

Daciana Martins Marques

**A relação entre o estigma internalizado, a aliança terapêutica
e os resultados da terapia em população clínica**



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

Daciana Martins Marques

**A relação entre o estigma internalizado, a aliança terapêutica
e os resultados da terapia em população clínica**

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professor Doutor Luís Janeiro



Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

A relação entre o estigma internalizado, a aliança terapêutica e os resultados da terapia em população clínica

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

Assinatura

(Daciana Martins Marques)

Copyright © Daciana Martins Marques

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código de Direito de Autor e os Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Para todos os que sentem o “*peso*” do rótulo de ter uma doença mental.
*“É mais importante conhecer o Homem que tem a doença, do que conhecer a doença
que o Homem tem.”*

Sir William Osler

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento é dirigido aos meus pais, por me darem a possibilidade de estudar e realizar o meu sonho. Estas minhas palavras não serão suficientes para agradecer todo o vosso esforço, sacrifício, apoio, dedicação e carinho para comigo durante este meu percurso cheio de desafios e que tanto me fizeram evoluir. Obrigada por me apoiarem durante estes cinco anos, a prosseguir todos os meus sonhos.

Agradeço ao Professor Doutor Luís Janeiro, por me guiar neste mundo infinito que é a investigação, por me permitir explorar este tema que me diz tanto e por me ter incentivado nos momentos mais desafiantes, pela orientação e pelo olhar crítico e atento ao longo de toda esta caminhada.

Um especial agradecimento à Doutora Telma Metelo que me acompanhou durante este grande desafio académico e pessoal, com quem partilhei os meus receios e que sempre me tranquilizou com as suas palavras.

Não poderia deixar de agradecer a todos os participantes e às instituições de saúde: Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL), Comunidade Terapêutica em Saúde Mental (Casa de Alba), Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria (Açores), Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) que se disponibilizaram a participar na investigação, mesmo com a conjuntura imposta pelo Covid-19, sem eles a investigação não seria possível.

Por fim, um agradecimento especial à minha família que me auxiliou em todas as minhas responsabilidades permitindo-me ter o tempo necessário para completar esta etapa exigente e aos meus amigos que me apoiaram e me trouxeram novas perspetivas para solucionar os problemas que se foram colocando.

Resumo

O estigma internalizado (EI) na doença mental constitui um obstáculo à procura de ajuda profissional, tem implicações para o processo terapêutico e para a recuperação. Apesar do interesse crescente em compreender de que forma o EI, processo terapêutico e resultados da terapia se interrelacionam, os resultados das investigações são ainda pouco conclusivos. O presente estudo, de caráter exploratório, teve por objetivo investigar (1) se existe associação entre o tipo de diagnóstico, a toma de medicação e o perfil de estigma internalizado (alto versus baixo); (2) se existem diferenças na aliança terapêutica, sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia em função do perfil de estigma internalizado (alto versus baixo); (3) qual o contributo da aliança terapêutica, dos sintomas psicopatológicos, da autoestima e da autoeficácia, para as diferentes dimensões do estigma internalizado; e, (4) se o estigma internalizado modera o efeito da aliança terapêutica sobre os resultados da terapia. Participaram no estudo 70 sujeitos com esquizofrenia/perturbações psicóticas, perturbações de humor e entre outras que responderam através de uma plataforma digital a um questionário sociodemográfico, Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental (ISMI), Escala da Autoeficácia, Escala da Autoestima (RSES), Inventário da Aliança Terapêutica (WAI-SR). Os nossos principais resultados sugerem que EI se associava à toma de medicação, a mais sintomas psicopatológicos, a menor autoestima e autoeficácia e, também, a dificuldades no estabelecimento da aliança terapêutica. Ademais, a autoestima e a aliança terapêutica mostraram-se fatores importantes para a diminuição do EI, por outro lado o EI contribuiu para o aumento da sintomatologia e diminuição da autoestima e autoeficácia. Concluimos que existe uma inter-relação entre estigma internalizado, aliança terapêutica e os resultados, pelo que em termos clínicos, sugerimos que se utilizem intervenções que englobem estes três fatores fundamentais para a recuperação psicossocial da pessoa com doença mental.

Palavras-chave: Aliança Terapêutica; Estigma Internalizado; Autoestima; Autoeficácia; Perturbação Mental.

Abstract

The internalized stigma (IS) in mental illness is a barrier to seeking professional help, has implications for the therapeutic process and recovery. Despite the growing interest in understanding how IS, therapeutic process and therapy outcomes interrelate, research results so far are diverse. In this sense, the present exploratory study aimed to investigate (1) whether there is an association between the type of diagnosis, taking medication and the internalized stigma profile (high versus low); (2) whether there are differences in the therapeutic alliance, psychopathological symptoms, self-esteem and self-efficacy due to the internalized stigma profile (high versus low); (3) what is the contribution of therapeutic alliance, psychopathological symptoms, self-esteem and self-efficacy to the different dimensions of internalized stigma; and, (4) whether internalized stigma moderates the effect of the therapeutic alliance on therapy outcomes. The study included 70 subjects with schizophrenia/psychotic disorders, mood disorders and others who responded through a digital platform to a sociodemographic questionnaire, Psychopathological Symptom Inventory (BSI), Internalized Stigma in People with Mental Illness (ISMI), Scale of Self-efficacy, Self-Esteem Scale (RSES), Therapeutic Alliance Inventory (WAI-SR). Our main results suggest that IS was associated with taking medication, more psychopathological symptoms, lower self-esteem and self-efficacy, and also difficulties in establishing a therapeutic alliance. Furthermore, self-esteem and the therapeutic alliance proved to be important factors for the decrease in IS, on the other hand, IS contributed to the increase in symptoms and decrease in self-esteem and self-efficacy. We conclude that there is an interrelationship between internalized stigma, therapeutic alliance and outcomes, so in clinical terms, we suggest the use of interventions that encompass these three fundamental factors for the psychosocial recovery of people with mental illness.

Keywords: Working alliance; Internalized Stigma; Self-efficacy; Self-esteem; Psychiatric disorder.

Índice

| | |
|--|----|
| A relação entre o estigma internalizado, a aliança terapêutica e os resultados da terapia em população clínica | 1 |
| Estigma e Doença Mental..... | 2 |
| Objetivos..... | 8 |
| Metodologia..... | 9 |
| Participantes..... | 9 |
| Instrumentos | 11 |
| Questionário sociodemográfico..... | 11 |
| Inventário de Sintomas Psicopatológicos | 11 |
| Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental | 13 |
| Escala da Autoeficácia..... | 14 |
| Escala da Autoestima..... | 14 |
| Inventário da Aliança Terapêutica..... | 15 |
| Procedimento | 16 |
| Análise dos Dados. | 17 |
| Resultados..... | 18 |
| Associação entre o tipo de diagnóstico, a medicação e o perfil de estigma internalizado | 19 |
| Perfil de estigma internalizado e diferenças na aliança terapêutica, sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia | 20 |
| O contributo da aliança terapêutica, dos sintomas psicopatológicos, da autoestima e da autoeficácia para o estigma internalizado | 22 |
| O estigma internalizado como moderador entre a aliança terapêutica e os resultados da terapia..... | 24 |
| Discussão | 26 |
| Conclusão | 34 |
| Referências | 35 |
| Anexos | 41 |

Índice de Tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Características sociodemográficas e Clínicas dos participantes | 10 |
| Tabela 2. Valores médios nas subescalas do ISMI para cada cluster..... | 18 |
| Tabela 3. Resultados de frequência e qui-quadrado para diagnóstico e toma de medicação em relação ao perfil de estigma internalizado (N = 70) | 20 |
| Tabela 4. Tabela do teste t para amostras independentes das variáveis de processo e de resultado em relação ao perfil de cluster. | 21 |
| Tabela 5. Resultados da Regressão linear múltipla para as subescalas do Estigma Internalizado. | 23 |
| Tabela 6. Coeficientes do modelo de moderação do estigma internalizado na relação entre a aliança terapêutica e o índice geral de sintomas, autoestima e autoeficácia..... | 25 |

Índice de Anexos

Anexo A: Consentimento Informado

Anexo B: Questionário sociodemográfico

Anexo C: Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Anexo D: Escala do Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental (ISMI)

Anexo F: Escala de Autoeficácia (*Self-efficacy Scale*)

Anexo G: Escala de Autoestima (RSES)

Anexo H: Inventário da Aliança Terapêutica (WAI-SR)

Abreviaturas

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

ISMI – Escala do Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental

AT – Aliança Terapêutica

EI – Estigma Internalizado

NECT - *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy*

A relação entre o estigma internalizado, a aliança terapêutica e os resultados da terapia em população clínica

As perturbações mentais envolvem mudanças na emoção, pensamento e/ou comportamento que se associam a um sofrimento significativo e a problemas familiares, nas atividades sociais e laborais (APA, 2018). Qualquer pessoa pode ser afetada por uma perturbação mental, independentemente da sua idade, sexo, estatuto social, rendimentos, raça/etnia, religião, orientação sexual, personalidade ou qualquer outro aspeto relacionado com a identidade cultural (APA, 2018).

A nível mundial, as perturbações mentais têm uma prevalência de 12%, subindo para 23% nos países desenvolvidos (Xavier et al., 2013). Na Europa, estima-se que todos os anos mais de 38,2% da população sofre de pelo menos uma perturbação mental, sendo que as perturbações mentais são de entre outras causas as que mais contribuem para a morbilidade (Wittchen et al., 2011). Em Portugal, mais de um quinto dos portugueses sofre de uma perturbação psiquiátrica (22,9%), o que lhe confere o segundo lugar dos países da Europa com a mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas (Portugal Saúde Mental em Números, 2014).

Apesar da elevada prevalência das perturbações mentais, grande parte das pessoas que sofrem de perturbação mental evita revelar a sua doença. A experiência das pessoas com doença mental não é pautada apenas pelos sintomas da própria doença, mas também pelas atitudes dos outros e do próprio face à doença mental. O comportamento de evitamento adotado pelas pessoas com doença mental poderá ser justificado pelo estigma associado às perturbações mentais (APA, 2018; Xavier et al., 2013). O estigma em relação à doença mental é referente às atitudes negativas do público em geral para com as pessoas com doença mental. Este surge com base nos estereótipos (formas de

categorizar grupos de pessoas) negativos, em que as pessoas com doença mental são percebidas como sendo perigosas, incompetentes ou que não são passíveis de tratamento (Corrigan & Rao, 2012; Kalisova et al., 2018). Com efeito, estas crenças provocam medo e emoções negativas (Kalisova et al., 2018) que culminam em atitudes estigmatizantes que redundam em comportamentos de exclusão e discriminação que são experienciados pelas pessoas com doença mental com angústia, revolta, desespero, sigilo (Corrigan & Kleinlein, 1998), auto desvalorização, vergonha e afastamento social (Sibitz et al., 2013). A elevada prevalência do estigma em relação à doença mental é um fenómeno global, sendo conhecidos os seus efeitos ao nível da diminuição do uso dos serviços de saúde (Clement et al., 2015; Fox et al., 2018) e, conseqüentemente, na deterioração da saúde mental e física das pessoas com estas doenças (Link et al., 2017; Pearl et al., 2016).

