2009; Gilbert, 1989, 1998).

Em suma, a percepção do *ranking* social, ou seja, a forma como avaliamos e interpretamos a nossa posição social, desempenha um papel importante na forma como interagimos e na maneira como lidamos com as situações. Esta percepção que o

indivíduo tem em relação a si e aos outros é essencial no estabelecimento das suas relações interpessoais.

I.4.1 - Relação entre ideação paranóide e as variáveis de *ranking*

Os indivíduos com pensamentos paranóides, ao percepcionarem a intenção dos outros como negativa, adoptam comportamentos de submissão, de baixa comparação social e de raiva. Os sentimentos de raiva levam ao aumento da ideação paranóide, através da intensificação da ruminação, sensibilidade relativamente ao comportamento das outras pessoas e sensação de mágoa, levando a uma resposta de medo, a qual promove o evitamento dos contactos sociais. Este evitamento mantém o ciclo das atribuições externas que são típicas da paranóia (Gilbert, et al., 2005).

Gilbert (1989, 1992) discute os sistemas de defesa de segurança, onde os animais se distinguem uns dos outros de acordo com a sua função. O sistema de defesa abrange estratégias de fuga, que removem o indivíduo de todas as fontes de dano. Na sua forma mais simples, este sistema está preocupado com estratégias de fuga estáticas e dinâmicas. Na sua análise do sistema de defesa, Gilbert faz a distinção entre um sistema anti-predador e um sistema de defesa social, sendo que o primeiro se preocupa com as ameaças que derivam de predadores e fontes não sociais. O sistema de defesa social está preocupado com o estatuto social, território e reprodução, envolvendo, muitas vezes, consequências a longo prazo.

A presença destes comportamentos de segurança nos indivíduos paranóides deve-se ao facto de apresentarem sentimentos de fraqueza, impotência e de se sentirem sem poder para confrontar os outros. Isto leva a que se sintam, em termos de comparação social, inferiores aos outros logo, menos competentes (Freeman, et al., 2005).

Os indivíduos paranóides, sob a perspectiva evolucionista, detêm um sistema de vigilância de *ameaça-defesa*, importante para lidar com o mundo social. Trata-se de um sistema primitivo, que apresenta respostas automáticas de cariz afectivo e que se baseia na informação sensorial (Gilbert, et al., 2005). As crenças paranóides são, assim, fruto da necessidade dos indivíduos se defenderem das ameaças que surgem. Quando os mecanismos de detecção de ameaça são activados, a informação é processada de forma automática e entendida como derivada da malevolência intencional por parte dos outros.

Vários autores têm vindo a estudar a relação existente entre a construção de ideias paranóides sobre o ambiente onde os indivíduos se relacionam, com o desenvolvimento de determinadas experiências sociais. Neste âmbito, Kramer (1998, cit. in Barreto Carvalho, 2009) argumenta que quando um indivíduo está sujeito a vários acontecimentos ameaçadores ou acontecimentos de vida negativos poderá desenvolver pensamentos paranóides sobre a sua realidade.

I.4.1.1 - Comparação Social

A investigação tem vindo a preocupar-se, cada vez mais, com questões relacionadas com a forma como as pessoas compreendem e reagem aos indícios sociais de inferioridade, de perda de posição social ou de aceitação social por parte dos outros. Nesta área, têm sido desenvolvidos alguns estudos que sugerem que a sensibilidade emocional às críticas sociais e sentimentos de inferioridade podem estar envolvidos num conjunto de problemas e distúrbios de foro psicológico (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert, 1992).

Festinger (1954, cit. in Alan & Gilbert, 1995) desenvolveu a primeira teoria acerca da comparação social, distinguindo-a como a variável chave para os relacionamentos sociais, com um papel fundamental na compreensão dos comportamentos manifestados entre os indivíduos e os grupos (Suls & Wills, 1991, cit. in Alan & Gilbert, 1995).

Indivíduos com índices de auto-estima elevados, em situações de comparação, reforçam as suas capacidades e habilidades, enquanto que, no caso contrário, de baixa auto-estima, tendem a olhar as suas vulnerabilidades, protegendo-se sem evidenciar os seus pontos fracos e evitando sentimentos de vergonha (Baumeister, Tice & Hutton, 1989, cit. in Alan & Gilbert, 1995). Outros autores descobriram que os indivíduos com uma auto-estima elevada, quando experienciam situações de sucesso, acabam por perder o interesse na comparação com os outros, considerando-os como inferiores. O contrário sucede nos casos de indivíduos com uma baixa auto-estima, que aproveitavam a experiência de sucesso para se compararem com outros inferiores a si, “dando-lhes a oportunidade de se reverem no seu sucesso” (Wood, Giordano-Beech, Taylor, Michela & Gaus, 1994, p. 729, cit. in Alan & Gilbert, 1995, p. 293).

Verifica-se que, nos casos em que a expectativa da pessoa não corresponde à realidade, esta acaba por modificar a sua estratégia de comparação social. Ou seja,

tornam-se mais auto-protectores, evitando a vergonha, desvalorizando os aspectos relevantes do seu desempenho menos frutífero e evitando, neste sentido, fazer comparações com os mais fortes (Gibbons, Benbow & Gerrad, 1994, cit. in Alan & Gilbert, 1995). Gilbert (1992) argumenta, assim, que a comparação social acaba por funcionar como um agente capaz de promover, ou não, a auto-estima nas pessoas. Esta questão, dos indivíduos se compararem inferiormente aos outros, pode estar associada a uma série de problemas ao nível psicológico, desde a depressão (Beck, Rush Shaw & Emery, 1979; Smallow & Kuiper, 1988, cit. in Alan & Gilbert, 1995), ansiedade social (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Gilbert & Trower, 1990, cit. in Alan & Gilbert, 1995), vergonha (Kaufman, 1989, cit. in Alan & Gilbert, 1995), stress (Buunk & Hoorens, 1992; Furnham & Brewin, 1988, cit. in Alan & Gilbert, 1995), ciúme e inveja (Salovey, 1991, cit. in Alan & Gilbert, 1995), baixa auto-estima (Coopersmith, 1967, cit. in Alan & Gilbert, 1995) e comportamentos de submissão (Allan & Gilbert, 1994, cit. in Allan & Gilbert, 1995).

Esta variável da comparação social, enquanto dimensão de formação do *ranking* social, utiliza as dimensões de *inferior-superior* e de *fraco-forte*. Nos seres humanos, existem duas dimensões primárias de *ranking* social, que derivam de comparações de força, poder e agressividade (e.g., capacidade de ganhar e enfrentar os desafios) e de comparações de habilidade e atracção social (e.g., ser escolhido para fazer parte de uma equipa) (Barkow, 1980; Kemper, 1990, cit. in Gilbert, 1992).

Saliente-se que os indivíduos, para além da comparação social de avaliação da sua posição social (*rank*), também fazem comparações de semelhança com os outros, tais como: idade, sexo, experiência e valores variados.

Torna-se evidente, quando falamos de comparação social, a importância e necessidade do sentimento de pertença (Bailey, 1988; Bailey, Wood & Nava, 1992, cit. in Alan & Gilbert, 1995), da pessoa se sentir envolvida, integrada. A vontade de pertencer, ser como os outros, pode representar um efeito bastante forte no comportamento e valores sociais (Argyle, 1991; Wolfe, Lennox & Cutler, 1986, cit. in Alan & Gilbert, 1995). Saliente-se que a presença de algum stress aquando das comparações sociais de forma negativa pode levar a uma perda de sentimentos de familiaridade associada ao medo de rejeição, marginalização, tornando-se o indivíduo num estranho e percebendo-se com perda de suporte social (Alan & Gilbert, 1995).

Alan e Gilbert (1995), tendo como objectivo estudar estas variáveis, desenvolveram a Escala de Comparação Social (*Social Comparison Scale – SCS*) que engloba as comparações relacionadas com a posição social (inferior-superior), com a atracção social e com o ser aceite pelos outros (ajustado ou desajustado).

Em situações de rejeição, os indivíduos manifestam maior vulnerabilidade e transtorno, devido ao facto de, e de acordo com a teoria da evolução, adaptarem e moldarem as suas necessidades ao contexto onde estão inseridos, procurando a satisfação nas relações com os outros. Face ao exposto, é normal que se sintam diferentes dos outros, não se conformando com a rejeição pelo grupo social, com desenvolvimento de sentimentos e ideias paranóides, ou seja, começam a acreditar que os outros, que os rejeitaram, os estejam a ofender, não os aceitando de forma intencional e propositada (Kramer, 1998, cit. in Lopes, 2010).

Em suma, o processo de comparação social não se efectua unicamente com base na posição social que o indivíduo ocupa, mas também de acordo com a forma como se avalia e é avaliado pelos outros, em termos de superioridade *versus* inferioridade social.

No respeitante à ideiação paranóide, a investigação de Freeman e colaboradores (2005) verificou que as pessoas com sentimentos de inferiorização e de menor competência em relação aos outros manifestavam níveis mais elevados de desconfiança. Os autores sugerem que a falta de auto-confiança pode levar a sentimentos de maior vulnerabilidade a ataques, contribuindo para a ocorrência de ideias paranóides. Este facto é consistente com evidências experimentais de que a sensibilidade interpessoal pode levar à ideiação persecutória. Saliente-se que a associação do fenómeno da paranóia com as variáveis analisadas apresentava consequências mínimas. Isso sugere que a paranóia consiste num fenómeno complexo, com probabilidade de ocorrência face a factores de índole social, cognitivos e biológicos (Freeman, et al., 2003, cit. in Freeman, et al., 2005).

I.4.1.2 - Submissão Social

Dixon (1998) defende que as estratégias de defesa podem ser divididas entre as que envolvem *acções ofensivas* (comportamentos de agressão) e as associadas à *fuga* (comportamentos de fuga). A agressividade tem como função a manutenção de uma série de características vitais para o indivíduo e para a sua sobrevivência no grupo. Dentro de uma hierarquia social, a posição dominante é conseguida através da luta

competitiva e, uma vez estabelecida, essa posição dominante necessita de ser assegurada junto dos outros da mesma espécie com um *ranking* social inferior, que por vezes desafiam os animais mais dominantes e, acidentalmente, conseguem mesmo *roubar* a sua posição. Em termos gerais, o estatuto social é respeitado e os comportamentos agressivos são geralmente direccionados para indivíduos com posições inferiores na hierarquia.

Com receio de serem atacados e de invadirem o espaço individual do dominante, os subordinados têm a necessidade de manter uma distância segura do ser dominante. Os com um *ranking* social inferior sentem-se divididos entre duas opções, por um lado, não se aproximarem muito do dominante e, por outro, não se afastarem muito. Têm a necessidade de manter o dominante ao seu alcance ou pelo menos saber do seu paradeiro, para não correrem o risco de, inadvertidamente, invadirem o seu espaço individual (Chance & Jolly, 1970, cit. in Dixon, 1998).

Uma vez que o comportamento de fuga consiste numa resposta adequada quando o indivíduo entra num território desconhecido, a estratégia defensiva mais adequada numa hierarquia é a submissão social. Esta "postura submissa" pode ter várias funções, entre as quais fazer com que um indivíduo de maior estatuto social reduza os seus comportamentos de agressividade. No entanto, pelo facto de incorporar componentes subtis de "retirada", reduz também a propensão para fugir. Consequentemente, a submissão permite a coesão do grupo, uma vez que possibilita que a agressão e a fuga sejam ambas mantidas em equilíbrio, sem causar danos para os membros do grupo. Isto não só favorece a integridade do próprio grupo, como também proporciona alguma protecção contra os predadores (Dixon, 1998).

O comportamento de fuga corresponde a uma resposta de emergência ao perigo e, portanto, com prioridade sobre todas as outras actividades. Isto significa que as actividades como, por exemplo, as de interacção social, são reduzidas quando a fuga é desencadeada. A fuga consiste num conjunto de diferentes respostas comportamentais, incluindo formas tanto dinâmicas como estáticas (Dixon, et al., 1990, cit. in Dixon, 1998), sendo estas maioritariamente determinadas pelas circunstâncias que conduzem à sua utilização.

Normalmente, a fuga é impedida, ou por barreiras físicas, por exemplo estar preso, ou por restrições sociais, quando a direcção de fuga é bloqueada por um predador ou um animal dominante. Os comportamentos de "retirada" são muito comuns nos

seres humanos e especialmente elevados em doentes mentais (Grant, 1969, 1972; Dixon, 1986, 1991; Dixon, Fisch, Huber & Walser, 1989, cit. in Dixon, 1998), correspondendo a meios muito importantes de lidar com a informação perturbadora. Ao reduzir a percepção dos estímulos perturbadores, os indivíduos conseguem reduzir o nível de excitação individual e aumentar as suas hipóteses de mudar para um comportamento mais adequado, quando a necessidade assim o exige (Dixon, 1998).

Muito do comportamento humano é considerado como ambivalente, embora nem sempre acompanhado por um comportamento de fuga. Quanto mais a fuga predomina, mais a ambivalência adquire um carácter defensivo, onde o fugir (escape) se torna mais predominante. A fuga nos seres humanos, tal como no caso dos animais, tem precedência sobre todas as outras actividades, incluindo as interacções sociais (Morris, 1977, cit. in Dixon, 1988).

De acordo com Deluty (1979, 1981, 1985, cit. in Akin, 2009) o comportamento de submissão pode significar o *fugir* a expor aquilo que se sente, bem como não procurar alcançar as suas necessidades, especialmente quando se tratam de necessidades associadas a situações de conflitos. Estes comportamentos de submissão podem ser explicados como comportamentos não hostis, não coercivos, onde os indivíduos negam ou simplesmente não impõem os seus sentimentos e crenças. Quando experienciam situações complicadas, os indivíduos submissos assumem a culpa pelos acontecimentos, aceitando a culpabilização por parte dos outros. A pessoa com comportamentos de submissão reprime, normalmente, os seus sentimentos e evita as memórias de ser dominado, principalmente quando os outros o fazem sentir inferior (Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey & Irons, 2003, cit. in Akin, 2009). O comportamento de submissão leva a que os indivíduos tenham uma baixa auto-estima, raiva interna, e problemas de foro psicopatológico (Allan & Gilbert, 1997; Akin, 2009). O pressuposto central de comportamento de submissão, segundo Gilbert e Allan (1994, cit. in Akin, 2009) é do indivíduo se perceber, de alguma forma, inferior em relação ao outro, acreditando que os outros indivíduos possuem mais direitos e mais validade que o próprio.

Segundo alguns investigadores, o comportamento de submissão tem uma maior prevalência em estudantes oriundos de famílias de níveis socio económicos mais baixos, com crença acentuada na religião, onde os filhos não recebem o apoio suficiente dos pais, onde existem episódios de discussões frequentes e onde os progenitores

apresentam baixas qualificações académicas (Yıldırım, 2004, cit. in Akin, 2009). A investigação (Buss, 1981, 1990; Buss & Craik, 1980, 1981; McCreay & Rhodes, 2001; Wall & Holden, 1994, cit. in Akin, 2009) tem demonstrado que, no geral, as mulheres tendem a agir de forma mais submissa do que os homens. Deluty (1981, cit. in Akin, 2009) referiu que as meninas podem ter necessidade de adoptar comportamentos de submissão, sem lutarem pelos seus próprios sentimentos, crenças e atitudes, para se sentirem "escolhidas e aceites pelos outros" (p. 140).

O comportamento de submissão é também associado ao bem-estar. Há estudos que demonstram que pessoas com depressão se percebem de forma inferior em relação aos outros e tendem a ter comportamentos de submissão (Allan & Gilbert, 1997). Na relação entre os comportamentos de submissão, auto-estima (Özkan & Ozen, 2008, cit. in Akin, 2009), o desempenho académico (Yıldırım & Ergene, 2003, cit. in Akin, 2009) e a comparação social (Cheung, Gilbert & Irons, 2004) a investigação verificou a existência de uma relação negativa entre estas últimas e o comportamento de submissão, enquanto que com a depressão (Cheung, et al., 2004; O' Connor, Berry, Weiss, & Gilbert, 2002), vergonha, ruminação (Cheung, et al., 2004), ansiedade social, culpa e medo de avaliação negativa (Gilbert, 2000, cit. in Akin, 2009) a associação é positiva.

O aprisionamento / supressão da raiva (incapacidade de sair de um conflito ou de uma situação aversiva) foi recentemente vista como uma variável ecológica importante, que pode desencadear várias defesas inatas como, por exemplo, luta e/ou fuga (Dixon, 1998; Gilbert, 1992; Allan & Gilbert, 2002). Estes sentimentos de supressão são bastante associados a sentimentos de ser subordinado, deprimido e de desespero (Gilbert & Allan, 1998). Allan e Gilbert (1995) argumentam, ainda, que os indivíduos deprimidos normalmente se percebem como inferiores em comparação com os outros, para além de que são mais propensos a baixa auto-estima e a sentimentos de vergonha.

Mitchell e Maple (1985, cit. in Barreto Carvalho, 2009) defendem que a submissão pode ser caracterizada por um conjunto de comportamentos, entre os quais podemos encontrar: “retirar-se rapidamente; humilhar-se; murmurar; evitamento contemplativo; adocimentos repetidos; cessação de actividades quando desafiados e, finalmente, uma prontidão para a desistência” (p.72). Estes comportamentos são respostas incondicionadas aos acontecimentos sociais e podem ser observados através

da postura corporal apresentada, da forma de olhar, do tom e volume de voz, entre outros. Neste contexto, Buss e Craik (1986, cit. in Barreto Carvalho, 2009) apresentam uma lista com alguns pensamentos/ comportamentos típicos da submissão como, por exemplo, *Concordo que estou errado mesmo pensando que não estou!*

Uma vez que o nosso estudo tem como amostra uma população de adolescentes, torna-se importante analisar as questões atrás referidas, referentes à comparação social e aos comportamentos de submissão, no percurso infantil destes mesmos adolescentes. Face ao exposto, Irons e Gilbert (2005) defendem que as crianças, em ambientes de insegurança, são mais propensas a desenvolver uma orientação defensiva, focalizando-se no poder de outros para magoar, envergonhar ou rejeitar, ficando mais atentas às questões de pertença e de posição social. Isto leva a que as crianças se envolvam mais na dinâmica competitiva, ou seja, na necessidade de competir para alcançar o seu lugar, apresentando preocupações de superioridade/ inferioridade e rejeição, e ficando facilmente dispostas a comportamentos defensivos de submissão, apaziguamento, fuga e controle agressivo. Em ambientes de segurança, pelo contrário, verificam-se menos activação emocional e menos comportamentos defensivos, com uma maior probabilidade de se envolverem em papéis sociais de afiliação social e cooperação.

A adolescência corresponde à fase da vida onde se verificam as maiores transformações ao nível fisiológico, de estabelecimentos de relações interpessoais e interesses sociais. Nesta fase, a influência parental diminui e o grupo de pares começa a ser uma fonte de suporte, de valores e sentimento de pertença (Buhrmester, 1996, cit. in Irons & Gilbert, 2005). Para algumas pessoas, esta transição da infância para adolescência pode ser problemática, observando-se, nesta fase, um risco substancial da prevalência de problemas de saúde mental, tal como a depressão (Fleming, Offord, & Boyle, 1989; Sorenson, Rutter, & Aneshensel, 1991; Angold & Rutter, 1992, cit. in Irons & Gilbert, 2005) e ansiedade (Kashani & Orvaschel, 1990, cit. in Irons & Gilbert, 2005).

Durante a fase da adolescência as preocupações são direccionadas, cada vez mais, para a pertença aos seus grupos de pares e para a posição social que assumem entre estes. Os adolescentes, na relação com o grupo de pares, podem ser particularmente sensíveis à comparação social e a preocupações com a sua posição social, especialmente quando se verifica competição pela aprovação social, aceitação e popularidade, bem como quando se pretende evitar a rejeição e o isolamento. As

crianças seguras entram nesta nova fase das suas vidas com sentimentos positivos acerca de si e dos outros, conseguindo, rapidamente, criar redes de cooperação e de apoio, onde, pelo contrário, as crianças inseguras podem entrar neste domínio relacional de forma mais ansiosa, submissa ou com preocupações de dominância, onde tentam recriar as dinâmicas das relações familiares ocorridas na infância (Baumeister & Leary, 1995, cit. in Irons & Gilbert, 2005).

Podemos assim concluir que existem boas evidências acerca da elevada associação entre preocupações excessivas com sentimentos de inferioridade em relação aos outros, tendência para comportamentos de submissão e crença de que os outros nos olham com superioridade e níveis elevados de depressão e sintomas de ansiedade em adultos (Allan & Gilbert, 1995; Irons & Gilbert, 2005). Uma questão chave no entendimento desta associação é a forma como os estilos afectivos, de segurança e insegurança, interagem com as preocupações acerca das avaliações sobre a posição social (por exemplo, comparação social) e os comportamentos defensivos (e.g., comportamento submisso).

I.4.1.3 – Vergonha

Cheung, Gilbert e Irons (2004) descobriram que os sentimentos de vergonha e de inferioridade podem ser um foco de ruminação, estando associados à ruminação depressiva. Vários autores defendem, ainda, que os pensamentos passivos e repetitivos (ruminação) acerca dos sintomas de ruminação, assim como acerca das causas e consequências desses sintomas, interferem com a resolução adaptada dos problemas e aumentam os pensamentos negativos (Davis & Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Grayson, & Larson, 1999, cit. in Cheung, Gilbert & Irons, 2004). São vários os estudos que defendem que a auto-crítica e auto-culpa estão altamente associadas à vergonha (Gilbert & Miles, 2000, cit. in Gilbert & Procter, 2006; Gilbert, 1998; Cheung, et al., 2004), a sentimentos de inferioridade (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert & Allan, 1998; Cheung, et al., 2004) e os comportamentos de submissão (Gilbert, 2000, cit. in Cheung, et al., 2004). Estes sentimentos de vergonha podem variar de leve a intensos, com possibilidade de envolverem sentimentos de impotência, (Gilbert, 1992; Cheung, et al., 2004) inferioridade e auto-consciência, englobando o desejo de o indivíduo esconder as suas imperfeições (Gilbert, Pehl & Allan, 1994; Tangney, Miller, Flicker, & Barlow,

1996, cit. in Cheung, et al., 2004). A vergonha pode ser focalizada no ambiente social *externo* (por exemplo, pensar que os outros nos olham de cima para baixo) e/ou ser focalizada *internamente* no próprio individuo (auto-desvalorização - Gilbert, 1998; Cheung, et al., 2004). A vergonha é também evidenciada em diferentes aspectos do *self*, por exemplo, no corpo, no comportamento e/ou no carácter (Andrews, Qian, & Valentine, 2002, cit. in Cheung, et al., 2004).

