

Patrícia Gonçalves

O Viés da Atenção para Estímulos Emocionais de Acordo com a
presença de Sintomatologia *Borderline*



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

Patrícia Gonçalves

O Viés da Atenção para Estímulos Emocionais de Acordo com a
presença de Sintomatologia *Borderline*

Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Teresa Martins

Professor Doutor Luís Faísca



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2021

**O Viés da Atenção para Estímulos Emocionais de Acordo com a
presença de Sintomatologia *Borderline***

Declaração de Autoria do Trabalho:

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

Assinatura

(Patrícia Cristina Dos Santos Gonçalves)

Copyright, por Patrícia Cristina Dos Santos Gonçalves

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos 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.

Agradecimentos

Quero agradecer em primeiro lugar, aos meus orientadores, a Professora Doutora Ana Teresa Martins e ao Professor Doutor Luís Faísca, por terem aceite o meu convite para serem meus orientadores, mas mais importante, por me terem guiado ao longo de todo este caminho, pelas horas de trabalho comigo, pela contenção nos momentos de maior ansiedade, por serem para mim, profissionais de referencia, que levo para a vida.

À minha família por acreditarem nos meus sonhos e caminharem ao meu lado, na luta por eles.

Agradeço aos meus amigos, por apesar das ausências, insistirem na nossa união, pela compreensão todos estes anos e pelo encorajamento permanente. Por muitas vezes acreditarem mais em mim do que eu própria alguma vez acreditei.

Agradecer ainda à Juliana Torres, que com ela tudo isto se tornou mais fácil, tudo o que é vivido em boa companhia, torna-se mais leve.

Por fim, agradeço a todos os participantes deste estudo, pois sem eles, nunca seria possível.

Resumo

Os sujeitos com sintomatologia *borderline* da personalidade apresentam um padrão de funcionamento instável com desregulação emocional e interferência nas relações interpessoais. Alguns estudos oriundos da psicologia cognitiva sugerem a presença de vieses cognitivos na base das dificuldades de regulação de emoções frequentemente observada nestes sujeitos. Os autores dividiram-se entre duas principais teorias: **Teoria da Hipervigilância**, (face a estímulos negativos idiossincráticos *borderline*) e a **Teoria da Hiper-reatividade** (face a todo o tipo de estímulos emocionais). Recentemente, uma meta-análise evidenciou a supremacia da hipervigilância, no entanto os autores deixaram claro a importância de se continuar a estudar o viés atencional na sintomatologia *borderline*, porque os estudos que existem sobre o tema são em número bastante reduzido. Revelaram ainda a importância de estudar o trauma infantil, como base da sintomatologia *borderline*.

Assim tivemos como principal objetivo, observar a associação entre medidas de autorrelato para avaliação da sintomatologia *borderline* e as medidas proporcionadas pela tarefa de *Stroop* Emocional. Para o efeito, testámos 79 estudantes universitários portugueses, com idades compreendidas entre os 18 e os 26 anos de idade com um paradigma de *Stroop* emocional. Através de 15 participantes da amostra inicial realizámos ainda uma associação entre a sintomatologia *borderline* e o trauma infantil.

Os nossos principais resultados sugerem que maior sintomatologia *borderline* está associada a maiores níveis de interferência, viés atencional a estímulos negativos idiossincráticos da perturbação *borderline*, congruente com a teoria da hipervigilância. Maiores níveis de trauma infantil, também forma associados a maiores níveis de sintomatologia *borderline*.

Palavras-chave: Sintomatologia *Borderline* de personalidade, Regulação Emocional, Viés Atencional.

Abstract

Subjects with borderline personality symptoms show an unstable pattern of functioning with emotional dysregulation and interference in interpersonal relationships. Some studies from cognitive psychology suggest the presence of cognitive biases at the root of the difficulties in emotion regulation often observed in these subjects. The authors have divided themselves between two main theories: Hypervigilance, (to idiosyncratic borderline negative stimuli) and that of hyperreactivity, to all kinds of emotional stimuli. Recently, a meta-analysis showed the supremacy of hypervigilance, but the authors made clear the importance of continuing to study the attentional bias in borderline symptoms, because the number of studies that exist on the subject is quite small. They also revealed the importance of studying childhood trauma as the basis of borderline symptoms. Thus, our main objective was to observe the association between self-report measures of borderline symptoms and the measures provided by the Emotional Stroop task. For this purpose, we tested 79 Portuguese college students, aged between 18 and 26 years old, with an Emotional Stroop paradigm. Through 15 participants of the initial sample we also performed an association between borderline symptomatology and childhood trauma. Our main results suggest that greater borderline symptomatology is associated with higher levels of interference, attentional bias to idiosyncratic negative stimuli of the borderline disorder, congruent with hypervigilance theory. Higher levels of childhood trauma, also form associated with higher levels of borderline symptomatology.