Estigma e Doença Mental

As pessoas com doença mental encontram-se entre os grupos mais estigmatizados, independentemente do contexto sociocultural ou da área geográfica em que se inserem (Dubreucq et al., 2021; Link et al., 2001) e têm que lidar com um conjunto de crenças (por exemplo, perigosidade e incompetência social) e comportamentos (por exemplo, rejeição e marginalização) sociais negativas (Oliveira, 2015). As crenças sobre o que significa ser ‘doente mental’, que se encontram enraizadas na comunidade, têm impacto nas várias dimensões da vida das pessoas estigmatizadas. Limitam, por exemplo, as oportunidades de emprego e a construção das redes sociais, resultando num aumento da vulnerabilidade social e da dependência face aos apoios sociais. Este tipo de limitações, por sua vez, aumenta a recorrência da própria doença mental e compromete a saúde física das pessoas com esse tipo de patologia (Corrigan et al., 2011; Hipes et al., 2016; Link et al., 2017)

Na última década a pesquisa sobre o estigma em relação à doença mental progrediu consideravelmente. De acordo com a literatura, existem três níveis de estigma em relação à doença mental: o estrutural, social e internalizado (Livingston & Boyd, 2010). O estigma estrutural (*structural stigma*), também designado por estigma institucional (*institutional stigma*), refere-se às políticas e procedimentos de entidades privadas e públicas em posições de poder que restringem os direitos e oportunidades de pessoas com doença mental (Corrigan et al., 2004). O estigma social (*social stigma*), também denominado de estigma público (*public stigma*), existe ao nível do grupo e descreve as atitudes negativas, partilhadas pelos membros de uma comunidade, face a pessoas com doença mental (Link & Phelan, 2001). Por fim, o estigma internalizado (*internalized stigma*), ou também designado como autoestigma (*self-stigma*), refere-se ao processo de interiorização e aplicação dos estereótipos pelo próprio sujeito (Corrigan et al., 2011).

A distinção entre os diferentes tipos de estigma tem sido fundamental para a compreensão deste fenómeno. Sobretudo, por permitir estudar o estigma segundo uma abordagem psicológica e na perspetiva da pessoa que é objeto da estigmatização.

A prevalência de níveis elevados de estigma internalizado entre as pessoas com doença mental é um fenómeno comum a nível mundial (Boyd et al., 2014; Brohan et al., 2010; Dubreucq et al., 2021). Na Europa, por exemplo, 41,7% das pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia/perturbações psicóticas relacionadas e 21,7% com perturbações de humor apresentavam níveis moderados a elevados de estigma internalizado (Brohan et al., 2010).

O estigma internalizado pode ser definido como o “*ponto psicológico de impacto do estigma da sociedade na experiência de vida atual daqueles que são rotulados com doença mental*” (Ritsher et al., 2003). Esta definição pressupõe que existe um processo

de transformação da identidade, em que a pessoa abdica dos seus atributos identitários (como parceiro amoroso, amigo, empregado, entre outros) e adota uma visão estigmatizada de si próprio, “o de doente mental” (Yanos et al., 2008), tendo sentimentos negativos e comportamentos de auto discriminação em relação a si mesma (Livingston & Boyd, 2010).

Relativamente à associação entre o diagnóstico psiquiátrico e os níveis de estigma internalizado, os resultados dos estudos são díspares (Dubreucq et al., 2021; Livingston & Boyd, 2010). Segundo a análise realizado por Livingston e Boyd (2010), dos 25 estudos realizados relativos à relação entre o diagnóstico psicológico e o estigma internalizado, 15 estudos não encontraram uma associação significativa e 10 estudos encontraram uma associação significativa entre o diagnóstico e o estigma internalizado, sendo que nestes últimos, três reportaram uma associação positiva e um uma associação negativa.

No estudo qualitativo de Burke e colaboradores (2016), os participantes, com diagnósticos do espectro da esquizofrenia e bipolaridade, reportaram que as atitudes negativas da sociedade para com as pessoas com doenças mentais como a ansiedade e a depressão foram diminuindo ao longo do tempo. Os participantes opinavam que o mesmo não tinha acontecido relativamente às pessoas com diagnósticos associados aos sintomas psicóticos; essas pessoas continuam a ser consideradas como tendo doenças crónicas e incontrolláveis. Os autores sugeriram que o estigma em relação à psicose está mais enraizado na sociedade em comparação com outras doenças mentais. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Grambal e colaboradores (2016), no qual indivíduos com diagnósticos de perturbação bipolar apresentavam níveis de estigma internalizado mais elevados em comparação com indivíduos com diagnósticos de perturbações do espectro da ansiedade.

Como foi referido por Jones e colaboradores (1948), quanto mais visível (*concealability*) e detetável é determinada condição estigmatizante, maior e mais negativo será o impacto nas interações com os demais. Neste sentido, dado a visibilidade dos sintomas psicóticos, por se desviarem manifestamente da norma, as pessoas com perturbações mentais deste espectro podem estar sujeitas a mais experiências de estigmatização, o que pode resultar em níveis de estigma internalizado mais elevado. Torna-se, assim, essencial continuar a investigar se existem diferenças nos níveis de estigma internalizado consoante o diagnóstico psicológico.

Relativamente à toma da medicação, alguns estudos identificaram que a níveis mais elevados de estigma internalizado corresponde uma maior probabilidade de descontinuação da medicação por iniciativa própria, em relação à toma de antidepressivos e antipsicóticos (Feldhaus et al., 2018; Kamaradova et al., 2016). Neste sentido, o estigma internalizado não se restringe apenas a interiorização de estereótipos sobre ter uma doença mental, mas também pode implicar vergonha e até atitudes negativas relativamente ao tratamento, como é exemplo a desistência da toma da medicação (Feldhaus et al., 2018).

O estigma internalizado pode associar-se a outras dimensões psicológicas. Algumas pessoas com doença mental internalizam o estigma o que resulta em reações emocionais negativas como a perda de valor próprio, sentir-se incapaz e menos digno de oportunidades, refletindo-se na diminuição da autoestima e da autoeficácia (Corrigan & Rao, 2012). A investigação empírica decorrente confirmou que o estigma internalizado se encontrava associado à reduções significativas na autoestima (Catalano et al., 2021; Corrigan et al., 2016; Huang et al., 2018; Maharjan & Panthee, 2019; Manor-Binyamini, 2020) e na autoeficácia (Corrigan et al., 2006; Pasmatzki et al., 2016). Paradoxalmente, outras pessoas com doença mental não reportam reações emocionais negativas, mostrando indignação em relação ao estigma que existe em torno da doença mental. Estas

peessoas apresentavam uma autoestima e autoeficácia mais elevadas que as protegia dos efeitos negativos associados a uma eventual interiorização do estigma (Corrigan & Rao, 2012).

Frequentemente, a internalização do estigma em relação a ter uma doença mental piora o curso da própria doença (Corrigan & Rao, 2012). A níveis elevados de estigma internalizado está associado maior gravidade dos sintomas psiquiátricos (Boyd et al., 2014; Livingston & Boyd, 2010), nomeadamente os sintomas positivos, negativos e depressivos (Dubreucq et al., 2021). Contudo, esta relação causal não parece ser unidirecional.

Os estudos sugerem que a relação entre os níveis de estigma internalizado e os sintomas psicopatológicos é bidirecional. Ou seja, o estigma internalizado pode apresentar-se como preditor da sintomatologia e, também, como resultado do aumento da sintomatologia. Na investigação conduzida por Kendra e colaboradores (2014), a análise dos resultados mostra que se por um lado, quando os pacientes não se rejeitavam por ter uma doença mental a sintomatologia depressiva era menor, por outro lado, o aumento da sintomatologia depressiva parecia aumentar a rejeição e autocensura face ao facto de estar “doente”, aumentando os níveis de estigma internalizado. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por Kalisova e colaboradores (2018) que referem que sintomatologia depressiva e psicótica pioram os níveis de estigma internalizado.

Como já foi supramencionado, o estigma internalizado envolve vergonha e atitudes negativas face ao tratamento. Por este motivo, o estigma internalizado tem um impacto negativo para a eficácia do tratamento (Ociskova et al., 2018). Os resultados do estudos mostraram que o estigma internalizado dificulta a construção de uma forte aliança terapêutica no início (Kendra et al., 2014), prejudicando a orientação para as metas da terapia (Corrigan et al., 2009) e a adesão ao tratamento (Kamaradova et al., 2016).

Embora vários estudos apontem para o facto do estigma internalizado e da aliança terapêutica serem variáveis relevantes para o processo terapêutico, a investigação sobre a relação entre estes dois conceitos durante o processo de tratamento individual é ainda muito limitada. Nos poucos estudos realizados, os autores identificaram uma associação negativa entre o estigma internalizado e a aliança terapêutica (e.g., Owen et al., 2013).

Nos estudos em que se verificou que existia uma associação negativa, persiste ainda a questão da causalidade (Deres et al., 2020). Por um lado, o estigma internalizado pode tornar o paciente mais cauteloso e reticente, criando uma distância entre si e o terapeuta e impossibilitando a construção de uma forte aliança terapêutica (Kendra et al., 2014). Uma hipótese explicativa de como o estigma internalizado afeta o próprio processo de tratamento deve-se ao facto de os pacientes não tolerarem o confronto com a realidade de que estão a ser tratados por ter uma doença mental (Sirey et al., 2001) e, na tentativa de evitar pertencer ao grupo estigmatizado dos doentes mentais (Barney et al., 2006; Corrigan & Rüsch, 2002), procuram evitar a ligação ao terapeuta. Por outro lado, a relação terapêutica pode ser benéfica. A construção de uma boa aliança terapêutica pode providenciar uma sensação de ‘segurança’ que permite aos pacientes explorar as experiências e os sentimentos negativos ou dolorosos associados ao estigma internalizado, como a vergonha (Kendra et al., 2014). Assim, tal como o que verificámos relativamente à associação entre o estigma internalizado e os sintomas, também no que se refere à associação entre o estigma internalizado e a aliança terapêutica, os dados sugerem que existe uma relação bidirecional entre estas variáveis.

Atualmente, a aliança terapêutica é um fator relacional empiricamente validado pela APA (Norcross & Lambert, 2018). Significa que, independentemente do modelo psicoterapêutico ou patologia, a uma maior aliança terapêutica correspondem melhores resultados terapêuticos (Flückiger et al., 2018). Pelo que, considerando a associação do

estigma internalizado à aliança terapêutica e de ambos com os resultados da terapia, hipotetizamos que o estigma internalizado poderá moderar a relação entre a aliança terapêutica e as variáveis de resultado do tratamento (sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia).

A recuperação da doença mental tem vindo a ser descrita como um processo individual que não é circunscrito à redução dos sintomas, mas incluindo a capacitação para viver uma vida autodeterminada e plena (Oexle et al., 2018). Neste sentido, o estigma internalizado é uma dimensão psicológica que permite compreender como é que as pessoas com doença mental se encontram, ou não, limitadas pela sua própria condição de saúde. Justifica-se, portanto, a necessidade de explorar o estigma internalizado em diversos contextos de tratamento, em diferentes diagnósticos clínicos, e de que forma este se relaciona com o processo terapêutico, em particular com a aliança terapêutica e com os resultados da terapia.

Objetivos

A presente investigação teve como objetivos avaliar: (1) se existe associação entre o tipo de diagnóstico, a toma de medicação e o perfil de estigma internalizado (alto versus baixo); (2) se existem diferenças na aliança terapêutica, sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia em função do perfil de estigma internalizado (alto versus baixo); (3) qual o contributo da aliança terapêutica, dos sintomas psicopatológicos, da autoestima e da autoeficácia, para as diferentes dimensões do estigma internalizado; e, (4) se o estigma internalizado modera o efeito da aliança terapêutica sobre os resultados da terapia (medidos em termos de sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia).

Metodologia

O presente estudo utilizou uma técnica de amostragem não probabilística e intencional para selecionar uma amostra de portuguesas com diagnósticos clínicos de esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas relacionadas; perturbações de humor e outras perturbações clínicas que causavam mau estar significativo. Esta pesquisa encontra-se em conformidade com as diretrizes éticas aceites pelo Ministério da Educação e Ciência e a Fundação para a Ciência e a Tecnologia (2015). Os estabelecimentos de Saúde Mental concordaram com a colaboração e com o protocolo de pesquisa que foi aprovado pelas Comissões de Ética da Saúde, nas instituições que assim o exigiram.