Embora não exista uma definição consensual do conceito de vergonha, é reconhecido que esta envolve dois componentes chave. O primeiro está relacionado com pensamentos e sentimentos que percebemos e que acreditamos que os outros têm sobre nós, que corresponde à vergonha externa, enquanto que o segundo componente relaciona-se com a vergonha interna (Gilbert, 1998; Gilbert & Procter, 2006). A vergonha externa é marcada por pensamentos e sentimentos dos outros em relação a nós, os quais antecipamos como sendo negativos e associados a sentimentos de raiva ou desprezo. Estes aspectos são por nós percebidos como derivados de características que nos tornam pouco atraentes e, portanto, rejeitáveis ou vulneráveis aos ataques dos outros. O pensar que os outros nos percebem como pessoas rejeitáveis pode levar a que o mundo social se torne inseguro, activando um conjunto de defesas do indivíduo. Estas defesas englobam o tentarmo-nos esconder, o ocultar e o não quereremos ser vistos, atitudes com um poderoso efeito inibidor sobre o processamento de informação e que pode fazer com que a pessoa sinta que a sua mente está *branca* ou confusa (Gilbert, 1998; Gilbert & Procter, 2006). Na vergonha externa, o foco da atenção centra-se naquilo que está na mente das outras pessoas acerca do indivíduo. No que concerne à vergonha interna, esta surge com o desenvolvimento da auto consciência e da percepção da forma como existimos para os outros (Lewis, 1992, 2003, cit. in Gilbert & Procter, 2006). O foco de atenção é o *self*, o que direcciona a atenção para o próprio indivíduo, que se avalia como inadequado, frágil ou mau, gerando sentimentos negativos acerca de si próprio. Um componente chave da vergonha interna é, portanto, o auto avaliação e auto-crítica. A vergonha externa e interna podem ser fundidas [o que Lewis (1992, 2003, cit. in Gilbert & Procter, 2006) denomina de *exposição do self*]. Ou seja, numa situação de vergonha, a pessoa percebe o mundo exterior como se este estivesse contra ela e avalia o seu mundo interno, *self*, de forma crítica e hostil. Sob este tipo de ameaça o *self* pode sentir-se sobrecarregado, facilmente fragmentado, acabando simplesmente por se fechar. Nestas condições, quer o mundo externo, quer o interno,

são percebidos como inseguros, sem um espaço de segurança que ajude o indivíduo a sentir-se mais calmo (Gilbert & Procter, 2006).

Segundo alguns autores (Gilbert, 1998; Tangney, Burggraf & Wagner, 1995, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) a propensão para a vergonha está relacionada com a predisposição para sentir certos tipos de emoção (por exemplo, raiva, ansiedade e/ ou repulsa), com a percepção de sentimentos de desvalorização, humilhação ou desprezo por parte dos outros (Lewis, 1987; Mascolo & Fischer, 1995; Tangney, 1993, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) e com a percepção de inferioridade e imperfeição (Tangney, et al., 1995; Kaufman, 1989, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999). Como previamente referido, estes sentimentos levam a que o indivíduo sinta o desejo de se esconder e/ ou fugir (Tangney, et al., 1995, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999). Kaufman (1989, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) chamou à vergonha o *efeito da inferioridade* (p. 359) e Scheff (1988, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) o *efeito de deferência* (p. 359). Existem evidências que defendem a ligação entre os comportamentos de vergonha e as formas de submissão defensiva (Keltner & Harker, 1998, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999). A propensão para sentir vergonha parece ser uma capacidade inata (Gilbert & McGuire, 1998, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999), no entanto, a vergonha excessiva resulta de representações negativas do *self*, resultantes de experiências anteriores de sentir-se envergonhado (Lewis, 1987; Nathanson, 1994, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999).

Tangney, Wagner e Gramzow (1992, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) constataram que a vergonha (mas não culpa) é um preditor significativo de depressão e ansiedade na população estudantil. A propensão para a vergonha foi também relacionada com o aumento da propensão para a raiva em situações interpessoais (Tangney, Wagner, Fletcher & Gramzow, 1992) e mostra-se associada a formas destrutivas de lidar com essa mesma raiva (Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall & Gramzow, 1996). A vergonha tem também sido percebida como um factor importante na contribuição para outras psicopatologias, tais como, o alcoolismo (Bradshaw, 1988; Brown, 1992, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) a depressão (Andrews, 1995, 1998, Brown, Harris & Hepworth, 1995; Allan, Gilbert & Goss, 1994; Tangney, 1993; Tangney, et al., 1992, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999), a hostilidade (Dutton, van Ginkel & Starzomski, 1995; Retzinger, 1995; Tangney, et al., 1992, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999), a ansiedade social (Gilbert, 1998; Gilbert & Trower, 1990, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999), o suicídio (Mokros, 1995, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) e

os distúrbios de personalidade, particularmente a perturbação narcisica (Kinston, 1987; Mollon, 1984; Wurmser, 1987, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999).

Saliente-se, no entanto, que o sentimento de vergonha não é, provavelmente, o único factor que pode levar os indivíduos a percepcionarem-se como inferiores e submissos nas relações (Gilbert & Gerlsma, 1999).

I.5 – Recordação de experiências traumáticas na infância

Existe uma evidência crescente de que os efeitos adversos das experiências ocorridas na infância aumentam o risco de maior depressão na idade adulta (Bifulco, Bernazzani, Moran & Jacobs, 2005). Vários autores (e.g., Bifulco & Moran, 1998; Rutter, et al., 1997, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) têm sugerido que as primeiras experiências de vida entre a criança e os seus cuidadores primários podem ser predictoras do desenvolvimento de patologias futuras, sendo reconhecido, no âmbito da pesquisa em psicopatologia, que as experiências adversas que ocorrem durante a infância podem estar associadas a um conjunto de problemas psicológicos na fase adulta, especialmente aos distúrbios de humor (Parker, 1983; Perris, 1994; Richter, Richter, Eisemann, Seering, & Bartsch, 1994; Rutter, et al., 1997, cit. in Gilbert, Cheung, Grandfield, Campeny & Irons, 2003). Há similarmente evidências crescentes de que as experiências negativas (de indiferença por parte dos pais para com os filhos, vergonha e situações de abuso) estão associadas a diferentes respostas ao stress (Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 1995, cit. in Gilbert, Cheung, Grandfield, Campeny & Irons, 2003) e que o stress crónico na infância pode afectar significativamente a maturação psicobiológica (Schore, 2001, cit. in Gilbert, Cheung, Grandfield, Campeny & Irons, 2003).

A natureza patogénica das experiências precoces pode incluir desde situações de abuso (Andrews, 1998; Brown & Anderson, 1991; Bryer, Nelson, Miller & Kroll, 1987, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999), à falta de afecto ou superprotecção (Gerlsma, Emmelkamp & Arrindell, 1990; Parker, 1989, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999). Belsky, Steinberg e Draper (1991, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) e Belsky (1993, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999) sugerem a existência de uma ligação directa entre os contextos de educação precoce, o comportamento interpessoal subsequente e a ocorrência posterior de psicopatologia, tendo argumentado que, à luz do modelo evolutivo, os ambientes precoces actuam de forma a ajudar a criança a seleccionar quais as estratégias sociais e reprodutivas que deve adoptar.

Nos últimos vinte anos tem-se centrado muito a atenção sobre as necessidades das crianças em questões como o afecto, o carinho e a disponibilidade dos cuidadores. Bowlby (1969, 1980) argumentou que as crianças têm necessidades inatas de figuras de vinculação confiáveis. As consequências negativas das situações de fracasso e ruptura nas relações de afectividade precoces podem levar os indivíduos a expressarem-se em modelos internos negativos de si, olhando os outros como não confiáveis ou prejudiciais (Bowlby, 1988; Safran & Segal, 1990; Schore, 1994, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999).

Andrews (1995), Andrews e Hunter (1997) encontraram uma ligação entre as experiências de abuso na infância e a disposição para a vergonha, demonstrando um papel de mediação entre a vergonha e a psicopatologia na depressão crónica (Andrews, 1998, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999).

Outro aspecto importante, relacionado com o sentimento de inferioridade nas relações familiares, tem a ver com o favoritismo parental (Gilbert, 1989; Gilbert & Gerlsma, 1999). Segundo a teoria evolucionista, os conflitos entre irmãos para obtenção dos recursos, incluindo aqueles que podem ser proporcionados pelos pais (como cuidado, afecto, aprovação, prestígio), pode ser intensa (Gilbert, 1989; Gilbert & Gerlsma, 1999) e afectar a sua auto-percepção (Dunn, 1992, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999).

Gilbert e Gerlsma (1999) defendem que as crianças são muito sensíveis a comparações sociais e a questões de favoritismo no seio das suas famílias. Segundo estes autores, uma criança que tem dúvidas sobre a sua capacidade de atracção, vai esperar ser criticado ou perder na competição pela atenção, podendo entrar no grupo de pares com sentimentos de falta de confiança, o que a pode levar a adoptar comportamentos de excessiva timidez, submissão ou agressividade.

Os seres humanos e outros primatas superiores parecem, de acordo com a teoria evolucionista, predispostos a sentimentos de empatia, a responderem emocionalmente face a situações de angústia e a tentarem ajudar os outros em situações de sofrimento (Batson & Weeks, 1996; Baumeister & Leary, 1995; Baumeister, et al., 1994; De Wall, 1996; Eisenberg, et al., 1898; Ferguson, et al., 1997; Hoffman, 1981, cit. in O'Connor, et al., 2002). Baumeister e Leary (1995, cit. in O'Connor, et al., 2002) defendem que a necessidade de pertencer a um grupo, para além da família biológica e da relação mãe-filho, tem sido descrita como uma motivação fundamental do ser humano na perseguição dos seus objectivos.

Os sentimentos de empatia e de preocupação para com os outros são construídos desde o início de vida do ser humano (sendo iniciado por volta dos 5 meses), permanecendo ao longo de toda a sua vida (Dunn & Kendrick, 1982; Hoffman, 1981; Zahn-Waxler, et al., 1983, 1992, cit. in O'Connor, et al., 2002). No interior da família, cabe aos pais promover o bem-estar dos filhos, motivando as crianças a serem iguais aos pais e irmãos no cuidado aos seus familiares e entes queridos (Radke-Yarrow, et al., 1994; O'Connor, 2000, cit. in O'Connor, et al., 2002).

As pessoas são motivadas, por um lado, pela necessidade de afiliação, pertença e igualdade e, por outro, pela obtenção de realização pessoal (Wolfe, et al., 1984, cit. in O'Connor, et al., 2002). Caporael (1997, cit. in O'Connor, et al., 2002) sugere que, nos seres humanos, a socialização corresponde, na realidade, a um facto primordial, essencial na sua vida de qualquer indivíduo.

Na sequência dos trabalhos levados a cabo por Bowlby (1969, 1980), os teóricos da afectividade têm explorado a forma como as relações de afectividade precoces podem influenciar diferentes estilos relacionais, marcados pela segurança, ansiedade e/ou evitamento. São estas experiências iniciais que lançam as bases para a formação dos modelos internos do *self* na relação com os outros, na transmissão de sentimentos de segurança e generosidade, bem como do *self* enquanto capaz, digno e desejável perante os outros. Estes factores podem facilitar, de forma significativa, a transição para a adolescência. As crianças que crescem com a presença de sentimentos de segurança conseguem estabelecer, junto dos seus pares, relações sociais e de suporte, o mesmo não acontecendo com as crianças inseguras. As relações precoces pautadas pela negligência ou por situações de abuso podem levar à construção de modelos internos de insegurança, onde as crianças são percebidas pelos outros com hostis e vendo-se elas próprias como não dignas e indesejáveis (Blain, Thompson & Whiffen, 1993; Van Lange, Otten, De Bruin & Joireman, 1997, cit. in Irons & Gilbert, 2005).

A teoria do *ranking* social (Gilbert, 1992; Gilbert, Cheung, Grandfield, Campeny & Irons, 2003) defende que as relações entre pais e filhos são também relações de poder. Tratando-se de uma teoria que incide sobre as ameaças de *ranking* e comportamento de submissão, defende que as crianças que apresentam medo dos seus pais ou se sentem indesejadas e em posições subordinadas, podem adoptar comportamentos defensivos de submissão. Neste sentido, ao invés de se sentirem seguras, as crianças podem crescer em ambientes pautados por situações de stress e

medo, tratadas como subordinadas pelos pais. Esses primeiros estilos de relacionamento afectam os processos fisiológicos (Schore, 2001, cit. in Gilbert, Cheung, Grandfield, Campeny & Irons, 2003) e influenciam o *self*, levando as crianças a perceberem-se como sendo inferiores aos outros e com tendência a se comportarem de forma submissa (Perry, et al., 1995, cit. in Gilbert, Cheung, Grandfield, Campeny & Irons, 2003).

Uma questão chave nas investigações levadas a cabo neste campo consiste em perceber como é que as primeiras experiências de afectividade têm impacto numa variedade de estratégias sociais. Neste âmbito, Belsky, Steinberg e Draper (1991, cit. in Irons & Gilbert, 2005) e Belsky (1993, cit. in Irons & Gilbert, 2005) utilizaram o modelo evolutivo para sugerir que os ambientes precoces (*nichos sociais*) actuam de forma a seleccionar quais as estratégias sociais e reprodutivas que a criança deve adoptar (por exemplo, filiação, relação amorosa estável e investimento no próprio *versus* menor filiação, relação amorosa instável e baixo investimento no próprio). Gilbert (1989; Irons & Gilbert, 2005) refere que as crianças se adaptam ao seu *nicho social* através de duas decisões básicas. A primeira diz respeito às avaliações de ameaça e ambientes de segurança. Ambientes ameaçadores estimulam comportamentos de regulação do stress [por exemplo, luta ou fuga, submissão (Perry, Pollard, Blakley, Baker & Vigilante, 1995, cit. in Irons & Gilbert, 2005)], enquanto que ambientes não ameaçadores, especialmente os associadas a relações de empatia, estimulam a uma atenção mais relaxada e afecto positivo (Gilbert, 1993; Eisenberg, 2002, cit. in Irons & Gilbert, 2005).

Em segundo lugar, a criança tem que adoptar papéis específicos para vários domínios de relacionamento. Em ambientes inseguros, as crianças são mais propensas a desenvolver uma orientação defensiva e a focarem-se mais no poder dos outros para fazer mal, envergonhar ou rejeitar, sendo, portanto, altamente sintonizadas com a posição social e o lugar que ocupam. Em ambientes seguros, verifica-se uma menor activação de emoções e comportamentos defensivos, com uma maior probabilidade de as crianças se envolverem em papéis sociais de afiliação social e cooperação. Essas orientações interiores sobre o mundo social podem então ser transportadas para os grupos de pares. Para além disso, diferentes estilos sociais de relacionamento têm diferentes impactos sobre o ambiente social, o qual pode agir de forma a reforçar determinadas estratégias sociais (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 1999, cit. in Irons & Gilbert, 2005).

Tal como já foi possível verificar em estudos realizados nesta área, o sistema de oxitocina-opiáceos está particularmente ligado à calma e ao relaxamento (Carter, 1998; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005; Field, 2000; Wang, 2005, cit. in Gilbert & Procter, 2006) e pode ser considerado como um sistema segurança (Gilbert, 1989; Gilbert & Procter, 2006). A activação e maturação deste sistema são especialmente importantes nos primeiros anos de vida da criança, onde os pais exercem o papel de agentes tranquilizantes e reconfortantes (Gerhardt, 2004, cit. in Gilbert & Procter, 2006). Ao fazê-lo, o cuidador cria, junto das crianças, experiências e memórias emocionais de segurança, permitindo que estas percebam e sintam segurança com suas próprias emoções (Leahy 2005; Schore, 1994, cit. in Gilbert & Procter, 2006). Estas memórias emocionais, junto com os seus mediadores neurofisiológicos, podem, assim, ficar disponíveis em situações futuras causadoras de stress (Brewin, 2006, cit. in Gilbert & Procter, 2006).

Sachs-Ericsson, Verona, Joiner e Preacher (2006, cit. in Gilbert & Procter, 2006) observaram que as crianças que são humilhadas pelos seus pais (e.g., agressões verbais do tipo chamar estúpido ou mau aos filhos) podem ser especialmente vulneráveis a desenvolver sentimentos de auto-crítica, por facilmente interiorizarem estes rótulos. Estes autores descobriram que o auto criticismo pode mediar totalmente a relação entre os pais que humilham (abuso verbal) e a depressão e ansiedade.

Embora junto da população clínica já se verifique alguma pesquisa que faça a associação entre as relações de baixa qualidade entre pais e filhos e a ideação paranóide (Rankin, Bentall, Hill & Kinderman, 2005, cit. in Riggio & Kwong, 2011), o mesmo não se pode dizer sobre a população não clínica, onde poucas pesquisas têm explorado a relação entre estes dois conceitos. Por exemplo, no que se refere à população clínica, as relações primárias, quando interrompidas no início da infância, têm sido associadas à esquizofrenia na idade adulta (Myhrman, Rantakallio, Isohanni, Jones, & Partanen, 1996, cit. in Riggio & Kwong, 2011).

Os pais são importantes fontes de apoio social durante a faixa etária da adolescência (Riggio, 2004) e a afectividade e aceitação dos pais tem sido associada a diversos resultados positivos aquando da idade adulta, verificando-se melhor ajustamento psicológico e menor solidão (Landman-Peters, et al., 2005; Levitt, Prata, & Santos, 2007; Wintre & Yaffe, 2000, cit. in Riggio & Kwong, 2011).

Riggio (2004) verificou que as relações parentais ricas em qualidade afectiva, apoio emocional e facilitação da independência, foram associadas a sentimentos de menor ansiedade nas relações pessoais. O suporte parental é particularmente importante para os jovens adultos quando saem de casa dos pais, ingressam na universidade ou iniciam uma actividade profissional (Levitt, et al., 2007; Marcia, 1993; White, 1994, cit. in Riggio & Kwong, 2011).

I.1.6 – Conclusão

Podemos concluir que, e segundo o defendido pelos teóricos do *ranking* social, os seres humanos, no seu contexto familiar, social e afectivo, utilizam as estratégias que compreendem serem as necessárias para manterem, quer a sua posição social, quer a sua pertença no grupo, uma vez que a necessidade de pertença é um valor basilar na vida de qualquer ser humano. Estas são estratégias que, de acordo com a teoria da evolução, são essências para o bom desenvolvimento físico, social e psíquico do ser humano. (Fournier, Moskowitz, & Zuroff, 2002).

Os indivíduos que se consideram inferiores em termos de posição social (*rank*) tendem a culpabilizar-se no respeitante às críticas sociais existentes, ao passo que os que se sentem superiores ao nível do *rank* tendem a culpabilizar os outros. Isto é consistente com a teoria de *ranking* social, que defende que as percepções individuais sob determinada posição social poderão afectar um conjunto de comportamentos sociais (Gilbert e Miler, 2000).

Através dos estudos realizados no campo das relações de afectividade durante a infância (com os pais) é possível observar que estas exercem um forte impacto na saúde mental destas crianças no seu estado adulto. Irons e Gilbert (2005) defendem que as experiências de afectividade podem levar as crianças, no seu ambiente social, e na presença de um ambiente seguro, a conseguirem relacionar-se socialmente com os seus grupos de pares, de forma normal e descontraída. Pelo contrário, em ambientes inseguros, as crianças podem focar a sua atenção no poder que os outros detêm no respeitante a envergonhar, rejeitar ou mesmo tentar prejudicá-las. Em consequência, as crianças entram no novo mundo, da adolescência, orientados de um modo menos favorável, com uma maior sensibilidade à ameaça e posição social e com tendência a serem mais defensivas nas suas relações. Estas crianças podem tornar-se excessivamente focadas em comparações sociais, em se preocuparem com questões

relacionadas com rejeição e vergonha, e a defender-se através de estratégias de fuga e/ou submissão. Outra possibilidade consiste, ainda, no controlo das suas relações sociais através de comportamentos de agressividade.

Capítulo II

Validação da Escala Geral da Paranóia à População Adolescente Portuguesa

II.1 – Introdução

No capítulo II será caracterizada a Escala Geral da Paranóia, *General Paranoia Scale* (GPS), criada originalmente por Fenigstein e Venable em 1992, para análise da normalidade dos pensamentos paranóides na população geral. Pretende-se verificar se a escala possui ou não as qualidades psicométricas recomendadas para o estudo da ideação paranoide junto de um grupo de adolescentes estudantes micaelenses.

II.2 – Objectivos

É principal objectivo do presente estudo proceder à validação da Escala Geral da Paranóia, *General Paranoia Scale* (GPS), uma vez que a amostra do presente estudo é constituída por adolescentes e a escala foi originalmente construída para adultos.

Para a aferição dos resultados da escala GPS é fundamental ter em atenção os procedimentos necessários para a sua correcta validação. Assim, no respeitante às características metrológicas dos resultados, Almeida e Freire (2008) referem a *sensibilidade, fidelidade e validade dos resultados*. A *sensibilidade* consiste no grau em que os resultados alcançados aparecem distribuídos, diferenciando os indivíduos entre si e os níveis de realização. Em primeiro lugar, deve ter-se atenção ao intervalo entre o número mínimo e máximo dos itens da escala. De seguida, analisar a média dos resultados e a sua aproximação com a mediana e moda. Por último, considerar a variância dos resultados. Existem factores que podem afectar a sensibilidade dos resultados, tais como o tamanho da amostra, grau de percepção dos itens da escala, mal hierarquização dos itens, o tempo de execução e as condições ambientais e pessoais. Saliente-se que o presente estudo teve em atenção todos estes factores aquando da adaptação da escala à população adolescente e sua posterior aplicação. No que à *fidelidade* diz respeito esta permite-nos saber o grau de confiança que podemos ter na informação recolhida, verificando a consistência dos itens da escala. Por último, temos a *validade* dos resultados, onde se avalia se os resultados do teste estão efectivamente a medir aquilo que se pretende.

Neste sentido, para a validação da presente escala, será realizada, inicialmente, uma análise uniforme, com vista ao estudo da sua *sensibilidade* através das medidas de tendência central. Seguidamente proceder-se-á ao estudo da sua *fidelidade*, com análise da consistência interna dos itens. Finalmente, será avaliada a *validade* do construto,

através da análise da sua estrutura factorial, recorrendo-se à extracção dos factores, com análise dos componentes principais, seguida da rotação *varimax*.

II.3 – Metodologia

II.3.1 – Caracterização da amostra

Numa amostra de 1551 adolescentes Micaelenses, 711 (45,8%) do sexo masculino e 840 (54,2%) do sexo feminino (género), foi aplicada uma bateria de testes, composta por um conjunto de vários questionários de auto-resposta. Esta amostra foi recolhida em todas as escolas secundárias da ilha de São Miguel. Foi excluída uma Escola Particular por não autorizar a realização do presente estudo, previamente autorizado pela Direcção Regional da Educação.

No total da amostra (1551), e tal como se pode observar no quadro 1, a média das idades é de aproximadamente dezassete anos (16,74 anos, moda de 17 anos e desvio padrão de 1,13). Dos adolescentes constituintes da amostra, 30,5% tem 17 anos (n=473), seguidos dos adolescentes com 16 anos, com 29% (n=450). A idade com menor percentagem representada é a dos 14 anos, com apenas 2 adolescentes (0,1%).

Em termos do ano de escolaridade, o ano com maior representatividade, na população estudada, é o 10.º ano, com 677 adolescentes (43,6%), seguido do 11.º ano, com 526 (33,4%) e do 12.º com 348 estudantes (22,4%).

A escolha dos alunos foi aleatória, com selecção de 50% do total de alunos de cada ano de escolaridade.

Ao nível das reprovações académicas, verifica-se que, junto da população estudada e de uma forma geral, 66,5% (n=1052) dos adolescentes nunca reprovaram, enquanto que os restantes 33,5% (n=519) já reprovaram pelo menos uma vez.

No respeitante ao nível socioeconómico, observa-se que, no presente estudo, o nível socioeconómico baixo (e.g., pessoal doméstico, desempregados, estudantes, serventes da construção civil, camponeses, empregadas de limpeza) é o mais representativo de toda a população estudada, com 43,9% (n=743), seguido do nível médio (e.g. vendedores, assistentes técnicos, pessoal das forças de segurança, protecção e bombeiros), com 43,7% (n=678), e, por último, o nível elevado, composto pelos técnicos superiores, de áreas como Engenharia, Medicina e Direito, com apenas 8,4% (n=130), conforme quadro 1, com análise dos resultados médios e desvio padrão de cada variável estudada. Para a caracterização do nível socioeconómico dos pais dos

adolescentes foi tido em consideração o descrito por Almeida (1988), que definiu níveis de categorias, de acordo com as profissões dos pais.

Quadro 1 - Caracterização da amostra (n=1551)

Variável	Média	Desvio Padrão
Idade	16,74	1,13
	N	%
Sexo	Masculino	45,8
	Feminino	54,2
Ano de escolaridade	10.º	43,6
	11.º	33,9
	12.º	22,4
Reprovações	Sim	66,5
	Não	33,5
Nível socioeconómico	Baixo	47,9
	Médio	43,7
	Alto	8,4

II.3.2 – Procedimentos de investigação

O método de selecção da amostra foi aleatório, ou seja, após autorização para a realização do estudo, por parte da Direcção Regional da Educação (Anexo 1 e 2), o Presidente do Conselho Executivo de cada escola enviou, à equipa responsável pelo presente estudo, uma listagem com o número total de alunos por ano e turma. Posteriormente, e com base nesta informação, foram seleccionadas aleatoriamente o número necessário de turmas de modo a perfazerem 50% dos alunos de cada ano. Numa 1.ª fase, foram entregues em todas as escolas, junto dos conselhos executivos, os consentimentos informados destinados aos alunos das turmas seleccionadas. Numa 2.ª fase, e após a recepção dos consentimentos supra referidos, foi calendarizada, em conjunto com o conselho executivo de cada escola e respectivos directores de turma, a aplicação dos questionários. Por último, e numa 3.ª fase, foi levada a efeito a aplicação dos questionários em cada escola, com a presença do respectivo professor e da responsável pelo presente estudo tendo sido esclarecidas todas as dúvidas dos alunos.

Em relação aos critérios de exclusão, tivemos em consideração os questionários não preenchidos e incompletos, num total de quatro, os quais apenas apresentavam preenchida a página de identificação sócio demográfica. Para além disso, aquando do tratamento de cada uma das variáveis em estudo, observaram-se diferenças no total da

amostra estudada, estas diferenças ficam a dever-se ao facto de não terem sido contabilizadas no estudo as escalas não preenchidas e/ou incompletas.

A participação no estudo foi voluntária e anónima, tendo sido apresentado a todos os adolescentes um consentimento informado (conforme consta em anexo), com a informação relativa ao conteúdo e objectivos do estudo, que foi entregue aos encarregados de educação e que visou a autorização dos seus educandos para a participação no estudo. Este consentimento foi enviado previamente aos directores de turma.

Previamente à recolha dos dados constituintes deste estudo, foi aplicado um pré-teste da escala a aferir e dos restantes questionários, numa turma seleccionada aleatoriamente, na Escola Secundária da Ribeira Grande. Esta turma do 10.º ano era constituída por 16 alunos. Durante a aplicação da bateria de questionários foi contabilizado o tempo de preenchimento dos alunos, tendo sido verificada a diferença entre o 1.º e o último aluno a terminar e tendo sido apurada uma média de 50 minutos de preenchimento. Após a aplicação, foi realizada, com os alunos, uma *reflexão falada*, para recolha das dificuldades sentidas em termos de interpretação dos itens dos diferentes questionários, de forma a se proceder, posteriormente, às alterações necessárias (Almeida & Freire, 2008). Só após a aplicação do pré-teste e de realizadas as devidas alterações se deu continuidade à aplicação dos questionários junto das restantes turmas seleccionadas.

II.3.3 – Procedimentos estatísticos

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa SPSS, versão 17,0, tendo-se procedido à estatística descritiva (medidas de tendência central, frequências e percentagens) para a caracterização geral da amostra e respectivas variáveis socio-demográficas.

No estudo de validação da escala GPS foram utilizadas, para além das análises previamente referidas, as análises de componentes principais, seguidas de rotação *varimax*.

II.4 – Validação da Escala geral da Paranóia – GPS

Quadro 2 - Escala GPS traduzida e adaptada à população adolescente

Item	Conteúdo do item
GPS1	“Alguém tem alguma coisa contra mim”.
GPS2	“Às vezes sinto que estou a ser seguido”.
GPS3	“Acredito que tenho sido muitas vezes castigado (a) sem haver razão para tal”.
GPS4	“Algumas pessoas tentaram roubar as minhas ideias e receberam os louros”.
GPS5	“Os meus pais e a minha família encontram mais falhas em mim do que deviam”.
GPS7	“Tenho a certeza que a vida não me trás nada de bom”.
GPS8	“A maioria das pessoas usará meios injustos para ganhar lucro ou ganhar vantagem sobre os outros, em vez de perderem”.
GPS9	“Penso muitas vezes que razão escondida terá outra pessoa para fazer algo de bom para mim”.
GPS10	“É mais seguro não confiar em ninguém”.
GPS11	“Sinto muitas vezes que pessoas desconhecidas estão a olhar de forma crítica para mim”.
GPS12	“A maioria das pessoas faz amigos (as) porque estes (as) podem vir a ser úteis”.
GPS13	“Alguém tem tentado influenciar a minha mente”.
GPS14	“Tenho a certeza que falam de mim nas minhas costas”.
GPS15	“A maioria das pessoas no seu íntimo não gosta de oferecer ajuda às outras”.
GPS16	“Costumo estar de pé atrás quando as pessoas são mais simpáticas comigo do que eu estava à espera”.
GPS17	“As pessoas disseram coisas sobre mim que eram ofensivas e não simpáticas”.
GPS18	“As pessoas estão sempre a desiludir-me”.
GPS19	“Sinto-me desconfortável com pessoas lá fora a observarem-me dos carros, nas lojas, etc”.
GPS20	“Encontro muitas vezes pessoas que têm inveja das minhas ideias que são boas, só porque não pensaram nelas primeiro que eu”.

II.4.1 – Estudo da Sensibilidade da escala e respectivos itens

Através da análise da estatística descritiva dos resultados da GPS, é possível verificar, tal como visível no quadro 3, que a maioria dos itens da escala rondam os 2 pontos (escala de 1 a 4). Estes resultados podem ainda ser confirmados pela observação da média total da escala, com um valor de quarenta e nove vírgula dezasseis (49,16; desvio padrão de 12,51; mediana de 49 e moda de 42) e que dividida pelos 20 itens que compõem a escala se traduz num resultado médio de 2,46, desvio padrão de 0,63, mediana de 2,45 e moda de 2. Valores que se mostram próximos, verificando tratar-se de uma variável simétrica. Os resultados mínimos e máximos da escala são 20-100, de encontro com a escala original de Fenigstein e Venable (1992).

Quadro 3 - Estatística descritiva para os vários itens da escala GPS

Item	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
GPS1	2,58	2	2	0,97
GPS2	1,84	2	1	0,94
GPS3	2,05	2	1	1,04
GPS4	2,47	2	2	1,10
GPS5	2,09	2	1	1,11
GPS6	1,93	2	1	1,02
GPS7	1,93	2	1	1,06
GPS8	3,02	3	3	1,17
GPS9	2,60	3	3	1,01
GPS10	2,69	3	3	1,23
GPS11	2,74	3	3	1,08
GPS12	2,91	3	3	1,13
GPS13	1,89	2	1	0,99
GPS14	2,87	3	3	1,24
GPS15	2,70	3	3	1,02
GPS16	2,77	3	3	1,09
GPS17	2,57	2	2	1,00
GPS18	2,51	2	2	1,01
GPS19	2,39	2	2	1,18
GPS20	2,59	2	2	1,11

O resultado médio dos itens de 2 valores (“Raramente”) permite verificar que a maior parte dos adolescentes não apresenta, no geral, pensamentos paranóides de forma frequente. No entanto, é possível observar no quadro 3 a presença de itens com médias mais elevadas [e.g., item 8 “*A maioria das pessoas usará meios injustos para ganhar lucro ou ganhar vantagem sobre os outros em vez de perderem*” (média=2,96; DP=1,17), item 12 “*A maioria das pessoas faz amigos (as) porque estes (as) podem vir a ser úteis*” (média=2,90; DP=1,13) e item 14 (“Tenho a certeza que falam de mim nas minhas costas” média=2,87; DP=1,24)], itens cujos resultados médios rondam o 3 (“Às vezes”).

II.4.1.1 – Validade dos itens

Através da análise da matriz de correlações entre os itens e o total da escala (*r-Pearson*), verifica-se que todos os índices são altamente significativos ($p < 0.001$), uma vez que todos os itens apresentam correlações significativas entre si e com o total da

escala (Quadro 4). Os valores indicam, na generalidade, correlações que, embora não muito altas (valores de *r-pearson* entre 0,500 e 0,699), são positivas e significativas, com $p < 0.001$ (quadro 3).

Quadro 4 - Correlações entre o total da escala da paranoia (GPS) e os itens

Itens GPS Total	r	p.	N
GPS 1	0,582**	0,000	1730
GPS 2	0,540**	0,000	1730
GPS 3	0,497**	0,000	1730
GPS 4	0,566**	0,000	1730
GPS 5	0,550**	0,000	1730
GPS 6	0,535**	0,000	1730
GPS 7	0,574**	0,000	1730
GPS 8	0,522**	0,000	1730
GPS 9	0,574**	0,000	1730
GPS 10	0,589**	0,000	1730
GPS 11	0,676**	0,000	1730
GPS 12	0,581**	0,000	1730
GPS 13	0,562**	0,000	1730
GPS 14	0,671**	0,000	1730
GPS 15	0,589**	0,000	1730
GPS 16	0,599**	0,000	1730
GPS 17	0,659**	0,000	1730
GPS 18	0,668**	0,000	1730
GPS 19	0,587**	0,000	1730
GPS 20	0,546**	0,000	1730

****correlação significativa até ao nível 0,01**

II.4.2 – Estudo à da fidelidade da escala e itens

Para análise da precisão da GPS realizou-se o estudo da sua consistência interna, com recurso ao coeficiente *Alpha de Cronbach*. Os resultados encontrados para a GPS, no presente estudo, foram de 0,90 para os 20 itens, o que revela uma consistência interna muito boa. No estudo original de Fenigstein e Venable (1992) o *alpha* apresentado foi de 0,84 e o mais recente estudo realizado com recurso à presente escala, para uma população normal de adultos, de Barreto Carvalho (2009) foi de 0,92.

Saliente-se, ainda, que o valor do *alpha*, no caso de eliminação de cada um dos itens, se encontra sempre acima dos 0,89, tal como se pode observar no quadro 5, o que revela muito boa consistência da escala e respectivos itens.

Quadro 5 - Análise da consistência interna da escala- *Alpha de cronbach*

Item	<i>Alpha</i> (com item eliminado)
GPS1	0,89
GPS2	0,89
GPS3	0,89
GPS4	0,89
GPS5	0,89
GPS6	0,89
GPS7	0,89
GPS8	0,89
GPS9	0,89
GPS10	0,89
GPS11	0,89
GPS12	0,89
GPS13	0,89
GPS14	0,89
GPS15	0,89
GPS16	0,89
GPS17	0,89
GPS18	0,89
GPS19	0,89
GPS20	0,89

II.4.3 – Validade de construto

Em relação à análise da validade de construto foi efectuada uma análise factorial (análise em componentes principais das correlações entre variáveis), visto que esta é uma das técnicas mais utilizadas na identificação de construtos subjacentes aos resultados. A validade de construto permite-nos perceber, a partir dos resultados do instrumento, se é possível encontrarmos um ou mais construtos teóricos das variáveis que a escala pretende avaliar (Anastasi, 1988). Esta técnica parte do pressuposto de que as intercorrelações entre os itens podem ser explicadas por um conjunto menor de factores ou componentes, que representam relações entre conjuntos de variáveis interrelacionadas. Através da análise factorial procura-se verificar a validade interna do

instrumento, tentando encontrar uma explicação para a variância dos resultados, recorrendo-se, para tal, à ajuda de componentes independentes.

Um dos critérios de adequação para a realização da análise em componentes principais é dada pelo teste de esfericidade de *Bartlett*, através do qual é possível perceber se o conjunto das correlações na matriz é diferente de zero (Pestana & Gageiro, 2008). Assim, submeteram-se os 20 itens da escala a uma Análise de Componentes Principais, seguida de rotação *varimax*. A adequabilidade da amostra, através do teste KMO (Índice de Kaiser-Meyer-Olkin of Sampling Adequacy) apresenta um valor de 0,93 (Quadro 6) indicando que a recomendação para aplicação da Análise Factorial, ou seja, a análise em componentes principais, pode ser realizada (Sani, 2004). O KMO perto de 1 indica coeficientes parciais pequenos, enquanto valores próximos de zero indicam que a análise factorial pode não ser uma boa ideia, dado que a correlação entre variáveis é baixa (Pestana & Gageiro, 2008). O valor apresentado pela matriz, teste de Esfericidade de Bartlett [Chi-Square Bartlett's Test of Sphericity (df=190) = 9709.881, p <0,01], revela boa adequação da amostra, permitindo continuar com os cálculos. O teste de *Bartlett* tem associado um nível de significância de p < 0.05, mostrando que existem correlações entre as variáveis. De seguida, procedeu-se à rotação *Varimax*, com os valores próprios ("Eigenvalues") superiores a 1 (critério de Kaiser), onde se verificou a adequabilidade de todos os itens da escala. A análise factorial, atendendo ao critério de decisão de Guttman-Kaiser (valores próprios > 1.0), revelou a existência de 4 componentes.

Quadro 6 - Teste de KMO e Bartlett

	KMO	0,931
Teste de Esfericidade de Bartlett	χ^2	9709,881
	Df	190
	P	0,000

A análise em componentes principais foi seguida de rotação *varimax* (Quadro 7), um método usado quando se pretende obter uma estrutura simples, uma vez que se trata de uma técnica que maximiza as saturações mais elevadas e reduz a saturações mais baixas. Desta forma, ao minimizar o número de variáveis que apresentam saturações num factor, esta técnica vai facilitar a sua interpretação.

Quadro 7 - Matriz de componentes extraídos a partir da análise de componentes principais, seguida de rotação varimax

Item	Componentes			
	1	2	3	4
GPS1	,149	,673	,098	,179
GPS2	-,015	,571	,094	,444
GPS3	,031	,123	,464	,589
GPS4	,388	,111	,039	,708
GPS5	,103	,089	,613	,479
GPS6	,104	,215	,740	,129
GPS7	,201	,254	,708	,008
GPS8	,569	,062	,159	,200
GPS9	,584	,207	,155	,164
GPS10	,529	,244	,417	-,107
GPS11	,365	,567	,281	,038
GPS12	,693	,190	,057	,121
GPS13	,160	,455	,156	,373
GPS14	,323	,716	,096	,044
GPS15	,607	,232	,109	,120
GPS16	,627	,337	,106	-,014
GPS17	,303	,618	,227	,050
GPS18	,399	,447	,399	,021
GPS19	,261	,518	,200	,055
GPS20	,517	,241	-,204	,436

Quadro 8 - Análise de Componentes Principais (Rotação Varimax, solução forçada a 4 factores)

Item	Componentes			
	1	2	3	4
8	0,569			
9	0,584			
10	0,529			
12	0,693			
15	0,607			
16	0,627			
20	0,517			
1		0,673		
2		0,571		
11		0,567		
13		0,455		
14		0,716		
17		0,618		
18		0,447		
19		0,518		
5			0,613	
6			0,740	
7			0,708	
3			0,589	0,589 (factor 3)
4	0,708			0,708 (factor 1)
Eigenvalues	6,827	1,492	1,195	1,025
% Variância	34,136	7,460	5,977	5,127

No que respeita à decisão dos componentes a reter, Simões (1994) refere que quando um factor explica pelo menos 3% ou 5% da variância (Sani, 2004) não deve ser eliminado. Com base nestes critérios, verifica-se no presente estudo que o componente 3 explica 6% e o 4 explica 5%. Todavia, note-se pelo quadro 7, a grande dispersão dos itens pelos 4 componentes encontrados após a tentativa de maximização das saturações através da *rotação varimax*.

Neste sentido, verifica-se, através do agrupamento dos itens pelos factores identificados através da Análise de Componentes Principais (rotação *Varimax*), que o 1.º factor explica 34% da variância, o 2.º explica 7,5%, o 3.º 6% e o 4.º 5%.

Verificámos que a opção por três componentes era estatística e teoricamente mais satisfatória que a decisão por quatro componentes, uma vez que, após análise do conteúdo dos itens do factor 4, se conclui que os itens 3 e 4 estão a nível semântico melhor enquadrados no 3.º e 1.º factor, respectivamente. Estatisticamente esta opção é

igualmente satisfatória e teoricamente parece uma melhor solução, como podemos constatar de seguida.

O 1.º factor (Quadro 9) contempla 8 itens, explicando 34% da variância e engloba itens relacionados com *ideias de perseguição*. A literatura sobre a ideação paranóide refere que esta ideação se relaciona com questões de suspeita e perseguição por parte dos outros (Fenigstein & Vanable, 1992).

Quadro 9 - Factor 1: Ideias de Perseguição

Item	Conteúdo do item
GPS8	“A maioria das pessoas usará meios injustos para ganhar lucro ou ganhar vantagem sobre os outros, em vez de perderem”.
GPS9	“Penso muitas vezes que razão escondida terá outra pessoa para fazer algo de bom para mim”.
GPS10	“É mais seguro não confiar em ninguém”.
GPS12	“A maioria das pessoas faz amigos (as) porque estes (as) podem vir a ser úteis”.
GPS15	“A maioria das pessoas no seu íntimo não gosta de oferecer ajuda às outras”.
GPS16	“Costumo estar de pé atrás quando as pessoas são mais simpáticas comigo do que eu estava à espera”.
GPS20	“Encontro muitas vezes pessoas que têm inveja das minhas ideias que são boas, só porque não pensaram nelas primeiro que eu”.
GPS4	“Algumas pessoas tentaram roubar as minhas ideias e receberam os louros”.

O 2.º factor (Quadro 10) engloba, tal como o anterior, 8 itens correlacionados com sentimentos de desconfiança. Tal como defendido pela literatura vigente, a desconfiança é o sentimento mais relevante no desenvolvimento dos pensamentos paranóides (Fenigstein & Vanable, 1992).

Quadro 10 - Factor 2: Sentimentos de desconfiança

Item	Conteúdo do item
GPS1	“Alguém tem alguma coisa contra mim”.
GPS2	“Às vezes sinto que estou a ser seguido”.
GPS11	“Sinto muitas vezes que pessoas desconhecidas estão a olhar de forma crítica para mim”.
GPS13	“Alguém tem tentado influenciar a minha mente”.
GPS14	“Tenho a certeza que falam de mim nas minhas costas”.
GPS17	“As pessoas disseram coisas sobre mim que eram ofensivas e não simpáticas”.
GPS18	“As pessoas estão sempre a desiludir-me”.
GPS19	“Sinto-me desconfortável com pessoas lá fora a observarem-me dos carros, nas lojas, etc”.

O 3.º factor é composto por 4 itens (Quadro 11), e está relacionado com ideias de auto depreciação, de crítica em relação ao próprio e aos outros que, à semelhança dos outros dois factores, é um aspecto muito presente na ideação paranóide (Fenigstein & Vanable, 1992).

Quadro 11 - Factor 3: Percepção de auto-depreciação

Item	Conteúdo do item
GPS5	“Os meus pais e a minha família encontram mais falhas em mim do que deviam”.
GPS6	“Ninguém quer saber o que se passa comigo”.
GPS7	“Tenho a certeza que a vida não me trás nada de bom”.
GPS3	“Acredito que tenho sido muitas vezes castigado (a) sem haver razão para tal”.

Com base nos resultados do presente estudo, podemos afirmar que a GPS é uma escala que apresenta uma estrutura de certa forma diferenciada, que originou a emergência de três factores. No entanto, é no primeiro factor que se verifica maior percentagem da variância, a qual explica em 34 % da escala. Para além disso, todos os itens constituintes da escala, quer por factor, quer como um todo, apresentam conteúdos directamente correlacionados com a ideação paranóide, conforme descreve a literatura sobre o fenómeno (Freeman, et al., 2005; Fenigstein & Vanable, 1992). Por último, o *alpha* para os três componentes (Quadro 12) apresenta boa consistência interna, com consistência mais elevada para a escala total, permitindo afirmar que a escala se aproxima dos critérios de fidelidade exigidos.

Quadro 12 - Estatísticas descritivas e *alpha de cronbach* para os factores da escala GPS

Factor	N.º itens	Média	Desvio Padrão	<i>α</i>
1	8	21,75	5,71	0,79
2	8	19,40	5,67	0,83
3	4	8,01	3,13	0,72
Total GPS	20	49,16	12,51	0,90

Capítulo III

Ideação paranóide na população adolescente: influência das variáveis de *ranking* e familiares no seu desenvolvimento

III.1 - Estudo das variáveis de *ranking* e estilos parentais

Os teóricos do *ranking* social têm pressuposto que o comportamento agressivo e submisso serve enquanto estratégia necessária ao ser humano para lidar e se defender contra os sentimentos de ameaça e de inferioridade (Fournier, Moskowitz, & Zuroff, 2002). Ou seja, os seres humanos no seu contexto familiar, social e afectivo, utilizam as estratégias que compreendem serem as necessárias para manterem a sua posição social, se manterem em grupo, visto que a necessidade de pertença é um valor basilar na vida de qualquer ser humano. Estas são estratégias que, de acordo com a teoria da evolução, são essências para o bom desenvolvimento físico, social e psíquico.