Participantes

Os participantes foram encaminhados para o presente estudo diretamente por profissionais de Saúde Mental, maioritariamente por Psicólogos(as), contando com a participação de Casas de Saúde, Associações de Apoio, Unidades de Saúde ou acompanhamentos realizados no contexto privado, entre Setembro de 2019 e Janeiro de 2021. Para serem elegíveis, os participantes deveriam ter idade igual ou superior aos 18 anos, receber acompanhamento psicológico individual por um profissional creditado (psicólogo ou psiquiatra), saber ler e escrever, e não se encontrar na fase ativa dos sintomas positivos (no caso dos diagnósticos de esquizofrenia e outras perturbações psicóticas).

Dos 105 participantes 35 foram excluídos por não se encontrarem, no momento do estudo, em acompanhamento psicológico. Participaram no presente estudo 70 indivíduos, 53 eram do sexo feminino (75,71%), com idades entre os 18 e os 65 ($M = 33$; $DP = 12,73$). A maioria dos participantes estavam solteiros (81,43%), não tinham filhos

(71,43%) e viviam com a família de origem/pais (48,57%). Relativamente ao nível de habilitações literárias a maioria dos participantes completaram o ensino Universitário (58,57%), estavam empregados (54,29%) e, segundo a classificação do IEFP, desempenhavam funções na categoria de Especialistas das atividades intelectuais e científicas (34%).

No que concerne ao diagnóstico clínico, os participantes apresentavam sobretudo diagnósticos de Perturbações de Humor (48,57%) e encontravam-se a tomar medicação (71,43%). As características sociodemográficas e clínicas da amostra encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1

Características sociodemográficas e Clínicas dos participantes

| Características | N | % |
|---|----|-------|
| Sexo | | |
| Masculino | 17 | 24.29 |
| Feminino | 53 | 75.71 |
| Estado Civil | | |
| Solteiro(a) | 57 | 81.43 |
| Casado(a) | 9 | 12.86 |
| Divorciado(a) | 4 | 5.71 |
| Habitação | | |
| Sozinho(a) | 19 | 27.14 |
| Família Nuclear/Companheiro(a) e filhos(as) | 17 | 24.29 |
| Família Origem/ Pais | 34 | 48.57 |
| Habilitações | | |
| 2º ciclo | 3 | 4.29 |
| 3º ciclo | 6 | 8.57 |
| Secundário | 20 | 28.57 |
| Universitário | 41 | 58.57 |
| Profissão | | |
| Estudantes | 17 | 24.00 |
| Profissões das Forças Armadas | 1 | 1.50 |
| Especialistas das atividades intelectuais e científicas | 24 | 34.00 |

| | | |
|---|----|-------|
| Técnicos e Profissões de Nível Intermédio | 5 | 7.00 |
| Pessoal Administrativo | 7 | 10.00 |
| Trabalhadores dos serviços pessoais, de Proteção e segurança e vendedores | 1 | 1.50 |
| Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices | 6 | 9,00 |
| Trabalhadores não qualificados | 5 | 7,00 |
| Situação Profissional | | |
| Empregado | 38 | 54.29 |
| Desempregado | 23 | 32.26 |
| Emprego Protegido | 3 | 4.29 |
| Pensão de Incapacidade | 6 | 8.57 |
| Diagnósticos Clínicos | | |
| Esquizofrenia e Perturbações Psicóticas | 15 | 21.43 |
| Perturbações de Humor | 34 | 48.57 |
| Outras Perturbações Mentais | 21 | 30.00 |
| Medicação | | |
| Sim | 50 | 71.43 |
| Não | 20 | 28.57 |

Nota. N = 70

Instrumentos

Questionário sociodemográfico.

Foi elaborado um questionário para recolher informação sociodemográfica de cada participante (e.g., idade, sexo, estado civil, com quem vive, habilitações literárias, profissão, situação atual), a identificação de aspetos relacionados com a perturbação (e.g., motivo de procurar ajuda e o diagnóstico) e a situação atual no tratamento (e.g., tempo de permanência na instituição e toma de medicação).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptom Inventory – BSI; L.R. Derogatis, 1982; Canavarro, 1999).

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos encontra-se traduzido e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999). Este inventário de autorrelato é constituído por 53 itens dos 90 itens originais do Symptom Checklist-90 (SCL-90) e permite avaliar

os sintomas psicopatológicos em nove dimensões, nomeadamente: a Somatização que reflete o mal-estar que resulta da perceção do funcionamento somático ($\alpha = .80$; $r = .76$); as Obsessões-Compulsões, dimensão referente às cognições, impulsos e comportamentos persistentes, ego-distónicos e de natureza indesejada ($\alpha = .77$; $r = .71$); a Sensibilidade Interpessoal foca os sentimentos de inadequação, inferioridade em comparação com outras pessoas ($\alpha = .76$; $r = .68$); a Depressão reflete sintomas como o afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida ($\alpha = .73$; $r = .81$); a Ansiedade contempla o nervosismo e tensão, e sintomas da ansiedade generalizada e do ataque de pânico ($\alpha = .77$; $r = .74$); a Hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos do estado afetivo negativo da cólera ($\alpha = .76$; $r = .65$); Ansiedade Fóbica os itens desta dimensão focam-se no medo persistente, irracional e desproporcionado em relação a determinado estímulo característico do comportamento fóbico ($\alpha = .62$; $r = .79$); a Ideação Paranoide compreende pensamento projetivo, hostilidade, grandiosidade, delírios entre outros comportamentos do funcionamento paranoide ($\alpha = .72$; $r = .63$) e o Psicoticismo os itens são indicadores de isolamento, estilo de vida esquizoide, alucinações e controlo de pensamento ($\alpha = .62$; $r = .78$). A pontuação de cada dimensão é obtida através da média das respostas aos itens correspondentes. Permite ainda avaliar o nível de sintomatologia psicopatológica apresentado, através dos três Índices Globais: Índice Geral de Sintomas (IGS, $r = .79$) que calculado pela média de todos os itens; Total de Sintomas Positivos (TSP, $r = .84$) corresponde ao número de itens com pontuação superior a zero, e Índice de Sintomas Positivos (ISP $r = .45$) calculado através da divisão entre o IGS e o TSP. Todos os itens são respondidos numa escala de tipo *Likert* de 0 – “Nunca” a 4 – “Muitíssimas vezes”. O tempo necessário para preencher o BSI varia entre 8 e 10 minutos.

No que concerne às características psicométricas, o BSI apresentou bons valores de consistência interna e estabilidade temporal para cada uma das nove dimensões.

Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental (Internalized Stigma of Mental Illness Inventory – ISMI Ritsher et al., 2003; Oliveira et al., 2015).

O ISMI encontra-se validado e adaptado para a população portuguesa (Oliveira et al., 2015), é uma medida destinada a avaliar a experiência subjetiva de internalização do estigma, ou também denominado de autoestigma, devido à doença mental. Trata-se de uma medida de autopreenchimento, composta por 28 itens ($\alpha = .85$) agrupados em cinco subescalas que medem: a Alienação ($\alpha = .84$) que se refere à experiência subjetiva de não se sentir um membro pleno da sociedade; a Adesão aos Estereótipos ($\alpha = .90$) é relativo ao nível de concordância com os estereótipos normalmente atribuídos às pessoas com doenças mentais; a Experiência de Discriminação ($\alpha = .80$) retrata à percepção que as pessoas têm quanto à forma como tendem a ser tratadas pelos outros; o Afastamento Social ($\alpha = .83$) reporta o evitamento em falar de si próprio e de se relacionar com os outros por sentir o peso da experiência de ter uma doença mental, e, a Resistência ao Estigma ($\alpha = .64$) mede a experiência de resistir ou não ser afetado pelo estigma internalizado. Cada item é cotado segundo uma escala de tipo *Likert*, em que 1 corresponde a Discordo Totalmente e 4 a Concordo Totalmente. Os itens invertidos são o 6, o 13, o 23, o 25 e o 26, que correspondem à subescala da Resistência ao Estigma. A pontuação de cada uma das subescalas e do total através da média das respostas aos itens correspondentes. Na presente investigação as pontuações foram interpretadas de acordo com o método de 2 categorias no qual é considerado que pontuações entre 1,00 e 2,50 indicam níveis baixos de estigma internalizado, e, pontuações entre 2,51 e 4,00 indicam níveis altos de estigma internalizado, à semelhança do que foi anteriormente utilizado por

outros autores nas suas investigações (Fadipe et al., 2018; Mosanya et al., 2014; Ritsher & Phelan, 2004). Pontuações altas indicam níveis mais elevados de estigma internalizado.

Escala da Autoeficácia (The Self-efficacy Scale - Sherer & Adams, 1983; Ribeiro, 1995).

A tradução e adaptação da escala para a população portuguesa foi realizada por Ribeiro (1995). Esta escala tem como objetivo aceder à perceção de autoeficácia, refletindo o juízo pessoal que os indivíduos fazem sobre a sua capacidade de organizar e implementar atividades, em situações desconhecidas, imprevisíveis e geradoras de stress. A escala é composta por 15 itens que se encontram agrupados segundo três fatores: iniciação e persistência ($\alpha = .86$), que diz respeito à apreciação do indivíduo sobre a sua vontade para iniciar e concluir a ação; eficácia perante a adversidade ($\alpha = .82$), refere-se à vontade para persistir na atividade mesmo quando ocorrem situações adversas; e, por fim, a eficácia social ($\alpha = .59$), designa as expectativas perante situações sociais. As respostas são segundo uma escala de Likert de sete alternativas (entre 1 - discordo totalmente e 7 - concordo totalmente). Os itens invertidos são o 3, o 4, o 5, o 6, o 7, o 8, o 9, o 10, o 12, o 14 e o 15. A pontuação, de cada um dos fatores e da autoeficácia total, é obtido através da média das respostas aos itens, sendo que a pontuações mais elevadas corresponde uma maior perceção da autoeficácia.

Escala da Autoestima (Rosenberg Self-esteem Scale - RSES; Rosenberg, 1965; Santos & Maia, 2003).

A versão portuguesa da escala de autoestima (Santos & Maia, 2003) adaptada da original (Rosenberg, 1965), tem por base a conceção de autoestima proposta por Rosenberg (1965, p. 5), como a atitude positiva ou negativa relativamente a um objeto, o *self*. A RSES, permite avaliar a autoestima global e é constituída por dez itens, cinco de orientação positiva relacionados com o respeito e aceitação de si mesmo (e.g. “Sinto que

sou uma pessoa de valor”) e cinco de orientação negativa (e.g. “Por vezes sinto que sou um inútil”), cotados segundo uma escala de *Likert* com quatro alternativas (1 = Discordo Fortemente e 4 = Concordo Fortemente). Os itens invertidos são o 2, o 5, o 6, o 8 e o 9. A pontuação final obtém-se através do somatório de todos os itens que compõem a escala. As pontuações totais variam entre 10 e 40, sendo que a valores mais altos correspondem níveis mais elevados de autoestima. A escala da autoestima apresenta uma boa consistência interna ($\alpha = .86$).

Inventário da Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory-Short Revised - WAI-SR*; Hatcher & Gillaspy, 2006; Machado & Horvath, 1999).

A versão portuguesa do Inventário da Aliança Terapêutica - Versão Reduzida e Revista foi traduzido e validado para a população portuguesa por Machado e Horvath (1999). Tem por objetivo avaliar a qualidade da aliança terapêutica pela perspectiva do cliente. A aliança terapêutica é analisada segundo dois níveis: o nível de primeira ordem é constituído por três fatores específicos: Objetivos ($\alpha = .80$), corresponde ao acordo nas metas estabelecidas pelo cliente e terapeuta; Tarefas ($\alpha = .72$), refere-se ao acordo entre cliente e o terapeuta nas estratégias para alcançarem os objetivos; e o Vínculo ($\alpha = .64$), designa a ligação afetiva entre cliente e terapeuta; o nível de segunda ordem corresponde ao fator geral ($\alpha = .85$). A versão mais curta é composta por 12 itens onde as respostas são dadas através de uma escala de *Likert* com cinco alternativas correspondendo, 1 = Raramente e 5 = Sempre. Os itens invertidos são o 3, o 5, o 6, o 7, o 9 e o 12. O cálculo da pontuação dos fatores é realizada através do somatório das respostas aos itens. A pontuação total é indicativa da qualidade da aliança terapêutica, em que a uma maior pontuação corresponde uma melhor aliança terapêutica.