Os indivíduos que se consideram inferiores em termos de posição social (*rank*) tendem a culpabilizar-se em relação às críticas sociais que surgem contra eles, ao passo que os que se sentem superiores, ao nível do *rank*, tendem a culpabilizar os outros. Isto é consistente com a teoria de *ranking* social, que defende que as percepções individuais de determinada posição social poderão afectar igualmente um conjunto de comportamentos sociais (Gilbert & Miler, 2000).

Price (2003) explica que os estados psicológicos de depressão, ansiedade e irritabilidade, à luz da teoria da evolução, desempenham uma função adaptativa, permitindo a eliminação dos conflitos sociais e mantendo a estabilidade junto da hierarquia social. O problema surge quando estes estados psicológicos levam ao desencadeamento de um conjunto de sentimentos negativos, de inferioridade, em relação aos outros e de supressão dos seus sentimentos de raiva, sem conseguirem, perante os outros, exteriorizá-los, não manifestando o seu desagrado.

Compreender o pensamento paranóide junto da população normal (não clínica) é essencial na resolução dos problemas de vida associados a este (Freeman, et al., 2005), sendo também importante em termos preventivos, uma vez que os sintomas não clínicos estão ligados ao desenvolvimento de desordens psicóticas posteriores (Chapman, Chapman, Kwapil, Eckbald, & Zinser, 1994; Van Os, Hanssen, Bijl, & Ravelli, 2000, cit. in Riggio & Kwong, 2011). Freeman e colaboradores (2005) descobriram que índices de maior pensamento paranóide foram positivamente relacionados com estilos de comportamento desajustados, incluindo as atitudes negativas em relação à expressão emocional.

No respeitante aos estilos educativos parentais, os pais são importantes fontes de apoio social durante a faixa etária dos adolescentes (Riggio, 2004), e a afectividade e aceitação dos pais tem sido associada a diversos resultados positivos aquando da idade adulta, verificando-se melhor ajustamento psicológico e menor solidão (Landman-Peeters, et al., 2005; Levitt, Prata, & Santos, 2007; Wintre & Yaffe, 2000, cit. in Riggio & Kwong, 2011).

III.1.1 - Objectivos

É objectivo do presente estudo caracterizar, junto de uma população estudante de adolescentes, a existência ou não de pensamentos paranóides, atendendo o contexto social onde vivem, com o principal propósito de prevenir o aparecimento futuro de patologias associadas, promovendo, assim, o desenvolvimento humano e social (Vidal, 2007). Visto a paranóia ser, de acordo com a investigação recente, um conceito mais amplo, adequado à população não clínica, torna-se fundamental a realização deste estudo com incidência numa população pouco estudada, a saber: os adolescentes. Assim, criar-se-ão as condições necessárias a uma posterior intervenção preventiva, em contexto educacional e comunitário, uma vez que os sintomas apresentados surgem das experiências tidas no contexto ambiental desta população.

A ideação paranóide, defendida por vários autores, como Fenigstein e Venable (1992), Gilbert (1989, 1998) e Freeman e colaboradores (2005), tem origem na percepção que os indivíduos possuem da relação que estabelecem com os outros. Ou seja, os pensamentos paranóides surgem da necessidade sentida pelo indivíduo de se defender dos outros, quando os percebem enquanto ameaça. Esta visão negativa, de ameaça, determinada pela avaliação que o indivíduo faz dos outros nas relações que com eles estabelece e das quais antecipa situações de rejeição e crítica, provoca no mesmo sentimentos de vergonha e de submissão (Fenigstein & Venable, 1992).

É neste sentido que as variáveis de *ranking*, segundo o modelo evolucionário, e os estilos parentais, são fundamentais no estudo da paranóia na população não clínica.

O principal objectivo do presente estudo consiste, assim, em observar a influência das variáveis familiares (estilos parentais), sociais (comparação com os outros) e emocionais (vergonha e comportamentos de submissão) no desenvolvimento da ideação paranóide na adolescência.

III. 1.1.1 - Questão de investigação

Os estilos parentais e as variáveis de *ranking* influenciam a ocorrência de pensamentos paranóides na adolescência?

III. 1.1.2 - Hipóteses de estudo

- A ideação paranóide nos adolescentes apresenta características semelhantes à observada na população adulta;
- Os estilos parentais influenciam a frequência de ideação paranóide nos adolescentes;
- O ranking social que os adolescentes percebem tem influência na frequência da sua ideação paranóide;
- O contexto social onde se inserem os adolescentes exerce influência na ideação paranóide.

III.1.2 - Enquadramento Metodológico

III.1.2.1 - Tipo de estudo

A abordagem metodológica que será utilizada no presente estudo, tendo em atenção o tema em análise e o objectivo proposto, será a investigação quantitativa. Esta abordagem permitirá o tratamento de dados recolhidos com recurso ao inquérito na análise das variáveis em estudo.

Trata-se de um estudo descritivo correlacional onde, ao contrário dos outros estudos (qualitativos), a investigação vai para além da simples descrição dos fenómenos e onde o investigador estabelece relações entre as variáveis em análise, conseguindo, inclusive, quantificar estas relações (Almeida & Freire, 2008). Este tipo de análise, de correlações entre as variáveis, está inerente ao tipo de estudos utilizados no âmbito da investigação em Psicologia e Educação.

Em termos de vantagens, a investigação quantitativa permite-nos generalizar os resultados de forma mais ampla, dando-nos a possibilidade de controlar os fenómenos. Por outro lado, e como desvantagem, não nos permite aprofundar os dados, a sua riqueza interpretativa, determinados detalhes, o contexto ambiental (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

No que se refere especificamente aos instrumentos utilizados no estudo, recorreu-se à aplicação de uma bateria de questionários de auto-relato. Trata-se de instrumentos de recolha de dados que, como qualquer instrumento, apresentam vantagens e desvantagens. Ao nível das vantagens, estes permitem quantificar um grande número de dados, possibilitando mais análises correlacionais. Como desvantagens, pode-se destacar a questão da superficialidade das respostas, onde não é possível a análise de determinados detalhes (Quivy & Campenhoudt, 2003).

III.1.2.2 - Caracterização da amostra

Numa amostra de 1762 adolescentes Micaelenses, 841 (47,7 %) do sexo masculino e 921 (52,3 %) do sexo feminino, foi aplicada uma bateria de testes, composta por um conjunto de vários questionários de auto-resposta, em todas as escolas secundárias da ilha de São Miguel e nas Escolas Básicas Integradas com alunos a frequentar o programa de Oportunidades e PROFIJ, por apresentarem idades semelhantes às do secundário. Foram excluídas três escolas básicas integradas e uma escola secundária privada por não autorizarem a realização do presente estudo, previamente autorizado pela Direcção Regional da Educação.

Saliente-se que faziam parte da amostra mais 54 adolescentes, com idades entre os 20 e 22 anos que foram excluídos por apresentarem mais de 18 anos, serem em pequeno número e por ser objectivo da presente investigação estudar a frequência da ideação paranóide na adolescência.

No Quadro 13, está representada a distribuição do género pela população estudada, onde o sexo feminino apresenta, no geral, uma maior percentagem (52,3%), do que o sexo masculino (47,7%).

Quadro 13 - Distribuição da população por género (n=1762)

	Total
Sexo	Masculino 841 (47,7%)
	Feminino 921 (52,3%)
Total	1762 (100 %)

Do total da amostra (1762), a média da idade é de 16,62 anos (moda de 17 anos). Do total de adolescentes 29% (n=511) tem 17 anos, seguidos dos adolescentes com 16

anos, em 28,7% (n=506) e por último, a idade com menor percentagem representada, 14 anos, com apenas 28 adolescentes (1,6%). Relativamente à distribuição da idade de acordo com o género, no sexo masculino 236 adolescentes apresentam 16 anos e 252, 17 anos. O mesmo se observa em relação ao sexo feminino, onde 269 raparigas adolescentes têm 16 anos e 259, 17 anos. Tanto no caso masculino (n=18), como feminino (n=10), a idade dos 14 anos é a menos representativa (Quadro 13).

Em termos do ano de escolaridade, observa-se uma média de 10,38 (n=1762) e desvio padrão de 1,40, verificando que é o 10.º ano de escolaridade com maior representatividade junto da população estudada, com 677 adolescentes (38,4%), seguido do 11.º ano, com 526 (29,9%). As turmas de oportunidades e PROFIJ são as que apresentam os níveis de escolaridade com menos alunos, num total de 211, destacando-se o 6.º ano, com 9 alunos (0,5%), e o 5.º ano, com 38 alunos (2,2%).

A escolha dos alunos foi aleatória, com selecção de 50% do total de alunos de cada ano. A escola com maior percentagem de alunos questionados representa 26% da amostra total e a que tem menor percentagem representa 0,7% dos alunos. Refira-se, contudo, que apesar da diferença percentual em cada escola, o método de selecção foi exactamente o mesmo em cada uma, tal como referenciado inicialmente.

Ao nível das reprovações, junto da população estudada, verifica-se que 59,4% (n=1035) dos adolescentes nunca reprovaram, enquanto que os restantes 40,6% (n=708) já reprovaram pelo menos uma vez.

No respeitante ao nível socioeconómico, observa-se que o nível baixo (e.g. pessoal doméstico, desempregados, estudantes, serventes da construção civil, camponeses, empregadas de limpeza) é o mais representativo de toda a população estudada, com 52,3% (n=922). De seguida, temos o nível médio (e.g. vendedores, assistentes técnicos, pessoal das forças de segurança, protecção e bombeiros), com 40,2% (n=708). O nível elevado, composto pelos técnicos superiores, de áreas desde Engenharia, Medicina, Direito, etc, é o menos representativo, com apenas 7,5% (n=132), conforme análise aos resultados médios de cada nível (Quadro 14). Em anexo, consta um quadro de caracterização dos níveis socioeconómicos, através do qual seleccionamos as profissões.

Tal como referido anteriormente, para a caracterização do nível socioeconómico dos pais dos adolescentes foi tido em consideração o descrito por Almeida (1988).

Quadro 14 - Distribuição do nível socioeconómico pela população

Nível	N	%
Baixo	922	52,3
Médio	708	40,2
Elevado	132	7,5
Total	1762	100%

III.1.3 - Instrumentos

Para a concretização do presente estudo foi aplicada uma bateria de escalas aos participantes, necessárias para compreender se as variáveis de *ranking*, de acordo com o descrito no modelo evolucionário, exercem ou não influência no desenvolvimento de pensamentos paranóides na adolescência. Assim, os questionários preenchidos foram:

Escala Geral da Paranóia (General Paranoia Scale, GPS, de Fenigstein & Vanable, 1992, traduzida e adaptada à população adolescente portuguesa por Barreto Carvalho, C.; Castilho, P., & Pereira, V., 2012). Esta escala é actualmente a mais utilizada na análise da ideação paranóide sub-clínica. Consiste numa escala de auto-resposta, criada especificamente para medir a incidência de paranóia numa população normal de universitários. A escala é composta por um conjunto de 20 itens, formato Likert, onde as hipóteses de resposta variam entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*). Os resultados alcançados variam entre 20 e 100, onde pontuações mais elevadas indicam maior ideação paranóide. No estudo original de Fenigstein e Vanable (1992) o *alpha de cronbach* é de 0,84. Em relação ao presente estudo, a escala apresenta boa consistência interna, com um *alfa de cronbach* de 0,90. É importante salientar de que tínhamos conhecimento da existência de outras escalas que também medem a ideação paranóide, no entanto, na selecção da escala tivemos em consideração algumas condições, nomeadamente o facto de estudarmos adolescentes, sendo importante que a compreensão da escala fosse clara e simples e por ser necessário utilizar uma escala construída para a população geral.

Escala de Vergonha Externa (Other As Shamer Scale, OAS, de Goss, K.; Gilbert, P., & Allan, S., 1994, traduzida e adaptada à população adolescente portuguesa por Barreto Carvalho, C., & Pereira, V., 2012). Trata-se de uma escala criada para medir a vergonha externa, ou seja, a forma como penso que os outros me vêem, e é composta por 18 itens, tipo Likert, variando entre 0 (*nunca*) e 4 (*sempre*). Os resultados

variam entre 0 e 72, onde valores mais elevados revelam níveis mais elevados de vergonha sobre o que os outros pensam de mim. No presente estudo, o *alpha de cronbach* para a escala total foi de 0,96, apresentando 0,92 para o factor *inferioridade*, 0,88 para o factor *vazio* e 0,88 para o factor *reação dos outros*, evidenciando ter índices de consistência interna elevados.

Escala da Submissão Social para Adolescentes (Adolescent Submissive Behaviour Scale, ASBS, de Irons, C., & Gilbert, P., 2005, traduzida e adaptada para a população adolescente portuguesa por Barreto Carvalho, C., & Pereira, V., 2012). Esta escala foi adaptada a partir da versão adulta e é composta por 12 itens, do tipo Likert, variando entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*), cujos resultados variam entre 0 e 60, onde valores mais elevados indicam mais comportamento de submissão. Esta escala mede o grau de submissão utilizado pelo adolescente em cada situação da sua vida. A escala apresenta um *alpha de cronbach* de 0,73.

Escala de Comparação Social para Adolescentes – Revista (Adolescent Social Comparison Scale – Revised, ASCS-R, de Irons, C., & Gilbert, P., 2005, traduzida e adaptada por Xavier, A.; Cunha, M., & Pinto-Gouveia, J., 2011), adaptada da escala para adultos, de Allan e Gilbert (1995). A escala é composta por 10 itens, variando entre 1 e 10 de resposta (em que 1 representa o valor mais baixo e 10 o mais elevado), do tipo Likert, onde se pretende que os participantes façam uma comparação global sobre os próprios em relação aos outros. Os resultados variam entre 10 e 100, onde pontuações elevadas revelam uma comparação social mais positiva (por exemplo, adolescentes sentem-se mais populares, atraentes e aceites em comparação com os seus amigos). No estudo original, de Lang (1994), o *alpha de cronbach* é de 0,78, enquanto que no presente estudo é de 0,68.

Questionário de Experiências de Cuidado e Abuso na Infância (Childhood Experiences of Care and Abuse – Questionnaire, CECA-Q, de Bifulco, Bernazzani, Moran & Jacobs, 2005, traduzida e adaptada à população adolescente portuguesa por Barreto Carvalho, C., & Pereira, V., 2012). Este questionário baseia-se nas respostas dadas sobre as experiências de infância, de antipatia e negligência parental e abuso físico e sexual. É composto por 17 itens, relacionados com os cuidados parentais. Destes 17 itens, 8 referem-se a situações de antipatia e hostilidade por parte dos pais e os outros 9 itens, a situações de negligência, de desinteresse parental. Os participantes têm que responder aos 17 itens, de antipatia e negligência para o caso da figura materna

versus figura paterna. O questionário é de formato Likert e varia entre 1 (*Sim totalmente*) e 5 (*Não de modo nenhum*). Aborda também questões de abuso físico e sexual. No abuso físico os participantes respondem também em separado para a figura materna e figura paterna. No estudo original o *alpha de cronbach* para o factor antipatia é de 0,81, sendo de 0,80 para o factor negligência. No caso do presente estudo, o *alpha de cronbach* para o factor antipatia é de 0,80 e para o de negligência é de 0,76 (o *alpha* para factor antipatia mãe de 0,69 e 0,74 para o de antipatia pai. Para o factor negligência mãe apresenta um de 0,61 e 0,68 para o de negligência pai).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21, de Lovibond & Lovibond, 1995, traduzida e adaptada à população portuguesa por Pais-Ribeiro, J.; Honrado, A., & Leal, I., 2004). Esta escala pretende avaliar empiricamente a ansiedade, depressão e stress, segundo um modelo tripartido. Consiste numa escala constituída por 21 itens, distribuídos em igual número nas três dimensões, do tipo Likert, variando entre 0 (*não se aplicou nada a mim*) e 3 (*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*) e onde é pedido aos participantes que respondam se a afirmação lhes aconteceu na “semana passada”. A escala é cotada entre 0 e 21, onde valores mais elevados correspondem a aspectos emocionais mais negativos. O valor do *alpha de cronbach* da escala original é de 0,85 para a escala da depressão, 0,74 para a da ansiedade e 0,81 para a do stress. No presente estudo o *alpha de cronbach* é de 0,95 para a escala total, 0,98 para a depressão, 0,86 para a ansiedade e 0,89 para o stress.

III.1.4 - Procedimento de investigação

O método de selecção da amostra foi análogo ao estudo 1 (Capítulo II), onde está detalhado e explicado, pelo que não importa voltar a referir.

III.1.5 - Procedimentos estatísticos

Para a análise estatística dos dados recorreu-se ao programa do SPSS, versão 17,0.

Para a caracterização geral da amostra e respectivas variáveis socio-demográficas, procedeu-se à estatística descritiva (medidas de tendência central, frequências e percentagens).

Nos estudos de correlação entre as variáveis recorreu-se ao teste de *Spearman* (estatística inferencial paramétrica), não tendo sido possível realizar o teste de *Pearson*, por não se tratarem de variáveis com distribuição normal. Utilizamos também a regressão linear múltipla.

Para a comparação de grupos procedeu-se à análise da variância (univariada).

III.2 - Resultados

A ideação paranóide, medida através da GPS, é a variável que se pretende analisar no presente estudo. Neste sentido, iremos de seguida proceder à caracterização da paranóia na população estudada, relacionando-a depois com as variáveis socio demográficas como o género, idade, nível de escolaridade, reprovações e nível socioeconómico do agregado familiar de cada adolescente.

A média geral da ideação paranóide apresentada para a população adolescente, medida através da GPS total, é de 49,14, apresentando um desvio padrão de 12,70.

III.2.1 - Frequência da GPS na população de adolescentes

Em termos da frequência dos pensamentos paranóides, junto da população estudada, observa-se que a maioria dos adolescentes se encontra abaixo do valor médio da GPS (variando entre 20 - valor mínimo - e 100 - valor máximo - com valor médio de 60), com 80,3% (n=1389) de adolescentes nesta situação. No entanto, cerca de 19,8%, (n=341) dos adolescentes apresentam pensamentos paranóides acima da média e destes, 1,6% com pensamento elevados (Quadro 15).

Quadro 15 - Caracterização da frequência dos pensamentos paranóides na população

GPS Total	N	%
Pensamentos Paranóides 20-59	1389	80,3
Pensamentos Paranóides 60-79	314	18,2
Pensamentos Paranóides 80-100	27	1,6
Total	1730	100%

De modo a analisar a frequência de cada pensamento paranóide, medidos pela GPS, foram agrupados os itens cujas respostas correspondem “Às Vezes”, “Muitas Vezes” e “Sempre”, visto se ter considerado que estas seriam as mais representativas da

existência de pensamentos paranóides. Os resultados podem ser observados no Quadro 16. Os adolescentes manifestam mais pensamentos paranóides relacionados com *ideias de perseguição* (nos itens 8, 12, 16), seguido dos *sentimentos de desconfiança* (nos itens 14 e 11). Os itens com respostas mais baixas são os relativos à *percepção de auto-depreciação*.

Quadro 16 - Frequências dos itens da GPS no total da amostra

Item	“Nunca” e ”Raramente”		“Às vezes”, “Muitas Vezes” e “Sempre”	
	N	%	N	%
8 – “A maioria das pessoas usará meios injustos para ganhar lucro ou ganhar vantagem sobre os outros, em vez de perderem.”	587	33,9	1143	66,1
12 – A maioria das pessoas faz amigos (as) porque estes (as) podem vir a ser úteis.”	615	35,5	1115	64,5
16 – “Costumo estar de pé atrás quando as pessoas são mais simpáticas comigo do que eu estava à espera”.	705	40,8	1025	59,2
14 – “Tenho a certeza que falam de mim nas minhas costas”.	726	42	1004	58
11 – “Sinto muitas vezes que pessoas desconhecidas estão a olhar de forma crítica para mim.”	733	42,4	997	57,6
15 – “A maioria das pessoas no seu íntimo não gosta de oferecer ajuda às pessoas.”	734	42,4	996	57,6
9 – “Penso muitas vezes que razão escondida terá outra pessoa para fazer algo de bom para mim.”	789	45,6	941	54,4
10 – “É mais seguro não confiar em ninguém.”	791	45,7	939	54,3
20 – “Encontro muitas vezes pessoas que têm inveja das minhas ideias que são boas, só porque não pensaram nelas primeiro que eu.”	846	48,9	884	51,1
17 - “As pessoas disseram coisas sobre mim que eram ofensivas e não simpáticas.”	878	50,8	852	49,2
1 – “Alguém tem alguma coisa contra mim.”	887	51,3	843	48,7
4 – “Algumas pessoas tentaram roubar as minhas ideias e receberam os louros.”	937	54,2	793	45,8
18 – “As pessoas estão sempre a desiludir-me.”	940	54,3	790	45,7
19 – “Sinto-me desconfortável com pessoas lá fora a observarem-me dos carros, nas lojas, etc:”	995	57,5	735	42,5
3 – “Acredito que tenho sido muitas vezes castigado (a) sem haver razão para tal.”	1203	69,5	527	30,5
5 – “Os meus pais e a minha família encontram mais falhas em mim do que deviam.”	1204	69,6	526	30,4
7 – “Tenho a certeza que a vida não me trás nada de bom.”	1250	72,3	480	27,7
6 – “Ninguém quer saber o que é que se passa comigo.”	1269	73,4	461	26,6
13 – “Alguém tem andado a tentar influenciar a minha mente.”	1285	74,3	445	25,7
2 – “Às vezes sinto que estou a ser seguido.”	1324	76,5	406	23,5

Legenda:

- Factor 1 - Ideias de *perseguição*
- Factor 2 – Sentimentos de *desconfiança*
- Factor 3 – Percepção de *auto-depreciação*

Quando se procede à análise da medida da GPS item por item verifica-se que o item que apresenta uma média com resultados mais altos é o 8, “*A maioria das pessoas usará meios injustos para ganhar lucro ou ganhar vantagem sobre os outros em vez de perderem*” (média=2,96; DP=1,17). Ou seja, os adolescentes referem ter mais pensamentos paranóides em situações de injustiça. De seguida, observa-se que o item 12 “*A maioria das pessoas faz amigos (as) porque estes (as) podem vir a ser úteis*” é o que apresenta a 2.^a média mais alta (média=2,90; DP=1,13).

No caso dos itens com médias mais baixas, destaca-se o 2 “*Às vezes sinto que estou a ser seguido*” (média=1,87; DP=0,97) e o item 13 “*Alguém tem andado a influenciar a minha mente*” (média=1,93; DP=1,01).

No entanto, quer nos itens com médias mais altas, quer com médias mais baixas, observa-se igualmente que a médias apresentam uma dispersão muito elevada, atendendo o valor do desvio padrão (Quadro 17).

Quadro 17 - Médias e desvio-padrão da frequência dos itens da GPS

Item	N	Média	Desvio padrão
GPS1	1730	2,55	0,99
GPS2	1730	1,87	0,97
GPS3	1730	2,06	1,05
GPS4	1730	2,45	1,12
GPS5	1730	2,09	1,12
GPS6	1730	1,95	1,05
GPS7	1730	1,96	1,07
GPS8	1730	2,96	1,17
GPS9	1730	2,61	1,03
GPS10	1730	2,70	1,25
GPS11	1730	2,74	1,09
GPS12	1730	2,90	1,13
GPS13	1730	1,93	1,01
GPS14	1730	2,88	1,25
GPS15	1730	2,69	1,03
GPS16	1730	2,78	1,10
GPS17	1730	2,56	1,02
GPS18	1730	2,49	1,03
GPS19	1730	2,39	1,18
GPS20	1730	2,59	1,12

III.2.2 - Caracterização da ideação paranóide em função das variáveis socio demográficas

III.2.2.1 - Género

A média geral da ideação paranóide apresentada pela população de adolescentes, medida através da escala GPS total é de 49,14, com um desvio padrão de 12,70.

No entanto, a literatura tem defendido que os sintomas de depressão e de ansiedade podem ser considerados como uma variável parasita da ideação paranóide, com consequências na interpretação dos resultados apresentados por esta ideação (Martin & Penn, 2001).

Assim, de forma a controlar os efeitos da depressão no grupo em estudo, foi realizada uma análise de variância simples, tendo a GPS e seus factores constituintes, como variável dependente, as variáveis sócio demográficas enquanto factores fixos e a pontuação total da EADS-21 como covariada sobre as variáveis em análise.

Face ao exposto, a média total da GPS obtida nos dois grupos mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas [F (0,000); p= 0,998] na ideação paranóide em função do género do grupo estudado (Quadro 18), quando se controla a depressão e a ansiedade na variável em estudo. Tal como podemos observar no Quadro 18, o mesmo também é visível em relação aos factores ideias de perseguição e sentimentos de desconfiança, verificando-se que estes não apresentam diferenças estatísticas em função do género para a ideação paranóide ($p > 0,05$). Apenas no caso do factor auto depreciação observa-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) em função do género.

**Quadro 18 - Média da ideação paranóide (GPS Total e factores) em relação ao género
(n=1707)**

	Média		F	p.
	Masculino (n=803)	Feminino (n=904)		
GPS Total	49,10*	49,10*	0,000	0,998
Intervalo de confiança 95%	48,35/49,86	48,39/49,82		
GPS ideias de perseguição	21,64*	21,72*	0,082	0,774
Intervalo de confiança 95%	21,27/22,01	22,37/22,06		
GPS sentimentos desconfiança	19,12*	19,60*	3,830	0,051
Intervalo de confiança 95%	18,77/19,47	19,27/19,93		
GPS auto-depreciação	8,34*	7,79*	16,22	0,000
Intervalo de confiança 95%	8,15/8,54	7,61/7,97		

*Covariada calculada para um valor médio da EADS Total = 13,93.

III.2.2.2 – Idade

A média total da GPS alcançada nos dois grupos indica que não existem diferenças estatisticamente significativas [F (0,120); p= 0,729] em função da idade do grupo estudado (Quadro 19), quando a depressão e a ansiedade são controladas na variável em estudo. Considerando os factores que constituem a GPS observa-se o mesmo que em relação à escala total, com excepção dos resultados apresentados pelo factor da GPS auto-depreciação, onde não se assume a homogeneidade das variâncias (p<0,05), pelo que não é possível continuar com a análise da variância.

**Quadro 19 - Média da ideação paranóide (GPS Total e factores) em relação à idade
(n=1707)**

	Idade		F	p.
	14-16 (n=797)	17-18 (n=910)		
GPS Total	49,01*	49,19*	0,120	0,729
Intervalo de confiança 95%	48,25/49,76	48,48/49,90		
GPS ideias de perseguição	21,46*	21,87*	2,573	0,109
Intervalo de confiança 95%	21,09/21,83	21,53/22,22		
GPS sentimentos desconfiança	19,49*	19,27*	0,799	0,372
Intervalo de confiança 95%	19,14/19,84	18,95/19,60		
GPS auto-depreciação	___**	___**	___**	___**
Intervalo de confiança 95%				

*Covariada calculada para um valor médio da EADS Total = 13,93.

** Teste de homogeneidade de variâncias de Levene > 0,05 – não se pode prosseguir com teste

III.2.2.3 – Reprovações Académicas

A média total da GPS obtida nos dois grupos evidencia que não existem diferenças estatisticamente significativas [F (0,311); p= 0,577] na ideação paranóide em função das reprovações académicas do grupo estudado (Quadro 20), quando a depressão e a ansiedade são controladas. Analisando os factores constituintes da GPS constata-se que os resultados médios destes também não apresentam diferenças estatisticamente significativas, quando se controla a depressão e a ansiedade nos factor em análise.

Quadro 20 - Média da ideação paranóide (GPS Total) em relação às reprovações académicas (n=1694)

	Reprovações		F	p.
	Sim (672)	Não (1022)		
GPS Total	49,26*	48,96*	0,311	0,577
Intervalo de confiança 95%	48,44/50,08	48,29/49,63		
GPS ideias de perseguição	21,75*	21,63*	0,223	0,637
Intervalo de confiança 95%	21,35/22,15	21,30/21,95		
GPS sentimentos desconfiança	19,33*	19,40*	0,067	0,796
Intervalo de confiança 95%	18,95/19,71	19,09/19,70		
GPS auto-depreciação	8,18*	7,94*	2,989	0,084
Intervalo de confiança 95%	7,97/8,39	7,77/8,11		

*Covariada calculada para a média da escala da EADS Total = 13,91.

III.2.2.4 - Tipo de ensino

A média total da GPS obtida nos dois grupos mostra que não existem diferenças estatisticamente significativas [F (0,290); p= 0,590] na ideação paranóide em função do do tipo de ensino do grupo estudado (Quadro 21), quando se controla a depressão e a ansiedade na ideação paranóide. Os mesmos resultados foram alcançados para os factores constituintes da GPS (p> 0,05).

Quadro 21 - Média da ideação paranóide (GPS Total) em relação ao tipo de ensino (n=1707)

	Tipo de ensino		F	p.
	OP/PROFIJ (n=178)	Secundário (1529)		
GPS Total	48,69*	49,15*	0,290	0,590
Intervalo de confiança 95%	47,09/50,29	48,61/49,70		
GPS ideias de perseguição	21,09*	21,75*	2,511	0,113
Intervalo de confiança 95%	20,31/21,86	21,49/22,02		
GPS sentimentos desconfiança	19,23*	19,39*	0,177	0,674
Intervalo de confiança 95%	18,49/19,96	19,14/19,64		
GPS auto depreciação	8,38*	8,01*	2,694	0,101
Intervalo de confiança 95%	7,96/8,79	7,87/49/79		

*Covariada calculada para a média da escala da EADS Total = 13,93.

III.2.2.5 - Nível socioeconómico

O nível socioeconómico mostra-se uma variável que se correlaciona de forma estatisticamente significativa ($p < 0,05$) com a ideação paranóide (GPS total) ($r = -0,049$), embora a intensidade desta correlação seja muito fraca e varie em sentidos opostos. Ou seja, quanto mais baixa o nível socioeconómico, mais aumenta a frequência de pensamentos paranóides. O mesmo é possível de observar em relação ao factor ideias de perseguição, cuja associação é negativa e muito fraca. Este resultado permite concluir que os adolescentes que manifestam mais ideias de perseguição, em relação aos outros, são os de contextos socio económicos mais baixos (Quadro 22).

Quadro 22 - Correlação entre a ideação paranóide e o nível socioeconómico

Nível socioeconómico		
	r.	p.
GPS Total	- 0,049	0,00
GPS Perseguição	- 0,068	0,00
GPS Desconfiança	- 0,034	0,16
GPS Auto Depreciação	- 0,019	0,44

III.2.3 -Correlação entre a ideação paranóide, as variáveis de *ranking* e os estilos parentais

A literatura refere que as variáveis de *ranking*, segundo o modelo evolucionista, e os estilos parentais, são fundamentais no estudo da paranóia junto da população não clínica (Fenigstein & Vanable, 1992; Gilbert, 1989, 1998; Freeman et al., 2005).

De forma a analisar a possibilidade de associação entre as diferentes variáveis estudadas na relação com a população adolescente, recorreremos ao teste de *Spearman*. Não foi possível proceder à análise através do teste correlação de *Pearson*, porque as variáveis não apresentavam, entre si, uma distribuição normal (regra necessária para se realizar este tipo de teste).

É possível observar que a ideação paranóide, medida através da GPS Total, apresenta uma correlação estatisticamente significativa com os comportamentos de submissão, de comparação social, vergonha externa, recordação dos estilos parentais, de antipatia e negligência e estados depressivos. O mesmo também é visível quando se avalia em termos dos factores da escala da GPS, embora com algumas alterações estatisticamente significativas (Quadro 23).

Verifica-se uma associação positiva fraca, mas estatisticamente significativa ($p=0,00$) entre a ideação paranóide total (GPS) e os comportamentos de submissão (ASBS) ($r=0,38$). O mesmo também se verifica para os factores da paranóia, ou seja, para as ideias de perseguição ($r=0,27$), sentimentos de desconfiança ($r=0,38$) e percepção de auto depreciação ($r=0,33$). Apesar de serem relações fracas, os sentimentos de desconfiança são os que revelam uma relação mais significativa.

Na relação entre a ideação paranóide total (GPS) e a comparação social (ASCS), observa-se uma associação negativa fraca ($r= - 0,23$), estatisticamente significativa ($p=0,00$). Ou seja, quanto mais negativa é a comparação social do indivíduo em relação aos outros, maior é a frequência de pensamentos paranóides. No respeitante aos factores da GPS os sentimentos de desconfiança são os que mais relação têm com a comparação social ($r= - 0,27$), seguidos da percepção de auto depreciação ($r= - 0,33$).

No caso da relação entre a ideação paranóide e a vergonha externa observa-se uma associação positiva moderada ($r=0,63$), estatisticamente significativa ($p=0,00$), verificando-se o mesmo no caso dos seus diferentes factores (OAS Inferioridade: $r=0,59$; OAS Vazio: $r=0,56$ e OAS Reacção outros: $r=0,60$). Nos factores da GPS denota-se maior relação dos sentimentos de desconfiança com a percepção de inferioridade, de vazio e receio da reacção dos outros em relação aos próprios. Estes resultados permitem constatar que a ideação paranóide, principalmente no referente aos sentimentos de desconfiança, é mais elevada quanto mais envergonhados são os adolescentes, em todas as suas dimensões. A variável da vergonha é a que apresenta, comparativamente às restantes variáveis estudadas, um valor mais elevado. Ou seja, quanto mais envergonhado for um indivíduo, maior é a hipótese de desenvolver pensamentos paranóides, atendendo a forma como os adolescentes se percebem em relação aos outros.

Em relação aos estilos parentais, constata-se uma associação positiva fraca entre a ideação paranóide e as recordações de antipatia por parte do pai ($r=0,30$) e mãe ($r=0,30$), ambas estatisticamente significativas ($p=0,00$). Em relação às recordações de negligência materna ($r= - 0,16$) e paterna ($r= -0,19$) observa-se uma associação negativa fraca, estatisticamente significativa ($p=0,00$), variando estas em sentido oposto. A respeito do factor da antipatia denota-se que quando relacionado com os factores da GPS, é o factor da percepção de auto depreciação que representa maior correlação, principalmente no caso da antipatia mãe ($r=0,46$), embora no caso do pai, os valores

também subam significativamente ($r= 0,40$), onde a relação entre as variáveis passa de fraca a moderada, com significância estatística ($p=0,00$). Estes resultados demonstram que as recordações de comportamentos de *antipatia* quer por parte da mãe quer por parte do pai, na relação com a GPS total, e mais especificamente no caso da mãe na relação com a *auto depreciação* dos adolescentes, pode dever-se à presença de estilos educativos baseados pela crítica e antipatia parental, levando ao desenvolvimento de maiores sentimentos de insegurança e como defesa à ameaça percebida neste âmbito, ao desenvolvimento de pensamentos paranóides.

Por fim, no respeitante à Escala de Ansiedade, Depressão e Stress verifica-se uma correlação positiva moderada com a ideação paranóide ($r=0,50$), estatisticamente significativa ($p=0,00$). No caso do factor da depressão ($r=0,50$), stress ($r=0,44$) e ansiedade ($r=0,47$) o mesmo também é possível de verificar, ambas com significância estatística ($p=0,00$). Se analisarmos a relação da EADS (total e factores) em relação aos factores da GPS nota-se que a variável que mede o stress aumenta quando correlacionada com os sentimentos de desconfiança ($r=0,45$). Ou seja, os adolescentes, face aos sentimentos de desconfiança que apresentam sentem igualmente mais stress nas relações com os outros.

Resumo

Atendendo que a depressão e a ansiedade são indicadas na literatura como variáveis interferentes na ideação paranóide procedeu-se ao controlo desta variável aquando da caracterização da ideação paranóide em função das variáveis sócio-demográficas. Neste sentido, verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes grupos estudados para o valor da ideação paranóide, quando se controlam a depressão e a ansiedade na ideação paranóide. No entanto, observa-se no caso da variável género a existência de diferenças estatisticamente significativas com o factor da GPS auto-depreciação ($p=0,000$), o que significa que a ideação paranóide do tipo auto-depreciativo, percebida pelos adolescentes, é mais frequente nos adolescentes do sexo masculino.

Na análise das correlações existentes entre a variável dependente do presente estudo (ideação paranóide) e as variáveis que poderão influenciar o seu desenvolvimento observa-se, através dos resultados obtidos no Quadro 36 que a vergonha externa, os comportamentos de submissão social, os comportamentos de

antipatia e crítica paterna e os estados de depressão e ansiedade são as variáveis que apresentam maior correlação, entre fraca a moderada, com o desenvolvimento de pensamentos paranóides, com significância estatisticamente significativa ($p=0,000$), quer para a GPS total, quer para os seus factores.

Quadro 23 - Correlações entre a ideação paranoide (GPS) e as variáveis de estudo

		OAS					CECA-Q					EADS-21			
		SBS	ACSC	Total	Inferioridade	Vazio	Reacção Outros	Antipatia Mãe	Antipatia Pai	Negligencia Mãe	Negligencia Pai	Total	Depressão	Ansiedade	Stress
GPS Total	R	,376**	-,230**	,632**	,589**	,559**	,596**	,302**	,298**	-,162**	-,186**	,500**	,498**	,436**	,443**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1695	1728	1705	1705	1705	1705	1728	1722	1728	1722	1707	1707	1707	1707
GPS Perseguição	R	,270**	-,104**	,453**	,402**	,401**	,443**	,181**	,199**	-,076**	-,113**	,378**	,355**	,340**	,345**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1695	1728	1705	1705	1705	1705	1728	1722	1728	1722	1707	1707	1707	1707
GPS Desconfiança	R	,377**	-,268**	,645**	,609**	,573**	,603**	,235**	,240**	-,124**	-,170**	,497**	,486**	,428**	,445**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1695	1728	1705	1705	1705	1705	1728	1722	1728	1722	1707	1707	1707	1707
GPS Auto Depreciação	R	,328**	-,252**	,526**	,517**	,470**	,476**	,462**	,403**	-,290**	-,242**	,420**	,466**	,355**	,345**
	P	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1695	1728	1705	1705	1705	1705	1728	1722	1728	1722	1707	1707	1707	1707

** Correlação significativa ao nível 0.01

III.2.4 - Análise de Regressão Linear Múltipla com a paranóia geral (GPS) como variável dependente e as variáveis de *ranking* e familiares, como independentes

O facto de se terem observado correlações altas entre a escala da paranóia e a da vergonha, submissão social, comparação social e recordações de experiências de antipatia e negligência paterna, levou-nos a explorar a contribuição relativa destas variáveis na ocorrência da paranóia (medida pela GPS).

Para o efeito, realizamos uma análise de regressão por cinco blocos, onde, como se pode observar no Quadro 24, a variável da paranóia entrou como variável dependente e as restantes, acima referidas, como independentes. Assim, entraram, num primeiro bloco, com as variáveis relativas às experiências de antipatia e negligência por parte dos pais, num segundo bloco consideramos a medida de comparação social, num terceiro bloco os comportamentos de submissão, num quarto a variável que mede a depressão, ansiedade e stress e, por último, num quinto bloco a vergonha externa. O critério de selecção para a sequência dos blocos preditores foi a ocorrência temporal distal, atendendo à ordenação cronológica, critério normalmente utilizado neste tipo de análise (Pedhzur, 1997, cit. in Barreto Carvalho, 2009).

Quadro 24 - Coeficientes de regressão para a ideação paranóide medida pela GPS total

Modelo	Coefficientes não estandardizados B	Coefficientes estandardizados Beta	t	p.
(Constant)	38,796		13,481	,000
1 CECA Antipatia Mãe	,518	,210	7,826	,000
1 CECA Antipatia Pai	,416	,209	8,132	,000
1 CECA Negligência Mãe	-,047	-,014	-,532	,595
1 CECA Negligência Pai	-,175	-,083	-3,353	,001
(Constant)	51,268		16,372	,000
2 CECA Antipatia Mãe	,475	,193	7,334	,000
2 CECA Antipatia Pai	,385	,194	7,690	,000
2 CECA Negligência Mãe	,011	,003	,123	,902
2 CECA Negligência Pai	-,144	-,068	-2,826	,005
2 ACSC Total	-,228	-,204	-9,031	,000
(Constant)	32,045		9,479	,000
3 CECA Antipatia Mãe	,429	,174	6,891	,000
3 CECA Antipatia Pai	,333	,168	6,934	,000
3 CECA Negligência Mãe	-,016	-,005	-,197	,844
3 CECA Negligência Pai	-,127	-,060	-2,595	,010
3 ACSC Total	-,121	-,108	-4,707	,000
3 ASBS Total	,511	,282	12,308	,000
(Constant)	30,344		9,774	,000
4 CECA Antipatia Mãe	,316	,128	5,521	,000
4 CECA Antipatia Pai	,231	,116	5,208	,000
4 CECA Negligência Mãe	,007	,002	,097	,923
4 CECA Negligência Pai	-,074	-,035	-1,650	,099
4 ACSC Total	-,070	-,062	-2,908	,004
4 ASBS Total	,346	,191	8,841	,000
4 EADS Depressão	,672	,260	7,117	,000
4 EADS Ansiedade	,140	,047	1,309	,191
4 EADS Stress	,281	,106	2,844	,005
(Constant)	22,183		7,742	,000
5 CECA Antipatia Mãe	,198	,080	3,769	,000
5 CECA Antipatia Pai	,212	,107	5,237	,000
5 CECA Negligência Mãe	,053	,016	,766	,444
5 CECA Negligência Pai	-,074	-,035	-1,806	,071
5 ACSC Total	,037	,033	1,650	,099
5 ASBS Total	,237	,131	6,567	,000
5 EADS Depressão	,251	,097	2,820	,005
5 EADS Ansiedade	,183	,061	1,878	,061
5 EADS Stress	,085	,032	,938	,348
5 OAS Total	,403	,448	18,351	,000

Em relação aos coeficientes de regressão estandardizados (valores Beta), no primeiro bloco, verifica-se que o factor antipatia mãe e pai se apresentam como preditores da paranóia, apresentando ambos valores semelhantes ($\beta=0,210$ e $\beta=0,209$; $p=0,000$, respectivamente). Este resultado permite confirmar que o aumento dos comportamentos de antipatia, rejeição por parte de mãe e pai pode levar ao desenvolvimento de pensamentos paranóides na adolescência. No segundo bloco, quando se adiciona a variável da comparação social, os comportamentos de antipatia de mãe e pai diminuem a sua força preditiva, embora mantenham valores explicativos da ideação paranóide. No entanto, neste bloco, é a comparação social que se revela como explicativa do desenvolvimento de pensamentos paranóides ($\beta= - 0,204$; $p=0,000$), reforçando que quantas mais comparações sociais negativas são feitas, maior é a ideação paranóide. No terceiro bloco, ao adicionarmos a variável da submissão social, a comparação social diminui o seu valor preditivo ($\beta=0,108$; $p=0,000$), sendo que os comportamentos de submissão social apresentam o valor preditivo mais elevado ($\beta=0,282$; $p=0,000$), explicando em 28% a ideação paranóide. Ainda neste bloco, o factor antipatia mãe, embora com valor mais baixo, continua a mostrar-se como explicativa da ideação paranóide ($\beta=0,174$; $p=0,000$). No quarto bloco, quando se adiciona a variável que mede a depressão, ansiedade e stress, o factor da depressão assume-se como valor preditivo da ideação paranóide ($\beta=0,260$; $p=0,000$), seguido da submissão social, que embora tenha diminuído, se mantém como valor explicativo ($\beta=0,191$; $p=0,000$). No último bloco, com a adição da variável da vergonha, esta assume-se claramente como preditiva do desenvolvimento de pensamentos paranóides, com o valor Beta mais elevado da análise da regressão múltipla ($\beta=0,448$; $p=0,000$). Os comportamentos de submissão social mantêm o seu valor explicativo ($\beta=0,131$; $p=0,000$), enquanto que a depressão deixa de ter representatividade. Neste bloco, verifica-se, ainda, que os comportamentos de antipatia pai ($\beta=0,107$; $p=0,000$) continuam a ter importância na explicação preditiva da ideação paranóide.

Os resultados apresentados (Quadro 24) permitem concluir que os comportamentos de antipatia e crítica, principalmente por parte do pai, e os sentimentos de vergonha externa percebidos pelos adolescentes, explicam o desenvolvimento de pensamentos paranóides na adolescência, explicando 11% e 45% do total da variância destes pensamentos.

Capítulo IV

Discussão geral

IV.1 – Discussão dos resultados

Os resultados apresentados no presente estudo permitem confirmar que a ideação paranóide, tal como sustentado por diversos autores, destacando Fenigstein e Vanable (1992), Freeman e colaboradores (2005) e Barreto Carvalho (2009), é um fenómeno de natureza social, atendendo à sua origem - percepção do indivíduo das relações que estabelece no seu contexto ambiental. Ou seja, trata-se de um fenómeno, alargado à população normal, contrariamente ao que se pensava anteriormente. A questão da continuidade dos pensamentos paranóides é observada e sustentada pelo facto de todos os itens da GPS, constituídos por exemplos de pensamentos paranóides, terem sido endossados pelos adolescentes.

No estudo original de Fenigstein e Vanable (1992), autores que desenvolveram a escala para a população geral, a média apresentada pela amostra (n=581) foi de 42,7 (*alpha* de 0,84) e mais tarde, num estudo levado a cabo por Ellett, Lopes e Chadwick, em 2003, a um grupo de 324 estudantes universitários com idades entre os 18 e 49 anos, a média apresentada pela mesma escala foi de 39,5 (DP 10,8). Recentemente, foram desenvolvidos dois estudos portugueses sobre a ideação paranóide, um de Barreto Carvalho, em 2009, realizado junto da população geral e da população clínica, onde a média da GPS para a população geral foi de 43,42, e outro de Lopes, em 2010, igualmente realizado na população geral, onde a média da GPS apresentada foi de 44,14. No presente estudo, com um grupo de adolescentes estudantes (n=1730) verifica-se que os resultados médios obtidos, para a GPS total, são mais elevados, de 49,14, resultado que poderá estar correlacionado com outros factores, nomeadamente as variáveis sociais, emocionais e familiares.