Procedimento

Inicialmente, planeámos realizar uma breve apresentação presencial da investigação às pessoas que se encontravam a frequentar as Casas de Saúde, Associações de Apoio, Unidades de Saúde ou Contexto Privado. Contudo, dada a situação pandémica que se instalou em Portugal derivada do Covid-19, apenas foi possível realizar a recolha presencial em duas das sete instituições. Nos casos em que tal não foi possível, a apresentação foi realizada por profissionais de saúde que laboravam nas instituições, e foi ainda disponibilizado um documento com um pequeno texto de apresentação da investigadora uma vez que não poderia estar presente.

Após a apresentação, em conformidade com cada uma das entidades de saúde que aceitaram colaborar no estudo, foi agendado uma data para dar início à fase de aplicação dos questionários. A aplicação decorreu de duas formas distintas em função do momento. Quando não estávamos em período de confinamento, a recolha realizou-se de modo presencial, numa sala sem ruído ou interrupções, com boa claridade e espaço adequados, onde esteve presente um representante da entidade de Saúde, a investigadora e o participante (e.g., ASMAL).

Como já foi supramencionado, dada a situação pandémica que obrigou ao confinamento, a aplicação dos questionários foi repensada e reorganizada. A aplicação dos questionários no período de confinamento foi alterada do presencial para o formato digital através da plataforma *Google Forms*. Neste novo formato de aplicação, os participantes responderam aos questionários através de computadores fornecidos pela entidade de saúde que frequentavam (e.g., Casa de Alba) ou através do seu próprio computador (e.g., ADEB e contexto privado), salvo a exceção da Unidade de Saúde da Ilha de Santa Maria, onde a aplicação dos questionários foi realizada pela psicóloga de serviço e em formato de papel.

Aos participantes que aceitaram colaborar foi entregue, de forma individualizada, um consentimento informado onde constava o objetivo da investigação, frisando que a sua participação era voluntária e que as respostas eram confidenciais, ou seja, os seus dados pessoais somente seriam visualizados pela investigadora (Anexo A). De seguida, foi aplicado o questionário sociodemográfico (Anexo B) e o BSI (Anexo C) para obter informações gerais e sobre o estado clínico atual; o ISMI (Anexo D) para aceder ao estigma internalizado; a Escala de Autoeficácia (Anexo F) e o RSES (Anexo G) como resultados da terapia, e por fim, a WAI-SR (Anexo H) para avaliar a aliança terapêutica.

Análise dos Dados.

Os dados recolhidos foram inseridos e analisados recorrendo ao software estatístico IBM *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 26. Foram realizadas análises de frequências para descrever a amostra em termos das suas características sociodemográficas e clínicas, em termos de número de casos (N) e percentagem (%) como é possível observar na Tabela 1.

À priori, de forma a dividir a amostra consoante os níveis de estigma internalizado efetuou-se uma análise de *clusters* com recurso ao método de agrupamento não-hierárquico (K-means).

A fim de investigar se existia associação entre o diagnóstico, toma de medicação e níveis de estigma internalizado (alto versus baixo) realizou-se uma análise do Qui-Quadrado.

De seguida, para avaliar se existiam diferenças na aliança terapêutica, sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia em função dos níveis de estigma internalizado (alto versus baixo) realizou-se um *teste t* para amostra independentes. Posteriormente, para identificar qual o contributo da aliança terapêutica, dos sintomas

psicopatológicos, da autoestima e da autoeficácia, para as diferentes dimensões do estigma internalizado realizaram-se regressões lineares múltiplas.

Por fim, a análise dos efeitos de moderação foi realizada através do modelo 1 do *script* PROCESS para o SPSS (Hayes, 2013).

Resultados

Num primeiro momento, optamos por submeter as respostas dadas pelos sujeitos aos fatores do ISMI a uma análise de *clusters* com recurso ao método de agrupamento não-hierárquico (K-means). Obtivemos dois *clusters*, cujo valores médios/centro estão indicados na Tabela 2. Com esta análise, pretendíamos obter uma diferenciação dos sujeitos da nossa amostra de acordo com os níveis de estigma internalizado. Assim, os sujeitos ficaram diferenciados de acordo com o perfil de estigma internalizado.

Tabela 2

Valores médios nas subescalas do ISMI para cada cluster.

| | Cluster | |
|------------------------------|---------------|---------------|
| | 1 (N = 30) | 2 (N = 40) |
| Alienação | 2.97 | 1.43 |
| Adesão ao Estereótipo | 2.11 | 1.40 |
| Experiência de Discriminação | 2.08 | 1.10 |
| Afastamento Social | 2.61 | 1.54 |
| Resistência ao Estigma | 1.97 | 2.23 |

Os valores médios do *cluster* 1 descrevem sujeitos com níveis mais altos de estigma internalizado e com menos resistência ao estigma – Perfil 1. Por oposição, os

valores médios do *cluster 2* identificam sujeitos com níveis de estigma internalizado mais baixo e com mais resistência ao estigma – Perfil 2.

De acordo com o método de duas categorias para a interpretação das pontuações do ISMI (Fadipe et al., 2018; Mosanya et al., 2014; Ritsher & Phelan, 2004), em que pontuações compreendidas entre 1,00 e 2,50 correspondem a baixo estigma internalizado e pontuações entre 2,51 e 4,00 correspondem a alto estigma internalizado, verificámos que as dimensões Alienação e Afastamento Social do Perfil 1 podem ser consideradas muito elevadas. Tendo em conta a distribuição dos sujeitos pelos perfis, observou-se que 42,9% (n = 30) dos sujeitos apresentou um estigma internalizado tendencialmente problemático. Em relação ao Perfil 2, de uma forma geral, as pontuações nas subescalas são baixas o que indica que estes indivíduos são mais resistentes ao estigma. A subescala Resistência ao Estigma é interpretada separadamente, dado que os itens são cotados de forma inversa, pelo que pontuações mais altas (> 2.51) indicam mais resistência ao estigma e desta forma menos estigma internalizado. Pontuações baixas (< 2.51) indicam menos resistência ao estigma e conseqüentemente mais estigma internalizado.

Associação entre o tipo de diagnóstico, a medicação e o perfil de estigma internalizado

De seguida, foi realizada uma análise do Qui-Quadrado para perceber se existia uma associação entre os *perfis de estigma internalizado*, o grupo de diagnóstico e a toma da medicação.

Tabela 3

Resultados de frequência e qui-quadrado para diagnóstico e toma de medicação em relação ao perfil de estigma internalizado (N = 70)

| | Perfil 1 | | Perfil 2 | | X ² (gl) | p |
|-----------------------|----------|------|----------|------|---------------------|------|
| | n | % | n | % | | |
| Diagnóstico | | | | | | |
| Esquizofrenia | 8 | 26.7 | 7 | 17.5 | 2.67(2) | .264 |
| Perturbações de Humor | 16 | 53.3 | 18 | 45.0 | | |
| Outros | 6 | 20.0 | 15 | 37.5 | | |
| Medicação | | | | | | |
| Sim | 26 | 86.7 | 24 | 60.0 | 5.97(1) | .015 |
| Não | 4 | 13.3 | 16 | 40.0 | | |

Os resultados das análises (Tabela 3) mostram que não existe associação entre o perfil de estigma internalizado e o grupo de diagnóstico ($p = .264$), ou seja, os sujeitos com diferentes diagnósticos distribuem-se indiferenciadamente pelos dois perfis. Quanto à toma de medicação, existe uma associação significativa ($p = .015$). Com base na análise dos resíduos ajustados, embora a maior parte dos sujeitos tome medicação (71,4%), é esperado encontrar mais sujeitos que tomam medicação no Perfil 1 (86,7%) do que no Perfil 2 (60%), por outro lado é esperado encontrar mais sujeitos que não tomam medicação no Perfil 2 (40%) do que no Perfil 1 (13,3%).

Perfil de estigma internalizado e diferenças na aliança terapêutica, sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia

De forma a perceber se existiam diferenças na aliança terapêutica, sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia em função dos níveis de estigma internalizado (alto versus baixo), foi realizado um *teste t* para amostras independentes.

Tabela 4

Tabela do teste t para amostras independentes das variáveis de processo e de resultado em relação ao perfil de cluster.

| | Perfil 1 (N= 30) | | Perfil 2 (N = 40) | | <i>t</i> (gl) | <i>p</i> |
|------------------------------|---------------------|-----------|----------------------|-----------|---------------|----------|
| | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>M</i> | <i>DP</i> | | |
| Aliança Terapêutica | | | | | | |
| Vínculos | 14.53 | 4.13 | 15.98 | 3.29 | -1.58(54,01) | .121 |
| Objetivos | 13.73 | 4.82 | 16.02 | 3.48 | -2.21(50) | .032* |
| Tarefas | 12.73 | 4.04 | 14.93 | 4.00 | -2.26(68) | .027* |
| Total | 13.67 | 3.89 | 15.64 | 3.32 | -2.29(68) | .025* |
| Autoeficácia | | | | | | |
| Iniciação e Resistência | 22.17 | 7.67 | 17.48 | 6.29 | -3.18(68) | .002** |
| Eficácia perante adversidade | 21.17 | 6.74 | 25.70 | 7.10 | -2.70(68) | .009** |
| Social | 16.30 | 5.14 | 17.58 | 4.78 | -1.07(68) | .288 |
| Total | 19.61 | 5.99 | 24.67 | 3.77 | -3.70(68) | .001*** |
| Autoestima Total | 22.90 | 5.39 | 30.25 | 5.62 | -5.51(68) | .000*** |
| BSI | | | | | | |
| Somatização | 10.10 | 6.01 | 7.45 | 6.99 | 1.66(68) | .101 |
| Obsessões Compulsões | 13.03 | 5.31 | 8.93 | 5.10 | 3.28(68) | .002** |
| Sensibilidade Interpessoal | 8.90 | 3.94 | 5.40 | 4.12 | 3.58(68) | .001*** |
| Depressão | 14.00 | 5.90 | 8.80 | 5.64 | 3.74(68) | .000*** |
| Ansiedade | 11.97 | 5.40 | 9.30 | 5.65 | 1.99(68) | .051 |
| Hostilidade | 7.93 | 4.43 | 5.43 | 4.16 | 2.43(68) | .018* |
| Ansiedade Fóbica | 8.20 | 5.39 | 4.47 | 4.86 | 3.03(68) | .003** |
| Ideação Paranoide | 9.77 | 4.09 | 7.03 | 4.51 | 2.62(68) | .011* |
| Psicoticismo | 9.57 | 3.44 | 6.00 | 4.44 | 3.65(68) | .001*** |
| Outros | 7.47 | 4.12 | 6.35 | 4.37 | 1.08(68) | .282 |
| Índice Geral de sintomas | 1.90 | .72 | 1.30 | .80 | 3.24(68) | .002** |
| Índice de Sintomas Positivos | 2.31 | .60 | 1.94 | .58 | 2.63(68) | .010** |

Nota. BSI= Inventário de Sintomas Psicopatológicos; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$,

*** $p < 0.001$

Os resultados do *teste t* para amostras independentes mostram que, em média, os indivíduos com menos estigma internalizado (Perfil 2) apresentam uma pontuação significativamente superior na: Aliança Terapêutica total ($t_{68} = -2.29$; $p = .025$) e nas subescalas Objetivos ($t_{68} = -2.21$; $p = .032$) e Tarefas ($t_{68} = -2.26$; $p = .027$); na Autoeficácia total ($t_{68} = -5.51$; $p = .001$) e nas subescalas Iniciação e Resistência ($t_{68} = -3.18$; $p = .002$) e Eficácia perante a adversidade ($t_{68} = -2.70$; $p < .009$) e na Autoestima total ($t_{68} = -5.51$; $p < .001$).