No presente estudo observa-se que os pensamentos paranóides referidos em outros estudos como sendo mais característicos da população em geral (itens 8, 12, 16, e.g., estudo de Barreto Carvalho, 2009) são os que se mostram mais frequentes na nossa amostra, verificando-se menos frequentes os de cariz mais clínico (itens 13 e 2, e.g., estudo de Barreto Carvalho, 2009), o que está de acordo com o observado por outros estudos realizados com a população normal adulta (e.g., estudo de Barreto Carvalho, 2009, onde os pensamentos paranóides mais frequentes na população adulta geral são semelhantes aos observados na população normal adolescente).

Saliente-se que o presente estudo tem a novidade de analisar a ideação paranóide nos seus factores constituintes e que o facto de os pensamentos mais frequentes são

relativos ao factor ideias de perseguição, parece reforçar a função de defesa social da paranóia, ou seja, o facto de, tal como defendido pelo modelo evolucionário, esta ser uma estratégia de defesa (Gilbert, 1989, 1998). Observa-se, ainda, que os adolescentes referem ter mais pensamentos paranóides em situações de injustiça, o que confirma, uma vez mais, a função de defesa da paranóia na população não clínica, aquando da percepção de situações que ameaçam o *self*.

Um dos objectivos do presente estudo consiste em analisar a ideação paranóide junto de uma população adolescente, verificando que variáveis interferem no desenvolvimento deste tipo de pensamentos, nomeadamente a influência dos comportamentos parentais desadequados e maior vulnerabilidade em termos de *rank* social (vergonha, comportamentos de submissão, maiores comparações sociais negativas).

Os resultados sugerem que os adolescentes com maiores sentimentos de vergonha externa, mais comportamentos de submissão e com comportamentos parentais de antipatia e crítica, são os que apresentam mais pensamentos paranóides. No respeitante à correlação entre a ideação paranóide e os comportamentos de submissão social os resultados observados podem dever-se ao facto dos adolescentes serem mais submissos nas relações que estabelecem, onde, ao invés de exprimirem o que sentem, ficam a ruminar sobre estes, desenvolvendo como defesa pensamentos paranóides, principalmente relativos a sentimentos de desconfiança em relação aos outros. Em relação à comparação social os resultados evidenciam que os adolescentes que mais comparações sociais negativas fazem são também os que mais sentimentos de desconfiança apresentam e mais percepções negativas têm sobre si próprio. A variável da vergonha é a que apresenta uma maior correlação estatisticamente significativa com a ideação paranóide. Quanto mais envergonhado é um indivíduo, maior poderá ser a hipótese de desenvolver pensamentos paranóides.

Desta forma, e no sentido de melhor analisar a relação da ideação paranóide com as variáveis referenciadas, procedeu-se à análise da regressão linear múltipla que mostrou que a vergonha externa (OAS) é a que apresenta maior valor preditivo no desenvolvimento de pensamentos paranóides, seguindo-se os comportamentos de submissão social (ASBS) e os comportamentos de antipatia por parte pai (CECA-Q Antipatia Pai). Denota-se, então, que a vergonha externa, enquanto traço individual da personalidade, consiste numa característica chave dos indivíduos com pensamentos paranóides (Gilbert, et al., 2005). Os comportamentos de submissão social, de maior

vulnerabilidade, podem estar relacionados com a vergonha externa, com a preocupação com a percepção dos outros sobre os próprios, levando ao desenvolvimento de pensamentos paranóides. Esta relação, tal como acima referido, pode dever-se ao facto dos adolescentes desenvolverem mais pensamentos paranóides face aos comportamentos de submissão que manifestam perante as situações, atendendo à sua timidez, ao invés de expressarem os seus sentimentos e confrontarem os outros, ficando a ruminar sobre o que sentem (Freeman, et al., 2005). Esta atitude não lhes permite confirmar a desadequação dos pensamentos paranóides, levando à sua manutenção e aumento da probabilidade de os utilizar na interpretação de situações futuras. Por outro lado, os ambientes familiares inseguros podem levar a que os adolescentes tenham maior dificuldade em confiar nas pessoas, acreditando que as relações de afecto são pouco prováveis, devido a sua experiência familiar negativa. (Gilbert, et al., 2005). Estes sentimentos, percepções, podem igualmente levar os indivíduos a situações de isolamento social, de menor sentimento de pertença no seu contexto social, na relação com os outros, reforçando a importância de uma intervenção comunitária, com atenção a estes aspectos. Estes dados são também consistente com outras pesquisas onde é defendido que o evitamento e o medo da avaliação negativa estão entre os melhores preditores de ideação paranóide (Martin & Penn, 2001; Freeman, et al., 2005).

Saliente-se que na análise dos resultados se denota que a ideação paranóide apresenta uma relação moderada, estatisticamente significativa com os estados depressivos, de ansiedade e de stress. A própria literatura, tal como referenciado ao longo do primeiro capítulo, defende a relação da depressão com a vergonha externa e a submissão social e a paranóia. No entanto, o foco principal do presente estudo consiste na caracterização da ideação paranóide junto de adolescentes não clínicos, de forma a confirmar o contínuo do fenómeno na população normal. Procedemos assim ao controlo da variável que mede a depressão, ansiedade e stress com a variável que mede a ideação paranóide, junto da população estudada. Os resultados mostram que, quando se controla estas variáveis, apenas verificam-se diferenças estatisticamente significativas em função do género, no factor da GPS auto-depreciação, onde o sexo masculino apresenta resultados médios mais altos, comparativamente ao sexo feminino. No caso das variáveis idade, reprovações e tipo de ensino não se observam diferenças estatísticas.

Atendendo o exposto, e no respeitante às hipóteses inicialmente formuladas, é agora possível concluir:

H1 - A ideação paranóide nos adolescentes apresenta características semelhantes à observada na população adulta:

Através da realização do presente estudo, realizado junto de uma população de adolescentes da ilha de São Miguel com 14 e 19 anos, comparando estes resultados com o estudo levado a cabo por Barreto Carvalho em 2010, junto de uma população de adultos, podemos concluir, uma vez mais, que a paranóia é um fenómeno social, presente na população em geral. A vergonha externa, medida através da OAS, é a variável que, quer no presente estudo ($r=0,632$; $n=1705$), quer no estudo de Barreto Carvalho ($r=0,714$; $n=187$), apresenta uma maior correlação com a ideação paranóide (GPS), seguida dos estilos parentais, onde, em ambos estudos, os resultados obtidos revelam que os comportamentos de antipatia paterna estão mais relacionados com o desenvolvimento de pensamentos paranóides do que os comportamentos de negligência dos progenitores. Através da análise da regressão múltipla das variáveis estudadas, observa-se que os comportamentos de vergonha externa são os que melhor explicam o desenvolvimento da ideação paranóide.

Ainda no respeitante à vergonha, no estudo de Barreto Carvalho (2009), verificou-se elevada correlação entre esta variável e a paranóia, no entanto, no estudo citado, esta vergonha podia estar relacionada com a questão do estigma da doença, uma vez que a amostra do estudo incluía indivíduos com esquizofrenia. Contudo, o presente estudo, com uma população de adolescentes, sem patologia, vem confirmar que os sentimentos de vergonha vão para além das questões do estigma da doença, pois mesmo sem patologia a variável da vergonha é a que apresenta, de entre todas as estudadas, um valor preditivo mais alto para a ocorrência da ideação paranóide.

Comparando os adolescentes com os adultos, conclui-se que os itens com maior frequência de resposta são em ambos os casos aqueles que se referem a ideias de perseguição, revelando maior percentagem de resposta em ambos os estudos, nomeadamente, os itens 8 (“A maioria das pessoas usará meios injustos para ganhar lucro ou ganhar vantagem sobre os outros, em vez de perderem”), 12 (“A maioria das pessoas faz amigos (as) porque estes (as) podem vir a ser úteis”), 16 (“Costumo estar de pé atrás quando as pessoas são mais simpáticas comigo do eu estava à espera”), 14 (“Tenho a certeza que falam de mim nas minhas costas”), 15 (“A maioria das pessoas no seu íntimo não gosta de oferecer ajuda às pessoas”). Do mesmo modo, em relação aos itens com menor frequência de resposta, verifica-se que os itens 2 (“Às vezes sinto

que estou a ser perseguido (a) ”), 3 (“Acredito que tenho sido muitas vezes castigado(a) sem haver razão para tal”) e 7 (“Tenho a certeza que a vida não me trás nada de bom”) são, em ambos os estudos, os mesmos endossados. Isto permite concluir que a ideação paranóide é um construto social, presente em todos os indivíduos. A diferença entre o verificado no presente estudo e os casos de patologia estará, provavelmente, relacionado com a convicção tida no pensamento paranóide, embora este aspecto não tenha sido avaliado no presente estudo. Mais uma vez, reforça-se a importância de uma intervenção preventiva, em contexto educativo e comunitário, com principal enfoque nas questões de educação parental e auto-estima, minimizando os sentimentos de submissão e vergonha, apresentados como preditivos da ideação paranóide.

Com a realização do presente estudo, é possível verificar que tanto nos adolescentes como nos adultos (estudo de Barreto Carvalho, 2009) quanto mais estes se subordinam, quanto mais percebem o pai como crítico e controlador e quanto mais negativamente se comparam com os outros, mais vergonha externa apresentam, levando ao desenvolvimento de pensamentos paranóides, enquanto defesa às ameaças percebidas. A vergonha externa pode ser, assim, vista como uma variável mediadora da influência do criticismo paterno e da submissão social no desenvolvimento da ideação paranóide.

H2 - Os estilos parentais influenciam a frequência de ideação paranóide nos adolescentes:

Os resultados encontrados, no presente estudo, permitem confirmar esta hipótese. De facto, os comportamentos de antipatia por parte da mãe e do pai podem ficar a dever-se à presença de estilos educativos baseados na crítica e antipatia, levando por conseguinte a maiores sentimentos de insegurança (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978, cit. in Barreto Carvalho, 2009). Atendendo a estes comportamentos, de antipatia e negligência, os adolescentes podem perceber os outros como menos disponíveis, considerando-se indesejáveis perante estes. Esta visão poderá levar o indivíduo a perceber as diferentes situações de interação social como potencialmente ameaçadoras, utilizando a paranóia enquanto estratégia de defesa (Trower & Chadwick, 1995).

Verifica-se, assim, que os pais são importantes fontes de apoio social durante a faixa etária dos adolescentes (Riggio, 2004) e a afectividade e aceitação destes tem sido

associada a diversos resultados positivos aquando da idade adulta, observando-se melhor ajustamento psicológico e menor solidão nestes indivíduos (Landman-Peters, et al., 2005; Levitt, Prata, & Santos, 2007; Wintre & Yaffe, 2000, cit. in Riggio & Kwong, 2011).

Lopes (2010), num estudo com recurso à medida da GPS na população não clínica, também conclui que a percepção de ambientes familiares desadequados, em que o indivíduo recorda ter uma posição de subordinado, conduz a comportamentos de submissão perante os pais, influenciando o aparecimento da ideação paranóide na fase adulta.

H3 - O *ranking* social que os adolescentes percebem tem influência na frequência da sua ideação paranóide:

O presente estudo confirma que os comportamentos de submissão social, de maior vulnerabilidade, estão relacionados com o desenvolvimento de pensamentos paranóides. Esta relação pode dever-se ao facto dos adolescentes, como defendido por Freeman e colaboradores (2005), desenvolverem mais pensamentos paranóides devido aos seus comportamentos de submissão perante as diferentes situações de vida, uma vez que, ao invés de expressarem os seus sentimentos e confrontarem os outros, ficam a ruminar sobre o que sentem. Freeman e colaboradores (2005) num estudo sobre a estrutura da paranóia numa população não clínica verificaram que os participantes com sentimentos de inferiorização e de menor competência em relação aos outros manifestavam níveis mais elevados de desconfiança.

Também os comportamentos de comparação social mais negativa, por parte dos adolescentes, apresentam, no nosso estudo, relação com o desenvolvimento de pensamentos paranóides. Estes resultados podem confirmar que, tal como defendido por Allan e Gilbert (1995), quanto mais negativa for a comparação social do indivíduo em relação aos outros, maior é a frequência de pensamentos paranóides.

Por último, a vergonha externa, no presente estudo, é a variável que apresenta uma relação mais elevada explicando 49% da variância da ideação paranóide, comparativamente às restantes estudadas. Isto parece mostrar que o ser mais envergonhado se apresenta como um factor de risco para o desenvolvimento de pensamentos paranóides. Neste sentido, Gilbert (1998) defende que os sentimentos de vergonha externa podem ser marcados pela presença de pensamentos e sensações acerca

da forma como os indivíduos se percebem, ou seja, menos atraentes e mais vulneráveis. Esta percepção de vulnerabilidade conduz a que pensem que os outros também os vejam desta forma. Isto leva a que os indivíduos, face à ameaça percebida, activem as suas defesas sociais, através da vergonha e pensamentos paranóides. Também Freeman e colaboradores (1998) defendem que a paranóia tem maior probabilidade de acontecer se os indivíduos já acreditarem que são mais vulneráveis. A vergonha está ainda associada com a percepção que os indivíduos possuem de comparação social desfavorável (Gilbert, Allan & Goss, 1996; Goss, Gilbert & Allan, 1994, cit. in Gilbert & Miles, 2000). Saliente-se, no entanto, que a tendência para sentir vergonha consiste numa capacidade inata, uma forma de adaptação (Gilbert & McGuire, 1998, cit. in Gilbert & Gerlsma, 1999). A diferença existe quando esta vergonha é excessiva, podendo resultar em representações negativas do *self*, resultante de experiências anteriores de sentir-se envergonhado (Nathanson, 1994).

Do mesmo modo, Lopes (2010) num estudo com estudantes portugueses (16 a 29 anos) verificou, também, que a vergonha externa consiste no preditor mais significativo de variância da paranóia geral. Isto significa que a vergonha externa, enquanto traço da personalidade, é uma característica chave para o desenvolvimento de pensamentos paranóides (Goss, et al., 1994, cit. in Lopes, 2010).

Vários estudos referem a associação entre os comportamentos de submissão e a ideação paranóide (e.g., Gilbert, et al., 2005). Estes comportamentos, provenientes de uma avaliação negativa da posição social por parte do indivíduo, comparando-se como socialmente inferior, têm relação com maiores sentimentos de vergonha (Gilbert & Allan, 1998). Neste sentido, podemos afirmar que os indivíduos, quando se sentem ameaçados no seu contexto ambiental, se defendem através de comportamentos de maior submissão e vergonha, desenvolvendo pensamentos paranóides (Allan & Gilbert, 1997)

H4 - O contexto social onde se inserem os adolescentes exerce influência na ideação paranóide:

Resultados aqui encontrados mostram que os adolescentes filhos de pais de um nível socioeconómico baixo apresentam resultados médios de ideação paranóide mais elevados, enquanto que os oriundos de famílias com um nível socioeconómico elevado apresentam níveis mais baixos desta ideação.

Este resultado vem ao encontro do defendido por alguns autores que referem que o comportamento de submissão tem uma maior prevalência junto de estudantes naturais de famílias de níveis socio económicos mais baixos, com crença acentuada na religião, onde os filhos não receberem o apoio suficiente dos pais, onde existem episódios de discussões frequentes e onde os progenitores apresentam baixas qualificações académicas (Yıldırım, 2004, cit. in Akin, 2009). A investigação (Buss, 1981, 1990; Buss & Craik, 1980, 1981; McCreay & Rhodes, 2001; Wall & Holden, 1994, cit. in Akin, 2009) tem demonstrado que, no geral, as mulheres tendem a agir de forma mais submissa do que os homens. Deluty (1981, cit. in Akin, 2009) referiu que as meninas podem ter necessidade de adoptar comportamentos de submissão, sem lutarem pelos seus próprios sentimentos, crenças e atitudes, para se sentirem escolhidas e aceites pelos outros.

Beck, Freeman, e Associates (1990) defendem que a ideação paranóide, em contexto social, poderá ser definida por níveis de baixa auto confiança, maiores sentimentos de vergonha, sobre o que os outros pensam sobre si, de maior submissão, e percepção de vulnerabilidade à malevolência dos outros contra os próprios, com maior propensão em utilizar a agressão como uma forma de defesa pessoal às ameaças.

A vontade de pertencer, ser como os outros, pode ter um efeito bastante forte no comportamento e valores sociais (Argyle, 1991; Wolfe, Lennox & Cutler, 1986, cit. in Alan & Gilbert, 1995). A presença de sentimentos de stress nas situações de comparação social negativa pode levar a uma perda de sentimentos de familiaridade associada ao medo de rejeição, marginalização, tornando-se o indivíduo num estranho e percebendo-se com perda de suporte social.

Em situações de rejeição, os indivíduos manifestam maior vulnerabilidade e transtorno, em virtude de, e de acordo com a teoria da evolução, se adaptarem e moldarem as suas necessidades ao contexto onde estão inseridos, procurando a satisfação nas relações com os outros. Face ao exposto, é normal que se sintam diferentes dos outros, não se conformando com a rejeição pelo grupo social, com desenvolvimento de sentimentos e ideações paranóides, ou seja, começam a acreditar que os outros, que os rejeitaram, os estejam a ofender, não os aceitando de forma intencional e propositada (Kramer, 1998, cit. in Lopes, 2010).

Irons e Gilbert (2005) defendem, assim, que as crianças, em ambientes de insegurança, são mais propensas a desenvolver uma orientação defensiva, focalizando-se no poder dos outros para magoar, envergonhar ou rejeitar, ficando mais atentas às

questões de pertença e de posição social. Isto leva a que estas se envolvam mais na dinâmica competitiva, ou seja, na necessidade de competir para alcançar o seu lugar, apresentando preocupações de superioridade/ inferioridade e rejeição e ficando facilmente dispostas a comportamentos defensivos de submissão, apaziguamento, fuga e controle agressivo. O oposto verifica-se em ambientes de segurança onde existe uma menor activação emocional e menos comportamentos defensivos, com uma maior probabilidade de os adolescentes se envolverem em papéis sociais de afiliação social e cooperação.

No respeitante à ideação paranóide, a investigação de Freeman e colaboradores (2005) verificou que as pessoas com sentimentos de inferiorização e de menor competência em relação aos outros manifestavam níveis mais elevados de desconfiança. Os autores sugerem que a falta de auto-confiança pode levar a sentimentos de maior vulnerabilidade a ataques, contribuindo para a ocorrência de ideações paranóides. Este facto é consistente com evidências experimentais de que a sensibilidade interpessoal pode levar à ideação persecutória (Freeman, et al., 2003, cit. in Freeman, et al., 2005), sugerindo que a ideação paranóide consiste num fenómeno complexo, com grande probabilidade de ocorrência quando atendemos a factores de índole social, cognitivos e biológicos.

Conclusão

O presente estudo visa, à semelhança de outros estudos desenvolvidos com recurso à medida da GPS, confirmar que a paranóia é um *contruto* comum, que faz parte dos pensamentos, do dia-a-dia, funcionando como um mecanismo de defesa às ameaças sociais. É neste sentido que Dixon (1998), com base no modelo evolucionista, faz referência à necessidade que os seres humanos têm em perceberem a sua posição social em termos de hierarquia, agindo nas situações de acordo com a percepção que têm e procurando defender-se das ameaças que percebem.

A investigação no âmbito do *ranking* tem sustentado que os seres humanos, bem como outras espécies, adquiriram, através de pressões de selecção evolutiva, estratégias comportamentais inatas para a defesa dos recursos que consideram relevantes (Fournier, Moskowitz, & Zuroff, 2002). Ou seja, face às situações com as quais se deparam recorrem às estratégias que lhes permite sair com sucesso, seja através do ataque ou simplesmente de afastamento da situação. No presente caso, verificamos que a paranóia, bem como os comportamentos de submissão e de vergonha externa, desempenham um papel de defesa do indivíduo face às ameaças de crítica e rejeição que percebe, oriundas das avaliações que faz das relações que estabelece com os outros.

Na população geral, verifica-se que quanto mais um indivíduo manifesta comportamentos de submissão, quanto mais percebe os pais como críticos e quanto mais negativamente se compara com os outros, mais vergonha externa apresenta, e por conseguinte, mais pensamentos paranóides tem.

Em suma, a percepção do *ranking* social, ou seja, a forma como avaliamos, e interpretamos a nossa posição social, desempenha um papel importante na determinação da forma como interagimos, e como lidamos com as situações. Esta percepção que o indivíduo tem em relação a si e aos outros é essencial no estabelecimento das suas relações interpessoais.

É assumido por vários autores (Gilbert, 1989, 1998; Fenigstein & Vanable, 1992; Freeman, et al., 2005; Barreto Carvalho, 2009; Lopes, 2010, entre outros) que a paranóia é um fenómeno social, uma vez que tem origem na percepção que os indivíduos têm das relações que estabelecem com os outros.

Conclui-se, por último, que as variáveis analisadas no presente estudo (de submissão social, comparação social, vergonha externa e estilos educativos parentais)

confirmam a ideia de que a paranóia é um fenómeno cognitivo comum no quotidiano das pessoas, diferenciando-se do contexto clínico de acordo com a sua intensidade, convicção e transtorno induzido pelos pensamentos (Barreto Carvalho, 2009).

Limitações

O presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas. Em primeiro lugar temos a referir a extensão da bateria de testes, levando a que se tornasse morosa a sua aplicação, podendo por em risco a credibilidade dos resultados. Para minimizar este efeito, garantiu-se a presença, no acto da aplicação dos testes, de um grupo de pelo menos duas pessoas, que observou os comportamentos dos alunos no preenchimento dos inquéritos e esclareceu possíveis dúvidas.

Especificamente no caso da aplicação das turmas do programa Oportunidades, verificou-se que estas eram turmas com muitas dificuldades na leitura e escrita, tornando ainda mais moroso o preenchimento dos inquéritos. Para corrigir estas dificuldades, os técnicos acompanharam sempre de perto o preenchimento, ajudando, inclusive na leitura e interpretação das perguntas. O apoio dos professores também se verificou importante, face à disponibilidade e ajuda prestada.

Outro aspecto a considerar como limitação consiste no facto de se terem utilizado testes de auto-resposta, em vez de entrevistas, para a recolha da informação estudada, o que levou a que determinados pormenores, relacionados com as questões das variáveis de *ranking* social, na sua relação com a ideação paranóide não fossem possíveis de analisar. Para além deste aspecto, os testes de auto-resposta também não permitem ter em consideração o estado de espírito do adolescente no dia da aplicação do teste.

O estudo apresenta uma correlação moderada com a variável da vergonha, verificando-se a necessidade de se investigar mais esta relação.

Por último, apresentamos como limitação a avaliação do factor da negligência parental, pela CECA-Q. Segundo o nosso entender, a negligência, tal como é apresentada pelos itens da escala, pode não ser interpretada da mesma forma por adolescentes e adultos. De facto, os adolescentes podem considerar certos comportamentos parentais tidos como negligentes como positivos, levando ao enviesamento das respostas, tornado-as de certa forma ambíguas, de difícil interpretação.

Implicações futuras

O presente estudo é importante no sentido em que contribui para desmistificar o fenómeno da paranóia, confirmando que o mesmo se afigura como um *contruto* cognitivo comum a todos os indivíduos, nas relações que estabelecem no seu contexto ambiental.

Constatou-se a influência das variáveis sociais, emocionais e familiares no desenvolvimento dos pensamentos paranóides. Ou seja, os indivíduos, por apresentarem maiores comportamentos de submissão, timidez e vulnerabilidade, ao invés de exprimirem aquilo que sentem, confrontando os outros, adoptam, pelo contrário, uma postura passiva, ficando a ruminar sobre as situações, com o desenvolvimento e manutenção de pensamentos paranóides. Isto permite verificar a necessidade de ser realizado um trabalho preventivo, nas escolas e comunidades, com crianças e jovens, onde se tenha em atenção as questões do bem-estar individual e do papel do indivíduo, enquanto membro de um grupo, de uma sociedade, permitindo que se sinta integrado na sua comunidade, como parte integrante e significativa da sua sociedade e rede de relações sociais, de suporte mútuo, em que pode confiar e depender. Isto está directamente relacionado com a ideação paranóide, que coloca em causa esta relação, levando, por conseguinte, a possíveis situações de isolamento social. Este sentimento de comunidade permite a diminuição e prevenção de situações de isolamento e solidão. Os laços de suporte entre os indivíduos e a sua ligação aos seus contextos sociais devem, ser, assim, trabalhados pelos Psicólogos Comunitários de forma a fortalecer a comunidade e as relações sociais, prevenindo o isolamento, e garantindo o *empowerment*, seja individual, seja comunitário, como parte integrante da sua comunidade.

Por se ter observado, no presente estudo, que os estilos parentais, baseados na crítica parental, apresentam valores explicativos da ideação paranóide torna-se importante fazer a correlação desta crítica com o auto-criticismo, variável que deverá ser tida em consideração como alvo de investigação da ideação paranóide.

Referências Bibliográficas

- Allan, S., & Gilbert, P. (1995). A Social Comparison Scale: Psychometric properties and relationship to Psychopathology. *Personality and Individual Differences*, 19 (3), 293-299.
- Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behavior and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 36 (4), 467-488.
- Allan, S., & Gilbert, P. (2002). Anger and anger expression in relation to perceptions of social rank, entrapment and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 32, 551-565.
- Almeida, L. S. (1988). *O raciocínio diferencial dos jovens: avaliação, desenvolvimentos e diferenciação*. Porto: Instituto Nacional de Investigação Científica.
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2008). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação* (4.^a ed.). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Akin, A. (2009). Self-Compassion and Submissive Behavior. *Education and Science*, 34 (152), 138-147.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV* (4.A ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anastasi, A. (1988). *Psychological Testing*. New York: Macmillan Publs
- Andrews, B. (1995). Bodily shame as a mediator between abusive experiences and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 277-285.
- Andrews, B., & Hunter, E. (1997). Shame, early abuse and course of depression in a clinical sample: a preliminary study. *Cognition and Emotion*, 11, 305-312.
- Barreto Carvalho, C. M. O. (2009). *Psicose Esquizofrénica. Crenças Paranóides: exploração da sua Etiologia na população normal e em doentes com esquizofrenia*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.
- Beck, A. T.; Freeman, A., & Associates (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford.
- Bentall, R. P.; Kinderman, P., & Kaney, S. (1994). The Self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.

- Bentall, R. P.; Corcoran, R.; Howard, R.; Blackwood, N., & Kinderman, P. (2001). Persecutory delusion: A review and theoretical interpretation. *Clinical Psychology Review*, 21, 1143-1192.
- Bifulco, A.; Bernazzani, O.; Moran, P. M., & Jacobs, C. (2005). The childhood experience of care and abuse questionnaire (CECA.Q): Validation in a community series. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44, 563-581.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment: Attachment and Loss*, vol 1. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression. Attachment and Loss*, vol 3. London: Hogarth Press.
- Caplan, G. (1974). *Support Systems and Community Mental Health Consultation*. Nova Iorque: Basic Books.
- Chadwick, P. D. J., & Trower, P. (1996). Cognitive therapy for punishment paranóia: A single case experiment. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 351-356.
- Chadwick, P.; Trower, P.; Juusti-Butlerb, T-M., & Maguire, N. (2005). Phenomenological Evidence for Two Types of Paranoia. *Psychopathology*, 38, 327-333.
- Cheung, P.; Gilbert, P., & Irons, C. (2004). An exploration of shame, social rank and ruination in relation to depression. *Personality and Individual Differences*, 36, 1143-1153.
- Combs, D. R.; Penn, D. L., & Mathews, R. C. (2003). Implicit learning and non-clinical paranoia: does content matter? *Personality and Individual Differences*, 34, 143-157.
- Combs, D. R., & Penn, D. L. (2004). The role of subclinical paranoia on social perception and behavior. *Schizophrenia Research*, 69, 93-104.
- Combs, D. R.; Michael, C. O., & Penn, D. L. (2006). Paranoia and emotion perception across the continuum. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45, 19-31
- Combs, D. R.; Penn, D. L.; Chadwick, P.; Trower, P.; Michael, C. O., & Basso, M. R. (2007). Subtypes of paranoia in a nonclinical sample. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12 (6), 537-553.
- Dalton, J. H.; Elias, M. J., & Wandersman, A. H. (2001). *Community Psychology: Linking Individuals and Communities*. Stanford: Wadsworth Publishing
- Dixon, A. K. (1998). Ethological strategies for defence in animals and humans: their role in some psychiatric disorders. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 417-445.

- Dohrenwend, B. P.; Dohrenwend, B. S.; Gould, M. S.; Link, B.; Neugebauer, R., & Wunsch-Hitzig, R. (1980). *Mental illness in the United States*. Nova Iorque: Praeger.
- Ellett, L.; Lopes, B., & Chadwick, P. (2003). Paranoia in a Nonclinical Population of College Students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 425-430.
- Fenigstein, A., & Vanable, P. A. (1992). Paranóia and eu-conscienciosness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 129-138.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: the psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27, 425-457.
- Freeman, D.; Garety, P. A., & Kuipers, E. (2001). Persecutory delusions: developing the understanding of belief maintenance and emotional distress. *Psychological Medicine*, 31 (7), 1293-1306.
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2004). *Paranoia: The Psychology of Persecutory Delusions*. Psychology Press: New York.
- Freeman, D.; Garety, P. A.; Bebbington, P. E.; Smith, B.; Rollinson, R.; Fowler, D.; Kuipers, E.; Ray, K., & Dunn, G. (2005). The structure of paranoia: a psychological investigation in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 427-435.
- Freeman, D.; Pugh, K., & Garety, P. (2008). Jumping to conclusions and paranoid ideation in the general population. *Schizophrenia Research*, 102, 254-260.
- Freeman, D.; Pugh, K.; Vorontsova, N., & Southgate, L. (2009). Insomnia and paranoia. *Schizophrenia Research*, 108, 280-284.
- Freeman, D.; Pugh, K., & Vorontsova, N. (2010). Testing the Continuum of delusional Beliefs: An Experimental Study Virtual Realty. *Journal of Abnormal Psychology*, 119 (1), 83-92.
- Freeman, D.; McManus, S.; Brugha, T.; Meltzer, H.; Jenkins, R., & Bebbington, P. (2011). Concomitants of paranoia in the general population. *Psychological Medicine*, 41, 923-936.
- Freeman, D.; Stahl, D.; Manus, S.; Meltzer, H.; Brugha, T.; Wiles, N., & Bebbington, P. (2011). Insomnia, worry, anxiety and depression as predictors of the occurrence and persistence of paranoid thinking. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*
- Fornells-Ambrojo, M., & Garety, P. A. (2005). Bad me paranoia in early psychosis: A relatively rare phenomenon. *The British Journal of Clinical Psychology*. 44, 521-528.

- Fournier, M. A.; Moskowitz, D. S., & Zuroff, D. C. (2002). Social Rank Strategies in Hierarchical Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (2), 425-433.
- Gardner, R. Jr. (1998). The brain and communication are basic for clinical human sciences. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 493-508.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. London: Erlbaum.
- Gilbert, P. (1992). *Depression: the evolution of Powerlessness*. Lawrence Erlbaum: Hove.
- Gilbert, P. (1998). Evolutionary – psychopathology: Why isn't the mind designed better than it is? *British Journal of Medical Psychology*, 71, 353-401.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defect and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 18, 585-598.
- Gilbert, P., & Gerlsma, C. (1992). Recall of shame and favouritism in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-373.
- Gilbert, P., & Miles, J. N. V. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame. *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gilbert, P.; Cheung, M. S-P.; Grandfield, T.; Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108-115.
- Gilbert, P.; Boxall, M.; M. Cheung, M., & Irons, C. (2005). The Relation of Paranoid Ideation and Social Anxiety in a Mixed Clinical Population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 124-133.
- Gilbert, P.; Durrant, R., & McEwan, K. (2006). Investigating relationships between perfectionism, forms and functions of self-criticism, and sensitivity to put-down. *Personality and Individual Differences*, 41, 1299-1308.
- Gilbert, P.; Irons, C.; Olsen, K; Gilbert, J., & McEwan, K. (2006). Interpersonal sensitivities: Their links to mood, anger and gender. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 37-50.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.

- Gomes, A. M. A. (1999). *Psicologia Comunitária: uma abordagem conceitual*. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1 (2), 71-79
- Heller, K.; Price, R. H.; Reinharz, S.; Riger, S., & Wandersman, A. H. (1984). *Psychology and Community Change: Challenges of the Future* (2.^a ed.). Homewood, Il: The Dorsey Press.
- Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: the role of attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence*, 28, 325-342.
- Lopes, B. C. S. (2010) *Paranóia e ansiedade social na população não clínica: dois fenómenos diferentes?* Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Martin, J. A, & Penn, D. L. (2001). Brief report: Social cognition and subclinical paranoid ideation. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 261-265.
- Melo, S. S. (2006). Delírios Persecutórios: uma Descrição das Teorias e de Estudos Empíricos. *Psicologia*, 20, (2), 187-201.
- Menezes, I. (2007). *Intervenção Comunitária: Uma Perspectiva Psicológica*. 1.^a edição.
- Mills, A.; Gilbert, P.; Bellew, K., & Gale, C. (2007). Paranoid Beliefs and Self-Criticism in Students. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 358-364.
- Nathanson, D. L. (1994). *Shame and pride: Affect sex and the birth of the self*. New York: Norton Paperbacks.
- O'Connor, L. E.; Berry, J. W.; Weiss, J., & Gilbert, P. (2002). Guilt, fear, submission and empathy in depression. *Journal of Affective Disorders*, 71, 19-27
- Ornelas, J. (1997). *Psicologia Comunitária Origens, fundamentos e áreas de intervenção*. *Análise Psicológica*. 15 (3), 375-388.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Pestana, M., Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais*. Edições Sílabo. Lisboa.
- Pickering, L.; Simpson, J., & Bentall, R. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 44, 1212-1224.
- Price, J. S. (2003). Evolutionary aspects of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neurology*, 5, 129-137
- Rappaport, J. (1977). *Community psychology: Values, research and action*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

- Raes, F., & Van Gucht, D. (2009). Paranoia and instability of self-esteem in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 928-932.
- Riggio, H. R. (2004). Parental marital conflict and divorce, parent-child relationships, social support, and relationship anxiety in young adulthood. *Personal Relationships*, 11, 99-114
- Riggio, H. R., & Kwong, W. Y. (2011). Paranoid Thinking, Quality of relationships With Parents, and Social Outcomes Among Young Adults. *Journal of Family Issues*, 32 (8), 1030-1049.
- Sampieri, R. H.; Collado, C. H., & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3.^a ed.). São Paulo: MsGraw-Hill.
- Sani, A. I. M. (2004). *As crenças, o discurso e a acção: as construções de crianças expostas à violência interparental*. Tese de Doutoramento em Psicologia, Ramo do Conhecimento Psicologia da Justiça. Universidade do Minho.
- Sarason, S. B. (1974). *The Psychological Sense of Community: Prospects for Community Psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Simões, M. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional da Matriz Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Trabalho não publicado. Universidade de Coimbra.
- Smith, N.; Lam, D., Bifulco, A., & Checkley, S. (2002). Childhood Experience of Care and Abuse Questionnaire (CECA.Q). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 37, 572-579.
- Vidal, A. S. (2007). *Manual de Psicología Comunitaria. Un enfoque integrado*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Anexos

Anexo 1 – Carta à Direcção Regional da Educação, para autorização de realização do estudo



UNIVERSIDADE DOS AÇORES DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Exma. Senhora Directora Regional da Educação

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, Projecto final de tese (identificação de comportamentos de risco na adolescência), orientada pela Professora Doutora Célia Barreto Carvalho, docente do Departamento de Ciências da Educação da Universidade dos Açores, vimos solicitar a colaboração da Vossa Excelência para a presente investigação.

O estudo que tencionamos desenvolver tem por objectivo conhecer e caracterizar alguns aspectos psicológicos e comportamentais (indicados na literatura como factores predisponentes de comportamentos de risco na adolescência), dos alunos entre os 15 e 18 anos de idade, de todas as escolas secundárias da ilha de São Miguel. Pretende-se, em última análise, reunir informação sustentada, que possa ser posteriormente mobilizada para o desenvolvimento de projectos educativos preventivos destes mesmos comportamentos de risco e que possam envolver as escolas da Região Autónoma dos Açores.

Como previamente referido, pretendemos identificar e caracterizar os factores predisponentes de comportamentos de risco na adolescência. A investigação nesta área tem vindo a preocupar-se com questões relacionadas com a forma como os indivíduos percebem e reagem aos indícios sociais de inferioridade, os quais podem indicar perda de posição social ou de aceitação social por parte dos outros (Gilbert, 1992; Allan & Gilbert, 1997, in Gilbert & Miler, 2000). Para além disso, a evidência científica tem observado, também, que, no respeitante ao *ranking* social, a posição que determinado indivíduo ocupa na sociedade desempenha um papel fundamental na expressão de comportamentos de agressividade (Sapolsky, 1989, 1990; Ray & Sapolsky, 1992; Scott, 1990, in Allan & Gilbert, 2002). Neste sentido, a percepção do *ranking* social (a forma como avaliamos e interpretamos a posição social) exerce uma grande importância, quer na forma como interagimos, quer no modo como lidamos com as situações, o que se mostra fundamental no estabelecimento das relações interpessoais.

Freeman e colaboradores (2005) observaram que indivíduos com sentimentos de inferioridade e de menor competência em relação aos outros manifestavam níveis mais elevados de desconfiança. Estes autores sugerem que a falta de auto-confiança pode levar a sentimentos de maior vulnerabilidade a ataques, contribuindo para a ocorrência de ideias paranóides. Este facto é consistente com evidências experimentais de que a sensibilidade interpessoal pode levar à ideiação persecutória (Freeman et al, 2003, in Freeman et al, 2005).

Visto que se a população alvo do presente estudo é constituída por adolescentes, torna-se importante ter em atenção a forma como estes recordam a sua infância. Na transição da infância para a adolescência, as preocupações dos indivíduos com a pertença aos seus grupos de pares e com a posição social que ocupam no grupo são cada vez maiores (Baumeister & Leary, 1995, in Irons & Gilbert, 2005),

assim sendo, os adolescentes podem ser particularmente sensíveis a questões de comparação social e preocupações com a sua posição social entre os seus pares.

Alguns estudos nesta área mostram que as preocupações excessivas com sentimentos de inferioridade em relação aos outros e a tendência para a emissão de comportamentos de submissão se mostram altamente associadas a níveis elevados de depressão e a sintomas de ansiedade em adultos (Allan, Gilbert & Goss, 1994; Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 2000, in Irons & Gilbert, 2005).

Verifica-se, igualmente, o interesse dos investigadores pelos comportamentos de auto-mutilação na adolescência, os quais têm vindo a aumentar significativamente, alertando para o impacto que estes mesmos comportamentos podem ter na vida do indivíduo (Pelios et al., 1999 in Duque e Neves, 2004). Essa preocupação aumenta quando diversos autores referem a adolescência como a faixa etária em que estes comportamentos auto-lesivos são mais comuns (Duque e Neves, 2004).

Para que os programas de prevenção nesta área sejam eficazes é fundamental que se disponha de informação precisa e fidedigna acerca da auto-mutilação e da ideação suicida, mostrando-se igualmente fulcral a identificação de jovens em risco (Hawton et al., 2002), ou seja, é essencial uma boa caracterização dos indivíduos - alvo (Cais, 2006).

Em termos metodológicos, a investigação comporta, numa primeira fase, o levantamento de dados relativos à composição da totalidade de turmas do **10.º ao 12.º ano de escolaridade** da ilha de São Miguel, bem como das turmas **Oportunidades**. Posteriormente, e numa segunda fase, pretendemos aplicar alguns questionários aos alunos das turmas atrás referidas, a fim de recolhermos os dados necessários à persecução dos objectivos do presente estudo.

No sentido de tornar possível esta investigação, pedimos a V. Ex. que se digne conceder-nos autorização para a realização deste estudo nas escolas de S. Miguel. Solicitamos, ainda, que se digne conceder-nos informação acerca do número de escolas secundárias existentes na ilha de São Miguel e, destas, quais as que possuem turmas de oportunidades e 10.º, 11.º e 12.º ano de escolaridade.

Côncias da importância vital da participação da vossa Direcção Regional para o êxito deste estudo e certas de que o nosso pedido merecerá a maior atenção da parte de V. Ex., manifestamos, desde já, inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional.

Com os melhores cumprimentos,

Ponta Delgada, 06 de Janeiro de 2012

A orientadora do estudo

As alunas dinamizadoras do estudo

Célia Barreto Carvalho

Vera Pereira Carolina Nunes

Anexo 2 – Autorização da DRE para a realização do estudo




 REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES
SECRETARIA REGIONAL DA EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Exmas Senhoras DRAS.
 Vera Pereira
 Célia Barreto Carvalho
 Carolina Nunes
 Rua Dr. Raul Bem Saude nº 1, 4Dr. S. Pedro
 9500 - 700 Ponta Delgada

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Angra Heroísmo
		N. S-DRE/2012/316	19 de Janeiro de 2012
		DAI/19.13	

ASSUNTO: EXPOSIÇÃO

Relativamente à V. Solicitação, somos a autorizar a realização deste estudo nas escolas de São Miguel.

Mais se informa que são oito as escolas desta ilha com ensino secundário e todas elas possuem turmas de oportunidades.

Solicitamos, ainda, que nos enviem as conclusões após efectuado o estudo.

Com os melhores cumprimentos,

A DIRETORA REGIONAL

Maria da Graça Teixeira

MARIA DA GRAÇA LOPES TEIXEIRA

MQ/MLS

Paços da Junta Geral – Carreira dos Cavalos
9700-167 Angra do Heroísmo

Telef. 295401100
Fax 295401182

Email: dref.info@azores.gov.pt
<http://www.edu.azores.gov.pt>

Anexo 3 – Carta aos conselhos executivos das escolas participantes no estudo

Universidade dos Açores
Departamento de Ciências da Educação
Mestrado em Psicologia da Educação

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Executivo
da Escola

No âmbito do Mestrado em Psicologia da Educação, Projecto final de tese (identificação de factores de risco na adolescência), orientado pela Professora Doutora Célia Barreto Carvalho, docente do Departamento de Ciências da Educação da Universidade dos Açores, vimos solicitar a colaboração da escola dirigida por Vossa Excelência.

O estudo que tencionamos desenvolver tem por objectivo conhecer e caracterizar alguns aspectos psicológicos e comportamentais (indicados na literatura como factores predisponentes de comportamentos de risco na adolescência), dos alunos entre os 15 e 18 anos de idade, de todas as escolas de 3º ciclo e secundárias da ilha de São Miguel. Pretende-se, em última análise, reunir informação sustentada, que possa ser posteriormente mobilizada para o desenvolvimento de projectos educativos preventivos destes mesmos comportamentos de risco e que possam envolver as escolas da Região Autónoma dos Açores.

Como previamente referido, pretendemos identificar e caracterizar os factores predisponentes de comportamentos de risco na adolescência. A investigação nesta área tem vindo a preocupar-se com questões relacionadas com a forma como os indivíduos percebem e reagem aos indícios sociais de inferioridade, os quais podem indicar perda de posição social ou de aceitação social por parte dos outros (Gilbert, 1992; Allan & Gilbert, 1997; Gilbert & Miler, 2000). Para além disso, a evidência científica tem observado, também, que, no respeitante ao *ranking* social, a posição que determinado indivíduo ocupa na sociedade desempenha um papel fundamental na expressão de comportamentos de agressividade (Sapolsky, 1989, 1990; Ray & Sapolsky, 1992; Scott, 1990, in Allan & Gilbert, 2002). Neste sentido, a percepção do *ranking* social (a forma como avaliamos e interpretamos a posição social) exerce uma grande importância, quer na forma como interagimos, quer no modo como lidamos com as situações, o que se mostra fundamental no estabelecimento das relações interpessoais.

Freeman e colaboradores (2005) observaram que indivíduos com sentimentos de inferioridade e de menor competência em relação aos outros manifestavam níveis mais elevados de desconfiança. Estes autores sugerem que a falta de auto-confiança pode levar a sentimentos de maior vulnerabilidade a ataques, contribuindo para a ocorrência de ideias paranóides. Este facto é consistente com evidências experimentais de que a sensibilidade interpessoal pode levar à ideiação persecutória (Freeman et al, 2003, in Freeman et al, 2005).

Visto que se a população alvo do presente estudo é constituída por adolescentes, torna-se importante ter em atenção a forma como estes recordam a sua infância. Na transição da infância para a adolescência, as preocupações dos indivíduos com a pertença aos seus grupos de pares e com a posição social que ocupam no grupo são cada vez maiores (Baumeister & Leary, 1995, in Irons & Gilbert, 2005),

assim sendo, os adolescentes podem ser particularmente sensíveis a questões de comparação social e preocupações com a sua posição social entre os seus pares.

Alguns estudos nesta área mostram que as preocupações excessivas com sentimentos de inferioridade em relação aos outros e a tendência para a emissão de comportamentos de submissão se mostram altamente associadas a níveis elevados de depressão e a sintomas de ansiedade em adultos (Allan, Gilbert & Goss, 1994; Allan & Gilbert, 1995; Gilbert, 2000, in Irons & Gilbert, 2005).