Os indivíduos com mais estigma internalizado (Perfil 1) apresentaram uma pontuação significativamente superior no Índice de Sintomas Positivos ($t_{68} = 2.63$; $p = .010$); no Índice Geral de Sintomas ($t_{68} = 3.24$; $p = .002$) e nas subescalas Obsessões e Compulsões ($t_{68} = 3.28$; $p = .002$); Sensibilidade Interpessoal ($t_{68} = 3.58$; $p = .001$); Depressão ($t_{68} = 3.74$; $p < .001$); Hostilidade ($t_{68} = 2.43$; $p = .018$); Ansiedade Fóbica ($t_{68} = 3.03$; $p = .003$); Ideação paranoide ($t_{68} = 2.62$; $p = .011$); Psicoticismo ($t_{68} = 3.65$; $p = .001$). Os resultados podem ser observados na Tabela 4.

O contributo da aliança terapêutica, dos sintomas psicopatológicos, da autoestima e da autoeficácia para o estigma internalizado

Com o intuito de perceber qual o contributo da aliança terapêutica, dos sintomas psicopatológicos, da autoestima e da autoeficácia para o estigma internalizado foram realizadas regressões linear múltiplas, utilizando o método *stepwise* (exclui automaticamente os preditores que não são significativos). Sequencialmente, a variável dependente foram subescalas do estigma internalizado (Alienação, Adesão aos Estereótipos, Experiência de Discriminação e Resistência ao Estigma). As variáveis independentes (subescalas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos; subescalas da autoeficácia, autoestima e subescala da aliança terapêutica) foram inseridas num único bloco.

Tabela 5

Resultados da Regressão linear múltipla para as subescalas do Estigma Internalizado.

| Variáveis | R^2 | R^2 Ajustado | ΔR^2 | B | β | p |
|--------------------------------|-------|-------------------|--------------|------|---------|---------|
| Alienação | | | | | | |
| Constante | - | - | - | 4.40 | - | .000 |
| Autoestima Total | .38 | .37 | .38 | -.07 | -.56 | .000*** |
| BSI Ansiedade Fóbica | .45 | .43 | .07 | .04 | .27 | .004** |
| AT Objetivos | .48 | .46 | .03 | -.04 | -.18 | .050* |
| Adesão aos Estereótipos | | | | | | |
| Constante | - | - | - | 1.96 | - | .000 |
| BSI Sensibilidade Interpessoal | .15 | .13 | .15 | .04 | .34 | .003** |
| AT Objetivos | .22 | .20 | .08 | -.04 | -.28 | .011** |
| Experiência de Discriminação | | | | | | |
| Constante | - | - | - | 1.73 | - | .000 |
| BSI Ideação Paranoide | .23 | .22 | .23 | .06 | .41 | .000*** |
| Autoestima Total | .30 | .28 | .06 | -.03 | -.26 | .018** |
| Afastamento Social | | | | | | |
| Constante | - | - | - | 2.54 | - | .000 |
| Autoestima Total | .38 | .36 | .08 | -.04 | -.35 | .001*** |
| BSI Ansiedade Fóbica | .43 | .41 | .05 | .04 | .28 | .016** |

Nota. BSI = Inventário de sintomas Psicopatológicos; AT = Aliança Terapêutica; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Os resultados da regressão linear múltipla indicam que em conjunto a autoestima total, a ansiedade fóbica (BSI) e os objetivos (AT) explicam aproximadamente 48% da variância da Alienação (ISMI) [$F_{(3, 66)} = 20.195$; $p < .001$; $R^2 = 0.479$]. Sendo que a Autoestima total ($\beta = -0.555$; $t = -6.134$; $p < .001$), e Objetivos (AT) ($\beta = -0.178$; $t = -1.999$; $p = .004$) mais elevados predizem pontuações menores na subescala Alienação, ou seja, menos alienação, e a mais Ansiedade fóbica (BSI) ($\beta = 0.269$; $t = 2.979$; $p = .050$) correspondem pontuações mais elevadas de Alienação, ou seja, mais Alienação.

Em relação à Adesão aos Estereótipos (ISMI) a análise da regressão linear múltipla indica que a Sensibilidade Interpessoal (BSI) e os Objetivos (AT) explicam 22%

da variância da Adesão aos Estereótipos [$F_{(2, 67)} = 9.36; p < .001; R^2 = 0.223$]. Em particular, mais Sensibilidade Interpessoal (BSI) ($\beta = 0.335; t = 3.069; p = .003$) prediz mais Adesão aos Estereótipos e mais Objetivos (AT) prediz menos Adesão aos Estereótipos ($\beta = -0.284; t = -2.600; p = .011$).

No que se refere à Experiência de Discriminação os resultados indicam que 29% da variância é explicada pela Ideação paranoide (BSI) e pela Autoestima total [$F_{(2,67)} = 14.107; p < .001; R^2 = 0.296$]. Sendo que mais Ideação paranoide (BSI) ($\beta = 0.413; t = 3.871; p < .001$) prediz mais Experiência de Discriminação e mais Autoestima ($\beta = -0.259; t = -2.433; p = .018$) prediz menos Experiência de Discriminação.

Relativamente à subescala Afastamento Social, 43% da variação é explicada pelas subescalas das Obsessões Compulsões (BSI), Ansiedade Fóbica (BSI) e Autoestima total [$F_{(3,66)} = 16.870; p < .001; R^2 = 0.434$]. Quanto mais altas as pontuações na Ansiedade Fóbica (BSI) ($\beta = 0.284; t = 2.481; p = .001$) mais Afastamento Social; e quanto mais Autoestima ($\beta = -0.353; t = -3.316; p = .016$) menos Afastamento Social.

O estigma internalizado como moderador entre a aliança terapêutica e os resultados da terapia

Por fim, foi realizada uma análise de moderação com o objetivo de investigar em que medida os níveis de estigma internalizado moderavam a relação entre a aliança terapêutica e os (1) sintomas psicopatológicos, (2) autoestima e (3) autoeficácia.

Tabela 6

Coefficientes do modelo de moderação do estigma internalizado na relação entre a aliança terapêutica e o índice geral de sintomas, autoestima e autoeficácia.

| | <i>B</i> | Erro Padrão | <i>t</i> | <i>p</i> | 95% CI | |
|---------------------------------|----------|-------------|----------|----------|-----------|-----------|
| | | | | | <i>LL</i> | <i>UL</i> |
| Índice Geral de Sintomas | | | | | | |
| Constante | 1.58 | .09 | 17.67 | .000 | 1.40 | 1.76 |
| AT | -.01 | .03 | -.28 | .784 | -.06 | .04 |
| EI | .84 | .19 | 4.45 | .000 | .46 | 1.21 |
| AT*EI | .03 | .05 | .69 | .494 | -.06 | .13 |
| Autoestima | | | | | | |
| Constante | 27.16 | .70 | 38.67 | .000 | 25.76 | 28.56 |
| AT | -.04 | .20 | -.18 | .860 | -.43 | .36 |
| EI | -7.64 | 1.48 | -5.16 | .000 | -10.60 | -4.68 |
| AT*EI | .10 | .37 | .28 | .779 | -.63 | .84 |
| Autoeficácia | | | | | | |
| Constante | 66.51 | 2.08 | 32.03 | .000 | 62.37 | 70.66 |
| AT | .16 | .59 | .27 | .789 | -1.02 | 1.33 |
| EI | -9.14 | 4.38 | -2.09 | .041 | -17.88 | -.39 |
| AT*EI | .93 | 1.09 | .85 | .397 | -1.25 | 3.11 |

Nota. CI = Intervalo de Confiança; LL = Limite Inferior; UL = Limite superior.

Variáveis dependentes: Índice Geral de Sintomas; Autoestima; Autoeficácia; AT= Aliança Terapêutica; EI = Estigma Internalizado; AT*EI= Interação entre a Aliança Terapêutica e o Estigma Internalizado.

Os resultados da análise de moderação (Tabela 6) não nos permitiram concluir que o nível de estigma internalizado modera o efeito da aliança terapêutica: nos (1) Sintomas psicopatológicos [$B = .032$, 95% C.I. (-.06, .13), $p = .494$], na (2) Autoestima [$B = .104$, 95% C.I. (-.63, .84), $p = .779$] e na (3) Autoeficácia [$B = .932$, 95% C.I. (-1.25,

3.11), $p = .397$]. Contudo, verificou-se um efeito significativo e positivo do estigma internalizado (EI) no Índice Geral de Sintomas [$B = .839$, 95% C.I. (.46, 1.21), $p < .001$], e um efeito significativo e negativo na Autoestima [$B = -7.637$, 95% C.I. (-10.60, -4.68), $p < .001$] e na Autoeficácia [$B = -9.139$, 95% C.I. (-17.88, -.39), $p = .041$]. Dito de outra forma, o estigma internalizado aumenta a sintomatologia e diminui a autoestima e a autoeficácia.

Discussão

Na literatura científica tem-se verificado um interesse crescente sobre o estigma internalizado em relação à doença mental (Dubreucq et al., 2021), dadas as implicações que o mesmo pode representar para o processo terapêutico (Corrigan et al., 2009; Kamaradova et al., 2016; Kendra et al., 2014) e para os resultados do tratamento (Ociskova et al., 2018). Contudo, continua por esclarecer a associação do estigma internalizado com o diagnóstico e a toma de medicação, as variáveis relacionadas com o processo terapêutico (e.g., aliança terapêutica) e as variáveis relativas à recuperação (como sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia).

Na presente investigação, 42,9 % da amostra ($n = 30$; Perfil 1), apresentaram níveis de estigma internalizado tendencialmente problemático, especialmente nas subescalas da Alienação e Afastamento Social do estigma internalizado. Estes resultados sugerem que os indivíduos pertencentes ao Perfil 1 não se sentiam um membro pleno da sociedade e evitavam falar de si próprios e de se relacionar com os outros devido à doença mental. A auto estigmatização pode provocar mudanças no comportamento social destes indivíduos, piorando o funcionamento social (Yanos et al., 2012). Uma pessoa que internaliza o estigma tem, muitas vezes, medo que as outras pessoas também o

discriminem e conseqüentemente pode tentar esconder a sua doença mental e isolar-se dos que lhe são mais próximos e da sociedade (Ociskova et al., 2018).

Todavia, nem todas as pessoas com doença mental aceitam e aplicam os estereótipos a si próprios. Na literatura científica tem vindo a ser mencionado que há pessoas com doença mental que rejeitam as crenças e comportamentos prejudiciais dos outros e/ou se recusam a ver-se a si mesmas dessa forma pejorativa (Thoits, 2011). Thoits (2011), postula que a resistência ao estigma envolve desafiar os estereótipos e a aplicação desses estereótipos ao próprio e que este processo é facilitado por um sentido de identidade que vai para além da doença mental. De facto, possuir diversas identidades e papéis, para além de ser uma pessoa com doença mental, experienciar resultados positivos por resistir ao estigma, ou ter colegas que têm uma atitude de resistir ao estigma, são indicados como alguns dos fatores que podem contribuir para que as pessoas com doença mental tenham mais resistência ao estigma (Thoits, 2011). Ademais, a resistência ao estigma tem vindo a ser associada significativa e negativamente ao estigma internalizado, ou seja, pessoas com menos resistência ao estigma exibem mais estigma internalizado, como acontece no Perfil 1. O inverso também se verifica, pessoas com mais resistência ao estigma exibem menos estigma internalizado, como acontece no Perfil 2 (57,1% da amostra). Os resultados da presente investigação vêm reforçar a ideia de que a resistência ao estigma atua como um fator protetor em relação ao estigma e pode ter papel chave na recuperação, pelo que deve ser explorado e trabalhado em contexto terapêutico (Firmin et al., 2016).