Verifica-se, igualmente, o interesse dos investigadores pelos comportamentos de auto-mutilação na adolescência, os quais têm vindo a aumentar significativamente, alertando para o impacto que estes mesmos comportamentos podem ter na vida do indivíduo (Pelios et al., 1999 in Duque e Neves, 2004). Essa preocupação aumenta quando diversos autores referem a adolescência como a faixa etária em que estes comportamentos auto-lesivos são mais comuns (Duque e Neves, 2004).

Para que os programas de prevenção nesta área sejam eficazes é fundamental que se disponha de informação precisa e fidedigna acerca da auto-mutilação e da ideação suicida, mostrando-se igualmente fulcral a identificação de jovens em risco (Hawton et al., 2002), ou seja, é essencial uma boa caracterização dos indivíduos - alvo (Cais, 2006).

Em termos metodológicos a investigação comporta, numa primeira fase, o levantamento de dados relativos à composição da totalidade de turmas do **3º ciclo e do secundário** da ilha de São Miguel, bem como do **Programa Oportunidades**, através do preenchimento da ficha de turma, em anexo, e numa segunda fase, pretendemos aplicar alguns questionários aos alunos das turmas atrás referidas, a fim de recolhermos os dados necessários à persecução dos objectivos do presente estudo.

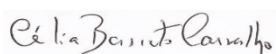
No sentido de tornar possível o referido levantamento de dados, pedimos a Vossa colaboração, na identificação das turmas existentes dos anos de escolaridade em causa (ex. 9ºA, 10ºA, 10ºB...), através do seguinte e-mail ccarvalho@uac.pt.

Côncias da importância vital da participação da vossa escola para o êxito deste estudo e certas de que o nosso pedido merecerá a maior atenção da parte de V. Ex., manifestamos, desde já, inteira disponibilidade para qualquer esclarecimento adicional. Em anexo segue autorização da Direcção Regional da Educação e Formação para realização do estudo nas escolas de São Miguel.

Com os melhores cumprimentos,

Ponta Delgada, 16 de Fevereiro de 2012

A orientadora do estudo



Célia Barreto Carvalho

As alunas dinamizadoras do estudo



Vera Pereira e Carolina Nunes

Tabela identificativa dos alunos – 10.º ano

	Ano	Turma	N.º alunos	Idades compreendidas	Tipo turma (regular / profissional/ tecnológico)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

Tabela identificativa dos alunos – 11.º ano

	Ano	Turma	N.º alunos	Idades compreendidas	Tipo turma (regular / profissional/ tecnológico)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

Tabela identificativa dos alunos – 12.º ano

	Ano	Turma	N.º alunos	Idades compreendidas	Tipo turma (regular / profissional/ tecnológico)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

Tabela identificativa dos alunos – 3.º ciclo

	Ano	Turma	N.º alunos	Idades compreendidas	Tipo turma (regular / profissional/ tecnológico)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

Tabela identificativa dos alunos – Programa Oportunidades

	Ano	Turma	N.º alunos	Idades compreendidas	Tipo turma (oportunidades)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

Observações:

Anexo 4 – Consentimento informado para os encarregados de educação



Universidade dos Açores
Departamento de Ciências da Educação
Mestrado em Psicologia da Educação

Consentimento Livre e Esclarecido

Os comportamentos de risco podem comprometer a saúde física e mental do adolescente. Assim, o levantamento de factores de risco e de factores de protecção para o desenvolvimento dos comportamentos de risco mostra-se importante, de modo a podermos avaliar a situação dos jovens de forma preventiva. Se estes factores não forem devidamente identificados, poderão ser consolidadas certas atitudes que trarão consequências significativas a nível individual, familiar e social.

Este estudo tem como objectivo caracterizar os comportamentos de risco na adolescência, para que seja possível o desenvolvimento de programas de prevenção eficazes.

1. Para a realização deste estudo de Mestrado, o seu filho(a) participará de uma recolha de dados que consiste em responder a alguns questionários especialmente elaborados para jovens, que permitem estudar os factores que estão referidos na literatura como predisponentes a comportamentos de risco.
2. Não existe nenhum tipo de risco, desconforto ou exposição do seu filho(a), sendo os seus dados confidenciais. O seu nome não será registado.
3. Este estudo faz parte do Mestrado da Universidade dos Açores, na área de Psicologia da Educação, da ilha de São Miguel e tem como objectivo a caracterização de comportamentos de risco.
4. Solicitamos a Vossa Ex.^a que, se **NÃO** autorizar a participação do seu filho(a) no estudo, assinie o presente termo e o encaminhe por intermédio do seu filho(a).

Célia Barreto Carvalho

Professora Doutora Célia Barreto Carvalho

 —
 Eu, _____ portador do B.I. _____, responsável,
NÃO autorizo o meu filho(a) _____ a participar dos
 procedimentos de recolha de dados para a realização do estudo acima exposto.

 O/A responsável

Data: ___/___/___

Anexo 5 – Inquérito Socio demográfico

CÓDIGO _____ - _____

Estudo sobre Comportamentos de Risco na Adolescência

O estudo que tencionamos desenvolver tem por objectivo conhecer e caracterizar alguns aspectos psicológicos e comportamentais dos adolescentes entre os 15 e 18 anos de idade, de todas as escolas de 3ºciclo e secundárias da ilha de São Miguel. Vimos pedir a tua colaboração a fim de nos ajudares a entender melhor os comportamentos de risco dos adolescentes. Para isso responde com toda a sinceridade a todas as perguntas das escalas constantes deste caderno. Não existem respostas certas ou erradas. A tua colaboração é voluntária e confidencial, não tens de colocar o teu nome em nenhuma parte destes questionários. A tua ajuda é da máxima importância para nós. Desde já MUITO OBRIGADA!

Dados Sócio Demográficos

Preenche, por favor, a seguinte página, com base nos teus dados pessoais. Não necessitas de colocar o teu nome em nenhuma parte deste questionário, todas as respostas são anónimas.

1. Idade _____ Sexo Masculino Feminino
2. Ano de escolaridade _____ Curso _____
3. Com quem vives?

<input type="checkbox"/> Ambos os pais	<input type="checkbox"/> Com irmãos
<input type="checkbox"/> Só com o pai	<input type="checkbox"/> Numa Instituição
<input type="checkbox"/> Só com a mãe	
<input type="checkbox"/> Com outras pessoas: Diz com quem, por favor _____	
4. Tens irmãos?

<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____ Que idade têm? _____
------------------------------	---
5. Qual a profissão da tua mãe? _____ e do teu pai? _____
6. Que habilitações académicas tem a tua mãe? Quantos anos de escola completou?

<input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever	<input type="checkbox"/> 3ºciclo/9ºano
<input type="checkbox"/> 1ºciclo/4ªclasse	<input type="checkbox"/> Ensino secundário
<input type="checkbox"/> 2ºciclo/6ºano	<input type="checkbox"/> Ensino superior
7. Que habilitações académicas tem o teu pai? Quantos anos de escola completou?

<input type="checkbox"/> Não sabe ler/escrever	<input type="checkbox"/> 3ºciclo/9ºano
<input type="checkbox"/> 1ºciclo/4ªclasse	<input type="checkbox"/> Ensino secundário
<input type="checkbox"/> 2ºciclo/6ºan	<input type="checkbox"/> Ensino superior
8. Já reprovaste algum ano? Não Sim
Se respondeste sim, indica na tabela em baixo o(s) ano(s) e o número de vezes:

Ano de escolaridade									
Número de reprovações									

9. Qual a tua disciplina preferida? _____
10. Qual a disciplina de que menos gostas? _____
11. Regista no quadro abaixo a nota que tiveste, o **ano passado** e o **período passado**, nas disciplinas de Português e Matemática. Utiliza apenas os quadrados que se aplicam ao teu caso (ex: se estás no 11ºano, utiliza apenas as colunas respeitantes ao 10º e 11ºanos).

	9ºano	10ºano	11ºano	12ºano	Outro – ano passado	Outro – este ano
Português						
Matemática						

12. Assinala com uma cruz (X) o teu grau de satisfação com:

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito Satisfeito
Escola					
Colegas da turma					
Colegas da escola de outras turmas					
Amigos da escola					
Amigos sem ser da escola					
Professores					
Funcionários					
Pais					
Irmãos					
Restante família					

Anexo 6 – Questionário de experiências de Afecto e Abuso na Infância

CECA-Q

(Childhood Experiences of Care and Abuse-Questionnaire, Bifulco et al., 2005)

(Adap. para a população adolescente Portuguesa: Barreto Carvalho, C. & Pereira, V., 2012)

A. Como te recordas da tua figura materna

Faz um círculo à volta número apropriado. Se tiveres mais do que uma figura materna, escolha aquela com quem estás mais tempo, ou aquela com quem tens mais dificuldades em viver.

Que figura materna vais descrever a seguir:

1. Mãe biológica
2. Madrasta
3. Outros familiares, ex. tia, avó
4. Outras pessoas não familiares, ex. mãe adoptiva, madrinha
5. Outra (descreva) _____

Assinala com um círculo à volta do nº, de acordo com o cabeçalho das respostas, o grau que melhor define a relação com a pessoa em causa.

	Não de modo		Mais ao	Sim	
	nenhum			menos	totalmente
	1	2	3	4	5
1. É muito difícil agradar-lhe.	1	2	3	4	5
2. Interessa-se pelas minhas preocupações.	1	2	3	4	5
3. Interessa-se por aquilo que eu faço na escola.	1	2	3	4	5
4. Faz-me sentir indesejado(a).	1	2	3	4	5
5. Tenta fazer sentir-me melhor quando eu estou triste.	1	2	3	4	5
6. É muito crítica em relação a mim.	1	2	3	4	5
7. Deixou de me acompanhar antes de eu ter 10 anos.	1	2	3	4	5
8. Habitualmente tem tempo para falar comigo.	1	2	3	4	5
9. Bate-me frequentemente.	1	2	3	4	5
10. Às vezes faz-me sentir inútil.	1	2	3	4	5
11. Frequentemente implica comigo injustamente.	1	2	3	4	5
12. Se eu precisar dela ela está presente.	1	2	3	4	5
13. Interessa-se por saber quem são os meus amigos.	1	2	3	4	5
14. Preocupa-se em saber os locais que eu frequento.	1	2	3	4	5
15. Fica preocupada comigo quando eu estou doente.	1	2	3	4	5
16. Descuida-se em relação às minhas necessidades básicas (ex. comida e roupas).	1	2	3	4	5
17. Não gosta de mim tanto como dos meus irmãos e irmãs (deixar em branco se não existirem irmãos).	1	2	3	4	5

B. Como te recordas da tua figura paterna

Faz um círculo à volta número apropriado. Se tiveres mais do que uma figura paterna, escolhe aquela com quem estás mais tempo, ou aquela com quem tens mais dificuldades em viver.

Que figura paterna vais descrever a seguir:

6. Pai biológico
7. Padrasto
8. Outros familiares, ex. tio, avô
9. Outras pessoas não familiares, ex. pai adoptivo, padrinho
10. Outro (descreva) _____

Assinala com um círculo à volta do nº, de acordo com o cabeçalho das respostas, o grau que melhor defina a relação com a pessoa em causa.

	Não de modo		Mais ao	Sim	
	nenhum			menos	totalmente
1. É muito difícil agradar-lhe.	1	2	3	4	5
2. Interessa-se pelas minhas preocupações.	1	2	3	4	5
3. Interessa-se por aquilo que eu faço na escola.	1	2	3	4	5
4. Faz-me sentir indesejado(a).	1	2	3	4	5
5. Tenta fazer sentir-me melhor quando eu estou triste.	1	2	3	4	5
6. É muito crítico em relação a mim.	1	2	3	4	5
7. Deixou de me acompanhar antes de eu ter 10 anos.	1	2	3	4	5
8. Habitualmente tem tempo para falar comigo.	1	2	3	4	5
9. Bate-me frequentemente.	1	2	3	4	5
10. Às vezes faz-me sentir inútil.	1	2	3	4	5
11. Frequentemente implica comigo injustamente.	1	2	3	4	5
12. Se eu precisar dele ele está presente.	1	2	3	4	5
13. Interessa-se por saber quem são os meus amigos.	1	2	3	4	5
14. Preocupa-se em saber os locais que eu frequento.	1	2	3	4	5
15. Fica preocupado comigo quando eu estou doente.	1	2	3	4	5
16. Descuida-se em relação às minhas necessidades básicas (ex. comida e roupas).	1	2	3	4	5
17. Não gosta de mim tanto como dos meus irmãos e irmãs (deixar em branco se não existirem irmãos).	1	2	3	4	5

C. Punições físicas por parte das figuras parentais ou por outras pessoas do agregado familiar.

Faz um círculo à volta da resposta apropriada

Quando eras criança ou durante a tua adolescência és ou foste alguma vez agredido(a) repetidamente com um objecto (por exemplo um cinto ou pau), esmurrado(a), pontapeado(a), ou queimado(a) por alguém que mora ou morava em tua casa.

Sim - Não

Se respondeste “Não”, passa para a pergunta D.:

Se respondeste “Sim”:	Figura Materna	Figura Paterna
1. Que idade tinhas quando as agressões começaram?	Idade.....	Idade.....
2. As agressões aconteceram mais do que uma vez?	Sim - Não	Sim - Não
3. Como eras agredido?	1. Cinto ou pau 2. Esmurrado/pontapeado 3. Agredido com a mão 4. Outras.....	1. Cinto ou pau 2. Esmurrado/pontapeado 3. Agredido com a mão 4. Outras.....
4. Alguma vez ficaste com marcas, ex. olhos negros ou nódoas negras, feridas, membros partidos?	Sim - Não	Sim - Não
5. A pessoa que te agrediu estava tão zangado(a) que parecia estar descontrolado(a)?	Sim - Não	Sim - Não

Tiveste a mesma experiência de punição física com mais alguém do agregado familiar?

Sim – Não

D. Experiências sexuais não desejadas

Faz um círculo à volta da resposta correcta

1. Quando eras criança ou na tua adolescência tens ou alguma vez tiveste experiências sexuais indesejadas?	Sim – Não - Não tem a certeza
2. Alguém te forçou ou convenceu a ter relações sexuais contra a tua vontade?	Sim – Não - Não tem a certeza

Anexo 7 – Escala de Comparação Social para Adolescentes - Revista

ASCS-R

(Irons & Gilbert, 2005)

(Tradução e adaptação: Xavier, A., Cunha, M. & Pinto-Gouveia, J 2011.)

Instruções:

Gostaríamos de saber como é que te sentes em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as). Por favor, assinala com um círculo o número que, para cada pergunta, traduz melhor como te sentes no relacionamento com os(as) teus(tuas) amigos(as).

Exemplo:

Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão alto(a) achas que és?

Baixo(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alto(a)

Neste exemplo, se eu penso que sou mais baixo(a) que os(as) meus(minhas) amigos(as), devo assinalar um círculo num dos números da parte esquerda da escala. Mas, se eu achar que sou mais alto(a) do que os(as) meus(minhas) amigos(as), então devo assinalar um círculo na parte direita da escala.

1. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *envergonhado(a)* achas que és?

Menos Envergonhado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Envergonhado

2. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *inteligente* pensas que és?

Menos Inteligente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Inteligente

3. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *popular* pensas que és?

Menos Popular 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Popular

4. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *diferente* te sentes?

Menos Diferente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Diferente

5. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *atraente* pensas que és?

Menos Atraente 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Atraente

6. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *forte* te sentes?

Menos Forte 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Forte

7. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *aceite* te sentes?

Menos Aceite 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Aceite

8. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *calmo(a)* és?

Menos Calmo(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Calmo(a)

9. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *confiante* te sentes?

Menos Confiante 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Confiante

10. Em comparação com os(as) teus(tuas) amigos(as) quão *excluído(a)* te sentes?

Menos Excluído(a) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mais Excluído(a)

Anexo 8 – Escala de Comportamentos de Submissão Social para Adolescentes

Escala de Comportamentos de Submissão Social para Adolescentes (ASBS)

(Irons, C. & Gilbert, P., 2005)

(Trad. e adap. para a população adolescente Portuguesa: Barreto Carvalho, C. & Pereira, V., 2012)

De seguida encontram-se algumas afirmações que descrevem o modo como as pessoas se comportam ou sentem em relação a determinadas situações quando estão com pessoas que frequentam o mesmo ano da escola.

Quando eu estou com pessoas do meu ano de escola:

1. Concordo que estou errado(a), mesmo quando sei que não estou.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
2. Faço coisas porque os outros(as) estão a fazer, e não porque as quero fazer.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
3. Deixo que os outros me critiquem ou me humilhem sem me defender.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
4. Jogo com os outros, mesmo quando não quero.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
5. Se eu tentar dizer alguma coisa e os outros não pararem de falar eu calo-me.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
6. Quando faço um pequeno erro e quero me desculpar, peço desculpa mais do que uma vez.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
7. Não sou capaz de dizer aos meus amigos que estou zangado(a) com eles.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
8. Em festas, eu deixo que os outros falem e dominem as conversas.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
9. Eu sinto-me desconfortável quando as pessoas olham directamente para mim quando estão a falar.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
10. Eu agradeço de forma insistente quando alguém me faz um pequeno favor.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
11. Eu evito iniciar conversas em festas.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------
12. Eu fico corado(a) quando as pessoas olham para mim.

Nunca	1	2	3	4	5	Sempre
-------	---	---	---	---	---	--------

Anexo 9 – Escala Geral da Paranóia

GPS

(Fenigstein & Vanable 1992)

(Adap. para a população adolescente Portuguesa: Barreto Carvalho, C., Castilho, P. & Pereira, V., 2012)

De seguida encontram-se algumas afirmações que descrevem o modo como as pessoas se comportam ou sentem em relação a situações sociais. Para cada questão faz um círculo em torno do número que melhor indique o grau em que sentes que a afirmação se aplica a ti. SE SINCERO (A) NAS TUAS RESPOSTAS. TUDO O QUE DISSERES É ANÓNIMO E CONFIDENCIAL!

Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1	2	3	4	5

1. Alguém tem alguma coisa contra mim.	1	2	3	4	5
2. Às vezes sinto que estou a ser seguido(a).	1	2	3	4	5
3. Acredito que tenho sido muitas vezes castigado(a) sem haver razão para tal.	1	2	3	4	5
4. Algumas pessoas tentaram roubar as minhas ideias e receberem os louros.	1	2	3	4	5
5. Os meus pais e a minha família encontram mais falhas em mim do que deviam.	1	2	3	4	5
6. Ninguém quer saber o que é que se passa comigo.	1	2	3	4	5
7. Tenho a certeza que a vida não me traz nada de bom.	1	2	3	4	5
8. A maioria das pessoas usará meios injustos para ganhar lucro ou ganhar vantagem sobre os outros, em vez de perderem.	1	2	3	4	5
9. Penso muitas vezes que razão escondida terá outra pessoa para fazer algo de bom para mim.	1	2	3	4	5
10. É mais seguro não confiar em ninguém.	1	2	3	4	5
11. Sinto muitas vezes que pessoas desconhecidas estão a olhar de forma crítica para mim.	1	2	3	4	5
12. A maioria das pessoas faz amigos (as) porque estes (as) podem vir a ser úteis.	1	2	3	4	5
13. Alguém tem andado a tentar influenciar a minha mente.	1	2	3	4	5
14. Tenho a certeza que falam de mim nas minhas costas.	1	2	3	4	5
15. A maioria das pessoas no seu íntimo não gosta de oferecer ajuda às outras.	1	2	3	4	5
16. Costumo estar de pé atrás quando as pessoas são mais simpáticas comigo do que eu estava a espera.	1	2	3	4	5
17. As pessoas disseram coisas sobre mim que eram ofensivas e não simpáticas.	1	2	3	4	5
18. As pessoas estão sempre a desiludir-me.	1	2	3	4	5
19. Sinto-me desconfortável com pessoas lá fora a observarem-me dos carros, nas lojas, etc.	1	2	3	4	5
20. Encontro muitas vezes pessoas que têm inveja das minhas ideias que são boas, só porque não pensaram nelas primeiro que eu.	1	2	3	4	5

Anexo 10 – Escala de Vergonha Externa

OAS

(Goss, K.; Gilbert, P. & Allan, S. 1994)

(Trad. e adap. para a população adolescente Portuguesa: Barreto Carvalho, C. & Pereira, V., 2012)

Nós estamos interessados em saber como é que as pessoas pensam que os outros as vêem. Em baixo, há uma lista de frases que descrevem sentimentos ou experiências sobre aquilo que tu podes sentir sobre as ideias das outras pessoas em relação a ti.

Lê cada questão com cuidado e faz um círculo em torno do número que melhor indica a frequência de vezes em que sentes ou experimentas aquilo que está na frase.

Usa por favor a seguinte escala:

Nunca	Raramente	Às Vezes	Muitas Vezes	Sempre
0	1	2	3	4

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

Anexo 11 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

EADS-21

(Lovibond & Lovibond, 1995)

(Versão Portuguesa para adolescentes: Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. & Leal, I.)

Instruções: Por favor lê cada uma das afirmações abaixo e assinala 0, 1, 2, ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a ti **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leves muito tempo a indicar a resposta em cada afirmação.

Durante a semana passada:	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldades em acalmar-me.	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca.	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar.	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações.	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos).	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula.	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado.	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em relaxar-me.	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado e melancólico.	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer.	0	1	2	3
15. Senti-me quase a entrar em pânico.	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa.	0	1	2	3
18. Senti que, por vezes, estava sensível.	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido.	0	1	2	3

Anexo 12 - Classificação da avaliação do nível socioeconómico (Almeida, 1989)

Nível socioeconómico baixo: trabalhadores assalariados, por conta de outrem, trabalhadores não especializados da indústria e da construção civil, empregados de balcão no pequeno comércio, contínuos, cozinheiros, empregados de mesa, empregados de limpeza, pescadores, rendeiros, trabalhadores agrícolas, vendedores ambulantes, até ao ciclo preparatório.

Nível socioeconómico médio: trabalhadores especializados da indústria (mecânicos, electricistas); motoristas; pequenos patrões do comércio, indústria e serviços; profissionais técnicos intermédios independentes; pescadores proprietários de embarcações; empregados de escritório, seguros e bancários; agentes de segurança; contabilistas; enfermeiros, assistentes sociais; professores do ensino básico e secundários; do 4.º ano ao 12.º ano de escolaridade; cursos médios e superiores.

Nível socioeconómico elevado: grandes empresários ou proprietários agrícolas, do comércio e da indústria; quadros superiores da administração pública, do comércio, da indústria e dos serviços, profissões liberais (gestores, médicos, magistrados, arquitectos, engenheiros, economistas, professores do ensino secundário e superior); oficiais superiores das forças militares e militarizadas, pilotos de aviação; do 4.º ano de escolaridade (de modo a incluir grandes proprietários e empresários) à licenciatura, mestrado e doutoramento.