Neste sentido, um dos objetivos da presente investigação consistiu em avaliar se o tipo de diagnóstico (esquizofrenia/perturbações psicóticas, perturbações de humor e outras perturbações mentais) se associava ao nível (baixo *versus* alto) de estigma internalizado. Os resultados obtidos, neste estudo, demonstram que não existe uma

associação entre o tipo de diagnóstico e os níveis de estigma internalizado. Os dados do nosso estudo confirmam os resultados obtidos pela grande maioria dos estudos como é referido na revisão sistemática realizada por Livingston e Boyd (2010). Contudo, existem estudos relativamente recentes que continuam a reportar uma associação entre níveis mais elevados de estigma internalizado e pacientes com psicose (Grambal et al., 2016; Karidi et al., 2015; Switaj et al., 2016) e, em particular, na população clínica portuguesa (Oliveira et al., 2015).

Dada a heterogeneidade dos resultados, e ao invés do que tem vindo a ser considerado, o diagnóstico psicológico que é uma variável estanque, pode ser mais proveitoso considerar, por exemplo, o tempo de duração da doença e a fase de tratamento. Ou seja, poderá ser mais importante considerar em que estágio (inicial ou mais tardio) da doença o paciente se encontra e em que etapa do processo terapêutico, dado que o estigma internalizado varia ao longo do processo terapêutico (Deres et al., 2020). Segundo Firmin e colaboradores (2019), o estigma internalizado é significativamente mais elevado em pessoas que já têm psicose há mais tempo, em comparação com os que se encontram numa fase inicial da doença. O que sugere que as intervenções devem incluir estratégias para prevenir e diminuir o estigma internalizado logo no início do acompanhamento.

Alguns estudos anteriores referem que a níveis mais elevados de estigma internalizado corresponde uma maior probabilidade de descontinuação da medicação (Feldhaus et al., 2018; Kamaradova et al., 2016). Em contraste, os resultados do presente estudo indicam que os participantes com níveis de estigma internalizado potencialmente problemático (Perfil 1) se encontravam a tomar medicação. Contudo, para interpretar estes resultados, deve ser tido em consideração que, em primeiro lugar, os participantes da presente investigação responderam apenas se estavam, ou não, a tomar medicação (no momento do preenchimento do questionário), e não se tinham descontinuado a

medicação, ou não, no passado. Em segundo lugar, os resultados obtidos também podem ser um reflexo do facto de os participantes com mais estigma internalizado (Perfil 1) apresentam também mais sintomas psicopatológicos, sendo por isso necessário tomarem mais medicação em comparação com o Perfil 2.

Na verificação das diferenças entre os dois Perfis de estigma internalizado nos níveis da aliança terapêutica, sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia, os resultados obtidos foram ao encontro do esperado. Os indivíduos pertencentes ao Perfil 1, com níveis de estigma internalizado mais elevados, apresentaram mais sintomas psicopatológicos. Estes resultados vão ao encontro do que é indicado na literatura científica, ou seja, pessoas com doença mental que exibem níveis mais elevados de estigma internalizado têm menos resistência ao estigma e apresentam também mais sintomas psicopatológicos, por norma, acompanhado por uma diminuição da autoestima, da autoeficácia e pior aliança terapêutica (Boyd et al., 2014; Livingston & Boyd, 2010; Owen et al., 2013).

Em contraste, aos indivíduos do Perfil 2, com níveis baixos de estigma internalizado e com níveis mais elevados de resistência ao estigma, corresponderam maiores pontuações na aliança terapêutica, autoestima e autoeficácia. Estes resultados confirmam o que tem vindo a ser reportado por estudos anteriores, que os níveis de estigma internalizado poderão ter influência no processo terapêutico e nos resultados da terapia (Ociskova et al., 2018). Dito de outra forma, quando as pessoas com característica do Perfil 1 se encontram em tratamento, a construção da aliança terapêutica pode estar comprometida, bem como o aumento da autoestima, autoeficácia e diminuição dos sintomas psicopatológicos.

Alguns estudos (Corrigan & Rao, 2012; Deres et al., 2020; Kendra et al., 2014) mostraram que o inverso também se pode verificar, ou seja, a aliança terapêutica, os

sintomas psicopatológicos, a autoestima e a autoeficácia podem ter impacto nos níveis de estigma internalizado. Neste sentido, procuramos analisar qual o contributo destas variáveis para o estigma internalizado.

Os resultados sugerem que a experiência subjetiva de não se sentir um membro pleno da sociedade (Alienação), pode ser explicada por uma atitude negativa relativamente a si (baixa Autoestima), por dificuldades no acordo entre terapeuta e cliente relativamente aos objetivos da terapia (Aliança Terapêutica) e por elevado medo persistente, irracional e desproporcional em relação a determinado estímulo característico do comportamento fóbico (ansiedade fóbica).

O nível de concordância com os estereótipos (Adesão aos Estereótipos) que são atribuídos às pessoas com doença mental, pode ser explicado pelo aumento dos sentimentos de inadequação, inferioridade em comparação com os outros (Sensibilidade Interpessoal do BSI) e pela dificuldade na concordância entre paciente e terapeuta no estabelecimento das metas da terapia (Objetivos).

No que se refere à Experiência de Discriminação, ou seja, à perceção que a pessoa tem quanto à forma como tende a ser tratada pelos outros, quanto mais elevada a sintomatologia de Ideação Paranoide (pensamento projetivo, hostilidade, delírios), e mais negativa a imagem que tem relativamente a si (Autoestima), mais a pessoa se sente discriminada.

Muitas das pessoas com doença mental evitam falar de si próprios e de se relacionar com os outros por sentir o ‘peso’ de ter uma doença mental (Afastamento Social), isso pode ser explicado pela consciência das cognições, impulsos e comportamentos persistentes e indesejados (Obsessões-Compulsões), medo persistente, irracional e desproporcionado em relação a determinado estímulo característico do comportamento fóbico (Ansiedade Fóbica).

A dimensão relativa à Resistência ao Estigma tem vindo a ser descrita como a chave para a recuperação, estando associada significativa e positivamente à autoeficácia, recuperação, moderada e negativamente com os sintomas psicopatológicos (Firmin et al., 2016). Ao contrário das nossas expectativas, os resultados da presente investigação indicam que resistir, ou não ser afetado pelo estigma internalizado (Resistência ao Estigma), não é explicada nem pela autoestima, nem por nenhuma das outras variáveis em estudo.

Em suma, estes resultados evidenciam a predominância da autoestima, da aliança terapêutica e de alguns sintomas psicopatológicos como sendo fatores chave para a explicação dos níveis de estigma internalizado. Neste sentido, as intervenções orientadas para a recuperação e que foquem a autoestima, a aliança terapêutica e a melhoria e redução dos sintomas psicopatológicos podem reduzir indiretamente o estigma internalizado (Dubreucq et al., 2021).

Como tem vindo a ser descrito, a experiência de estigmatização é muitas vezes pautada por pensamentos autodestrutivos, senso de inferioridade e de uma imagem negativa de si próprio (Sarisoy et al., 2013) que pode ainda ser agravada quando o indivíduo tem sintomas mais severos, tornando-o mais vulnerável e exposto a reações negativas por parte dos outros (Oliveira, 2015). Assim, a autoestima mostra-se importante para diminuir a alienação, a experiência de discriminação e o afastamento social. Para o efeito, o terapeuta pode ajudar o paciente a reconhecer em si próprio aspetos positivos, ajudando-o a reformular o seu autoconceito. O estigma internalizado está também associado ao desânimo e ao envolvimento na terapia (Corrigan et al., 2009), pelo que o terapeuta deve dar uma atenção particular ao estabelecimento dos objetivos terapêuticos, visto que estes podem diminuir a alienação e a adesão aos estereótipos.

Adicionalmente, dada a associação do estigma internalizado à aliança terapêutica, como a de ambos com os resultados da terapia a presente investigação teve também como objetivo perceber se o estigma internalizado poderia moderar a relação entre a aliança terapêutica e as variáveis de resultado do tratamento (sintomas psicopatológicos, autoestima e autoeficácia). Ao contrário do que era esperado o estigma internalizado não modera a relação entre a aliança terapêutica e as variáveis de resultado do tratamento. Todavia, verificou-se que o estigma internalizado tem um efeito significativo e positivo nos sintomas psicopatológicos e negativo na autoestima e autoeficácia, ou seja, o estigma internalizado aumenta a sintomatologia e diminui a autoestima e a autoeficácia, resultados semelhantes foram reportados noutros estudos (Boyd et al., 2014; Catalano et al., 2021; Corrigan et al., 2006; Corrigan et al., 2016; Huang et al., 2018; Maharjan & Panthee, 2019; Manor-Binyamini, 2020; Pasmatzki et al., 2016).

Os resultados da presente investigação têm implicações importantes para a prática clínica, focando a necessidade dos profissionais que trabalham na área da saúde mental terem em consideração o estigma internalizado como um fator de risco que é modificável e deve ser tido em conta no processo de reabilitação psicossocial das pessoas com doença mental. Neste sentido, os terapeutas devem desde o início estabelecer estratégias que visem prevenir ou diminuir o estigma internalizado. As intervenções devem ser sobretudo direcionadas para a melhoria da autoestima e para o estabelecimento de metas e objetivos na terapia. Para além disso, é também importante trabalhar em contexto terapêutico o restabelecimento da identidade, desafiar a pessoa com doença mental a explorar a sua identidade e os diferentes papéis que tem nos contextos da sua vida diária, que não o de doente mental.

Ao longo do tempo têm vindo a ser desenvolvidas intervenções terapêuticas que focam a redução da experiência de internalização do estigma em pessoas com doença

mental e que mostram ser eficazes. A grande maioria das intervenções incluíram uma abordagem psicoeducativa que privilegia um melhor conhecimento da doença mental, prevenção de recaídas, do conhecimento das diferentes formas de estigma e das estratégias a utilizar para enfrentar o estigma e a discriminação social (Alonso et al., 2019). A *Narrative Enhancement and Cognitive Therapy* (NECT) é também apontada como uma das intervenções mais frequentemente utilizada. A NECT é uma abordagem que combina sessões de psicoeducação, reestruturação cognitiva e terapia narrativa, propondo-se a ajudar a pessoa a identificar e reconsiderar as crenças autoestigmatizantes, possibilitando a construção de uma narrativa pessoal mais rica sobre si própria. Para além das intervenções referidas, ainda há outras como é exemplo *Coming Out Proud, Photo-voice* que são eficazes na redução do estigma. Porém, parece-nos essencial que os terapeutas procurem conhecer em “*profundidade as características e objetivos de cada pessoa*” (p.12) para poder planear a intervenção que mais se adequa mais a cada pessoa (Alonso et al., 2019).

Como todos os estudos, o presente estudo também apresenta limitações. A primeira prende-se com o design do presente estudo ser transversal e o facto de a amostra ser reduzida (N=70) para um estudo quantitativo e o que pode ter limitado a exploração dos dados em relação à análise de moderação. Julgamos que para tal seria mais adequado utilizar, em estudos futuros, um design longitudinal e amostras de maiores dimensões que permitam avaliar de que forma o estigma internalizado e a aliança terapêutica se relacionam ao longo do tempo.

Para além disso, foi utilizada uma técnica de amostragem por conveniência e não foram controlados alguns fatores como, a etapa e duração do tratamento, não sendo possível garantir os critérios de representatividade, pelo que os resultados aqui encontrados não podem ser generalizados para toda a população com doença mental.

Conclusão

Em conclusão, o estigma internalizado apresenta-se como um fator de risco que deve ser alvo de atenção e intervenção desde o início do acompanhamento terapêutico. Para além disso, a presente investigação mostra que intervenções focadas na autoestima e na aliança terapêutica podem contribuir para a redução do estigma internalizado e que a resistência ao estigma é um fator protetor do estigma que deve ser incentivado e explorado na terapia e que diferencia a forma como as pessoas com doença mental experienciam o estigma.

Referências

- American Psychiatric Association (2019). What is Mental Illness? Disponível em <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Alonso, M., Guillén, A. I., & Munõz, M. (2019). Interventions to Reduce Internalized Stigma in individuals with Mental Illness: A Systematic Review. *Spanish Journal of Psychology*, *May*, 1–14. <https://doi.org/10.1017/sjp.2019.9>
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F., & Christensen, H. (2006). Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(1), 51–54. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>
- Boyd, J. E., Adler, E. P., Otilingam, P. G., & Peters, T. (2014). *Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: A multinational review | Elsevier Enhanced Reader*. *Comprehensive Psychiatry* 55. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.06.005>
- Brohan, E., Elgie, R., Sartorius, N., Thornicroft, G., & Grp, G.-E. S. (2010). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophrenia Research*, *122*(1–3), 232–238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.1065>
- Brohan, E., Gauci, D., Sartorius, N., & Thornicroft, G. (2011). Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Journal of Affective Disorders*, *129*(1–3), 56–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.001>
- Burke, E., Wood, L., Zabel, E., Clark, A., & Morrison, A. P. (2016). *Experiences of stigma in psychosis: A qualitative analysis of service users' perspectives*. *Psychosis*.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Catalano, L. T., Brown, C. H., Lucksted, A., Hack, S. M., & Drapalski, A. L. (2021). Support for the Social-Cognitive Model of Internalized Stigma in Serious Mental Illness. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.014>
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, *45*(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- Corrigan, P. W., Bink, A. B., Schmidt, A., Jones, N., & Rüsch, N. (2016). What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the “why try” effect. *Journal of*

Mental Health, 25(1), 10–15. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1021902>

- Corrigan, P. W., & Kleinlein, P. (1998). The Impact of Mental Illness Stigma. *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change.*, 11–44. <https://doi.org/10.1037/10887-001>
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsçh, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*, 8(2), 75–81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>
- Corrigan, P. W., Markowitz, F. E., & Watson, A. C. (2004). Structural levels of mental illness stigma and discrimination. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 481–491. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007096>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsçh, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Corrigan, P. W., & Rao, D. (2012). On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464–469. <https://doi.org/10.1177/070674371205700804>
- Corrigan, P. W., & Rüsçh, N. (2002). Mental Illness Stereotypes and Clinical Care: Do People Avoid Treatment Because of Stigma? *Psychiatric Rehabilitation Skills*, 6(3), 312–334. <https://doi.org/10.1080/10973430208408441>
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. <https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.8.875>
- Deres, A. T., Bürkner, P. C., Klauke, B., & Buhlmann, U. (2020). The role of stigma during the course of inpatient psychotherapeutic treatment in a German sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 27(2), 239–248. <https://doi.org/10.1002/cpp.2423>
- Direção Geral de Saúde. (2014). Portugal Saúde Mental em números. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-saude-mental-em-numeros-2014.aspx>
- Dubreucq, J., Plasse, J., & Franck, N. (2021). Self-stigma in Serious Mental Illness: A Systematic Review of Frequency, Correlates, and Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, January, 1–27. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>
- Fadipe, B., Adebawale, T. O., Ogunwale, A., Fadipe, Y. O., Ojeyinka, A. H. A., & Olagunju, A. T. (2018). Internalized stigma in schizophrenia: a cross-sectional study of prevalence and predictors. *International Journal of Culture and Mental Health*, 0(0), 1–12. <https://doi.org/10.1080/17542863.2018.1450431>
- Feldhaus, T., Falke, S., von Gruchalla, L., Maisch, B., Uhlmann, C., Bock, E., & Lencer, R. (2018). The impact of self-stigmatization on medication attitude in schizophrenia

- patients. *Psychiatry Research*, 261, 391–399.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.012>
- Firmin, R. L., Luther, L., Lysaker, P. H., Minor, K. S., & Salyers, M. P. (2016). Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 175(1–3), 118–128.
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008>
- Firmin, R. L., Lysaker, P. H., Luther, L., Yanos, P. T., Leonhardt, B., Breier, A., & Vohs, J. L. (2019). Internalized stigma in adults with early phase versus prolonged psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(4), 745–751.
<https://doi.org/10.1111/eip.12553>
- Flückiger, C., Wampold, B., & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340.
<https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Fox, A. B., Smith, B. N., & Vogt, D. (2018). How and when does mental illness stigma impact treatment seeking? Longitudinal examination of relationships between anticipated and internalized stigma, symptom severity, and mental health service use. *Psychiatry Research*, 268, 15–20.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.036>
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Marackova, M., Ociskova, M., & Slepecky, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder – cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2439–2448. <https://doi.org/10.2147/NDT.S114671>
- Hipes, C., Lucas, J., Phelan, J. C., & White, R. C. (2016). The stigma of mental illness in the labor market. *Social Science Research*, 56, 16–25.
<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.12.001>
- Huang, W.-Y., Chen, S.-P., Pakpour, A. H., & Lin, C.-Y. (2018). The Mediation Role of Self-Esteem for Self-Stigma on Quality of Life for People With Schizophrenia: A Retrospectively Longitudinal Study. *Journal of Pacific Rim Psychology*, 12.
<https://doi.org/10.1017/prp.2017.18>
- Kalisova, L., Michalec, J., Hadjipapanicolaou, D., & Raboch, J. (2018). Factors influencing the level of self-stigmatisation in people with mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(4), 374–380.
<https://doi.org/10.1177/0020764018766561>
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., Cinculova, A., Ociskova, M., Holubova, M., Smoldasova, J., & Tichackova, A. (2016). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1289–1298.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S99136>
- Karidi, M. V., Vassilopoulou, D., Savvidou, E., Vitoratou, S., Maillis, A., Rabavilas, A.,

- & Stefanis, C. N. (2015). Bipolar disorder and self-stigma: A comparison with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders, 184*, 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.038>
- Kendra, M. S., Mohr, J. J., & Pollard, J. W. (2014). The stigma of having psychological problems: Relations with engagement, working alliance, and depression in psychotherapy. *Psychotherapy, 51*(4), 563–573. <https://doi.org/10.1037/a0036586>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). *Conceptualizing stigma. Lewis 1998.*
- Link, B. G., Phelan, J. C., & Sullivan, G. (2017). The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health. In B. Major, J. F. Dovidio, & B. G. Link (Eds.), *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health* (Vol. 1). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190243470.013.26>
- Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). The Consequences of Stigma for the Self-Esteem of People With Mental Illnesses. *Psychiatric Services, 52*(12), 1621–1626.
- Livingston, J. D., & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science and Medicine, 71*(12), 2150–2161. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.030>
- Maharjan, S., & Panthee, B. (2019). Prevalence of self-stigma and its association with self-esteem among psychiatric patients in a Nepalese teaching hospital: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 19*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2344-8>
- Manor-Binyamini, I. (2020). Internalized Stigma among Bedouin and Jews with Mental Illness: Comparing Self-Esteem, Hope, and Quality of Life. *Psychiatric Quarterly, 91*(4), 1381–1393. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09758-x>
- Mosanya, T. J., Adelufosi, A. O., Adebowale, O. T., Ogunwale, A., & Adebayo, O. K. (2014). Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry, 60*(4), 377–386. <https://doi.org/10.1177/0020764013491738>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy, 55*(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Ociskova, M., Prasko, J., Vrbova, K., Kasalova, P., Holubova, M., Grambal, A., & Machu, K. (2018). Self-stigma and treatment effectiveness in patients with anxiety disorders – a mediation analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 14*, 383–392. <https://doi.org/10.2147/NDT.S152208>
- Oexle, N., Müller, M., Kawohl, W., Xu, Z., Viering, S., Wyss, C., Vetter, S., & Rüsche, N. (2018). Self-stigma as a barrier to recovery: a longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 268*(2), 209–212. <https://doi.org/10.1007/s00406-017-0773-2>

- Oliveira, S. E. H. (2015). Tese doutoramento. In *Portugal* (pp. 1–205).
- Oliveira, S. E. H., Esteves, F., & Carvalho, H. (2015). Clinical profiles of stigma experiences, self-esteem and social relationships among people with schizophrenia, depressive, and bipolar disorders. *Psychiatric Research*, *229*(1–2), 167–173. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.047>
- Owen, J., Thomas, L., & Rodolfa, E. (2013). Stigma for Seeking Therapy: Self-Stigma, Social Stigma, and Therapeutic Processes. *The Counseling Psychologist*, *41*(6), 857–880. <https://doi.org/10.1177/0011000012459365>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1995). Adaptação de uma Escala de Avaliação da Auto-Eficácia Geral. *Valiação Psicológica: Formas e Contextos*, 1–13. <https://doi.org/10.13140/2.1.3971.1682>
- Pasmatzis, E., Koulierakis, G., & Giaglis, G. (2016). Self-stigma, self-esteem and self-efficacy of mentally ill. *Psychiatrike = Psychiatriki*, *27*(4), 243–252. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2016.274.243>
- Pearl, R. L., Forgeard, M., & Beard, C. (2016). *Article in Stigma and Health*. <https://doi.org/10.1037/sah0000036>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G., & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, *121*(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Ritsher, J. B., & Phelan, J. C. (2004). Internalized stigma predicts erosion of morale among psychiatric outpatients. *Psychiatric Research*, *129*(3), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.08.003>
- Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise fatorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da Escala de Auto-Estima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, *8*, 253-268.
- Sarisoy, G., Kacar, O. F., Pazvantoglu, O., Korkmaz, I. Z., Ozturk, A., Akkaya, D., Yilmaz, S., Boke, O., & Sahin, A. R. (2013). Internalized stigma and intimate relations in bipolar and schizophrenic patients: A comparative study. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(6), 665–672. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.02.002>
- Sibitz, I., Provaznikova, K., Lipp, M., Lakeman, R., & Amering, M. (2013). The impact of recovery-oriented day clinic treatment on internalized stigma: Preliminary report. *Psychiatry Research*, *209*(3), 326–332. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.02.001>
- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients With Depression. *American Journal of Psychiatry*, *158*(3), 479–481. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.3.479>

- Switaj, P., Chrostek, A., Grygiel, P., Wciórka, J., & Anczewska, M. (2016). Exploring Factors Associated with the Psychosocial Impact of Stigma Among People with Schizophrenia or Affective Disorders. *Community Mental Health Journal*, *52*, 370–378. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9800-1>
- Thoits, P. A. (2011). Resisting the stigma of mental illness. *Social Psychology Quarterly*, *74*(1), 6–28. <https://doi.org/10.1177/0190272511398019>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(9), 655–679. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>
- Xavier, M., Baptista, H., Mendes, J. M., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal - rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems*, *7*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-19>
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways Between Internalized Stigma and Outcomes Related to Recovery in Schizophrenia Spectrum Disorders. *Psychiatric Services*, *59*(12), 1437–1442. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.12.1437>
- Yanos, P. T., West, M. L., Gonzales, L., Smith, S. M., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2012). Change in Internalized Stigma and Social Functioning among Persons Diagnosed with Severe Mental Illness. *Psychiatry Res.*, *200*(2–3), 1032–1034. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.06.017>

ANEXOS

Anexo A

Consentimento Informado

Consentimento Informado

O meu nome é Daciana Martins Marques e sou aluna do 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve. No âmbito da minha dissertação estou a desenvolver uma investigação com o objetivo de compreender quais os fatores que podem interferir na relação terapêutica e conseqüentemente, nos resultados da terapia, sob a orientação do Professor Doutor Luís Janeiro.

Para desenvolver a investigação preciso da sua colaboração no preenchimento dos questionários que se seguem, com uma duração de mais ou menos 40 minutos. Pode a qualquer momento pedir para terminar o preenchimento, caso não queira continuar.

Ao colaborar nesta investigação é preservado o anonimato e a confidencialidade. Ou seja, não é em qualquer circunstância revelada a sua identidade e a informação dos questionários será utilizada apenas para efeitos estatísticos.

Caso lhe ocorra alguma questão que queira esclarecer no âmbito da sua participação pode, por favor, colocar. A sua participação é muito importante.

OBRIGADO PELA SUA DISPONIBILIDADE

Tomei conhecimento dos objetivos e procedimentos previstos para a minha participação neste trabalho e aceito colaborar para a realização do mesmo.

(Assinatura ou Rubrica)

Anexo B

Questionário Sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Sexo: Masculino Feminino

Idade: _____ anos

Estado Civil: Solteiro Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

Número de filhos: _____

Habitação: Sozinho (a) Família nuclear/companheiro(a) e filhos(as)

Família de origem/ Pais

Educação: 1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Secundário Universitário

Profissão: _____

Atualmente: Empregado Desempregado Emprego protegido

Pensão de incapacidade

Atualmente toma medicação: Sim Não

Atualmente está a ser seguido por um psiquiatra ou psicólogo: Sim Não

Tempo de permanência na instituição: _____ anos

Anexo C

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

| Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Muitas vezes | Muitíssimas vezes |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nervosismo ou tensão interior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desmaios ou tonturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dores sobre o coração ou no peito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Medo na rua ou praças públicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pensamentos de acabar com a vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Perder o apetite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ter um medo súbito sem razão para isso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ter impulsos que não se podem controlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sentir-se sozinho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sentir-se triste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Não ter interesse por nada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sentir-se atemorizado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sentir-se inferior aos outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Dificuldade em adormecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Muitas vezes | Muitíssimas vezes |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Dificuldade em tomar decisões | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Sensação de que lhe falta o ar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Calafrios ou afrontamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Sensação de vazio na cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Sentir-se sem esperança perante o futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ter dificuldade em se concentrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Falta de forças em partes do corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ter vontade de destruir ou partir coisas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Ter ataques de terror ou pânico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Entrar facilmente em discussão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sentir que não tem valor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Ter sentimentos de culpa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo D

Estigma Internalizado em Pessoas com Doença Mental (ISMI)

ISMI - ESTIGMA INTERNALIZADO EM PESSOAS COM DOENÇA MENTAL

VERSÃO PORTUGUESA1

INSTRUÇÕES

Neste questionário será usada a expressão "doença mental", mas, por favor, interprete-a usando o termo que acha que melhor se aplica.

Assinale em cada questão, como um círculo como no exemplo (ex. ①) se **Discorda Totalmente (1)**,

Discorda (2), Concorda (3) ou Concorda Totalmente (4)

| | Discordo Totalmente | Discordo | Concordo | Concordo Totalmente |
|---|------------------------|----------|----------|------------------------|
| 1. Sinto-me deslocado/a no mundo porque tenho uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. As pessoas discriminam-me porque tenho uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Procuo não me aproximar de pessoas que não têm uma doença mental de modo a evitar a rejeição. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Sinto-me embaraçado/a ou envergonhado/a por ter uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. As pessoas com doença mental não devem casar. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. As pessoas com doenças mentais dão um contributo importante à sociedade. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Sinto-me inferior àquelas pessoas que não têm uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Não socializo tanto como anteriormente, por causa da minha doença mental, que pode fazer com que eu pareça ou reaja de forma "estranha". | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. As pessoas com uma doença mental não conseguem viver uma vida boa e gratificante. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Não falo muito de mim mesmo/a porque não quero sobrecarregar as outras pessoas com a minha doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. As ideias negativas ou estereótipos sobre as doenças mentais fazem com que me isole do mundo dito "normal". | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12. Estar com pessoas que não têm uma doença mental faz com que me sinta deslocado/a ou inadequado/a. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Não me sinto à vontade ao ser visto/a em público com uma pessoa que tem manifestamente uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. As pessoas muitas vezes tratam-me com um ar condescendente ou tratam-me como uma criança só porque tenho uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Estou desiludido/a comigo por ter uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Ter uma doença mental estragou a minha vida. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. As pessoas conseguem ver que tenho uma doença mental pela aparência que tenho. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Devido à minha doença mental preciso que os outros tomem a maioria das decisões por mim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Evito situações sociais para proteger a minha família e amigos de embaraços. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. As pessoas que não têm uma doença mental não iriam conseguir compreender-me. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. As pessoas ignoram-me ou não me levam tão a sério só porque tenho uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Não consigo contribuir em nada para a sociedade porque tenho uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Viver com uma doença mental tem feito de mim um/a lutador/a sobrevivente. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Ninguém iria querer aproximar-se de mim porque tenho uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. De um modo geral consigo viver a minha vida da maneira que eu quero. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Não me sinto realizado/a ou satisfeito/a e bem com a vida, por causa da minha doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. As pessoas pensam que não consigo alcançar muita coisa na vida porque tenho uma doença mental. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. As ideias negativas ou estereótipos sobre as pessoas com doença mental aplicam-se a mim. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo F

Escala de autoeficácia (*Self-efficacy Scale*)

COMO EU SOU (Escala da autoeficácia)

Vai encontrar a seguir um conjunto de afirmações acerca da maneira como você pensa sobre si próprio. À frente de cada afirmação encontra 7 letras (de A a G). Se assinalar a letra A significa que discorda totalmente da afirmação e que ela não corresponde, de maneira nenhuma, ao que você pensa de si; se assinalar a letra G, significa que a afirmação corresponde totalmente ao que você pensa sobre si próprio/a. Entre esses dois extremos pode ainda escolher uma de 5 letras consoante estiver mais ou menos em acordo com a sua maneira de pensar. Assinale uma das letras com um círculo como no exemplo (ex. **Ⓐ**). Não há respostas certas ou erradas, todas as respostas que der são igualmente corretas. Peça-lhe que pense bem na resposta de modo a que ela expresse corretamente a sua maneira de pensar.

| | Discordo Totalmente A | Discordo bastante B | Discordo um pouco C | Não concordo nem discordo D | Concordo um pouco E | Concordo bastante F | Concordo totalmente G |
|---|--------------------------------------|------------------------------------|--|--|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1- Quando faço planos tenha a certeza que sou capaz de realizá-los. | A | B | C | D | E | F | G |
| 2- Quando não consigo fazer uma coisa à primeira insisto e continuo a tentar até conseguir. | A | B | C | D | E | F | G |
| 3- Tenho dificuldade em fazer novos amigos. | A | B | C | D | E | F | G |
| 4- Se uma coisa me parece muito complicada, não tento sequer realizá-la. | A | B | C | D | E | F | G |
| 5- Quando estabeleço objetivos que são importantes para mim, raramente os consigo alcançar. | A | B | C | D | E | F | G |
| 6- Sou uma pessoa autoconfiante. | A | B | C | D | E | F | G |
| 7- Não me sinto capaz de enfrentar muitos dos problemas que se me deparam na vida. | A | B | C | D | E | F | G |
| 8- Normalmente desisto das coisas antes de as ter acabado. | A | B | C | D | E | F | G |
| 9- Quando estou a tentar aprender alguma coisa nova, se não obtenho logo sucesso, desisto facilmente. | A | B | C | D | E | F | G |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10- Se encontro alguém interessante com quem tenho dificuldade em estabelecer amizade, rapidamente desisto de tentar fazer amizade com essa pessoa. | A | B | C | D | E | F | G |
| 11- Quando estou a tentar tornar-me amigo de alguém que não se mostra interessado, não desisto logo de tentar. | A | B | C | D | E | F | G |
| 12 – Desisto facilmente das coisas. | A | B | C | D | E | F | G |
| 13 – As amizades que tenho foram conseguidas através da minha capacidade pessoal para fazer amigos. | A | B | C | D | E | F | G |
| 14- Sinto insegurança acerca da minha capacidade para fazer coisas. | A | B | C | D | E | F | G |
| 15- Um dos meus problemas, é que não consigo fazer as coisas como devia. | A | B | C | D | E | F | G |

Anexo H

Escala de autoestima (RSES)

Escala de Autoestima de Rosenberg

Em seguida encontrará uma lista de afirmações sobre os sentimentos e pensamentos que tem sobre si.

Assinale com um círculo, como no exemplo (ex. ①), a resposta que mais se identifica consigo.

| | Discordo fortemente | Discordo | Concordo | Concordo fortemente |
|--|--------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
| 1 - De um modo geral estou satisfeito comigo próprio. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 - Por vezes penso que não presto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 - Sinto que tenho algumas boas qualidades. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 - Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das outras pessoas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 - Sinto que não tenho motivos para me orgulhar de mim próprio. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 - Por vezes sinto que sou um inútil. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 - Sinto que sou uma pessoa de valor. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 - Gostaria de ter mais respeito por mim próprio. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 - De um modo geral sinto-me um fracassado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 - Tenho uma boa opinião de mim próprio. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Anexo G

Inventário da Aliança Terapêutica- Versão Reduzida (WAI-SR)

INVENTÁRIO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA – VERSÃO REDUZIDA – REVISTA

Versão C

Instruções: Abaixo, encontrará afirmações sobre o que uma pessoa pode pensar ou sentir acerca da terapia ou do seu terapeuta. Por baixo de cada afirmação existe uma escala de cinco pontos. Para cada afirmação, considere a sua própria experiência e assinale o número correspondente com um círculo como no exemplo (ex. ①). Note que a escala de resposta não é a mesma para todas as afirmações. Por favor, leia cuidadosamente e não se esqueça de responder a **todas** as afirmações.

Este questionário é confidencial.

Obrigada pela sua colaboração.

| | | | | |
|---|----------------|--------------|----------------|-----------|
| 1. Como resultado destas sessões torna-se para mim mais claro como será possível eu mudar. | | | | |
| Raramente | Ocasionalmente | Muitas vezes | Frequentemente | Sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas. | | | | |
| Raramente | Ocasionalmente | Muitas vezes | Frequentemente | Sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Acho que o meu terapeuta gosta de mim. | | | | |
| Sempre | Frequentemente | Muitas vezes | Ocasionalmente | Raramente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. O meu terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia. | | | | |
| Raramente | Ocasionalmente | Muitas vezes | Frequentemente | Sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. O meu terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente. | | | | |
| Sempre | Frequentemente | Muitas vezes | Ocasionalmente | Raramente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. O meu terapeuta e eu trabalhamos para objetivos que foram mutuamente acordados. | | | | |
| Sempre | Frequentemente | Muitas vezes | Ocasionalmente | Raramente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Sinto que o meu terapeuta me aprecia. | | | | |
| Sempre | Frequentemente | Muitas vezes | Ocasionalmente | Raramente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. O meu terapeuta e eu estamos de acordo acerca do que eu preciso de fazer para melhorar.

| | | | | |
|-----------|----------------|--------------|----------------|--------|
| Raramente | Ocasionalmente | Muitas vezes | Frequentemente | Sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

9. Sinto que o meu terapeuta se preocupa comigo mesmo quando eu faço coisas que ele não aprova.

| | | | | |
|--------|----------------|--------------|----------------|-----------|
| Sempre | Frequentemente | Muitas vezes | Ocasionalmente | Raramente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

10. Sinto que aquilo que faço na terapia me ajudará a alcançar as mudanças que eu quero.

| | | | | |
|-----------|----------------|--------------|----------------|--------|
| Raramente | Ocasionalmente | Muitas vezes | Frequentemente | Sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

11. O meu terapeuta e eu estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.

| | | | | |
|-----------|----------------|--------------|----------------|--------|
| Raramente | Ocasionalmente | Muitas vezes | Frequentemente | Sempre |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

12. Acredito que o modo como estamos a trabalhar com o meu problema é correto.

| | | | | |
|--------|----------------|--------------|----------------|-----------|
| Sempre | Frequentemente | Muitas vezes | Ocasionalmente | Raramente |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