Keywords: Borderline personality symptomatology, Emotional Regulation, Attentional Bias.

Índice

1. Introdução.....	1
2. Objetivos e Predições	5
Análise 1.....	5
3. Método.....	5
3.1. Participantes	5
3.2. Instrumentos.....	6
3.2.1. Caracterização sociodemográfica e psicopatológica	6
3.2.2. Estímulos	7
3.2.3. Tarefa.....	7
4. Procedimento.....	8
5. Análise estatística	9
6. Resultados.....	9
6.1. Associação entre o BSL23 (global e subescalas) e indicadores de desempenho na tarefa <i>Stroop</i> emocional (precisão e latência da resposta).....	9
Análise 2.....	10
7. Método.....	10
7.1. Participantes	10
7.2. Instrumentos.....	11
7.2.2. Questionário de Avaliação de Trauma de Infância (CTQ-SF; Childhood Trauma Questionnaire – Short Form; versão original: Bernstein et al., 2003; versão portuguesa: Dias et al., 2013)	11
8. Procedimento	11
9. Análise estatística	11
10. Resultados.....	12

10.1. Associação entre o BSL23 (global e subescalas) e indicadores de trauma infantil do STQ-SF (global e subescalas).....	12
11. Discussão	14
12. Referencias Bibliográficas.....	17

Índice de Figuras

Figura 1. Representação esquemática da apresentação das palavras dentro de cada bloco.	8
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Índice de Tabelas

Tabela 1. Tempo de reação e precisão na tarefa stroop de acordo com a sintomatologia borderline.....	10
Tabela 2. Associação entre sintomatologia e o trauma infantil	13

1. Introdução

A perturbação *borderline* da personalidade (PBP) é caracterizada por um padrão de instabilidade, desregulação emocional, problemas de autoimagem, impulsividade e alterações severas nas relações interpessoais (*American Psychiatric Association*, APA, 2013). Sujeitos com esta perturbação revelam especial dificuldade na regulação das emoções e apresentam uma dependência dos outros para se autorregularem, vivendo medos intensos de abandono e raiva inapropriada (APA, 2013). Alguns autores têm sugerido que esta incapacidade de regulação se deve a uma alta sensibilidade a estímulos emocionais com limitada capacidade de modulação emocional (incapacidade para gerir emoções) (Unoka et al., 2011).

Esta perturbação surge normalmente na idade adulta e é mais incidente no sexo feminino. A sua prevalência pode alcançar 5.9% da população e é responsável por 6% dos doentes nos cuidados de saúde primários, 10% em serviços de saúde mental e sensivelmente 20% em internamento psiquiátrico (APA, 2013).

Alguns estudos oriundos da psicologia cognitiva sugerem a presença de vieses cognitivos na base das dificuldades de regulação de emoções frequentemente observada nestes sujeitos. Alguns estudos reportam um viés atencional para determinados tipos de estímulos emocionais nas pessoas com sintomatologia desta perturbação (Baer et al., 2012). Estes indivíduos parecem focar a atenção preferencialmente em determinados estímulos negativos, a interpretar estímulos ambíguos como negativos e têm um acesso desproporcionalmente facilitado a memórias negativas, o que lhes proporciona uma variedade de crenças disfuncionais acerca de si e dos outros (Baer et al., 2012).

Os estudos que pretendem avaliar o viés atencional em sujeitos com funcionamento *borderline* têm verificado um processamento seletivo para estímulos negativos e/ou idiossincráticos (relacionados com a sua perturbação), o que se manifesta, por exemplo, num atraso ao nomear a cor de palavras emocionais durante tarefas de *Stroop* Emocional (Arntz et al., 2000; Gilboa-Schechtman et al., 2000). O *Stroop* emocional é uma abordagem útil para investigar experimentalmente a regulação emocional, mais particularmente o viés de atenção para estímulos carregados de emoção (Gross, 2014).

A tarefa de *Stroop* Emocional é uma adaptação da tarefa tradicional de *Stroop* (1935) onde se compara a latência da nomeação da cor de palavras com carga emocional

com a latência da nomeação da cor de palavras emocionalmente neutras (Ben-Haim et al., 2016), tendo-se verificado que as pessoas são afetadas pelo conteúdo emocional das palavras mesmo quando ele é irrelevante para a tarefa de nomeação. Por esta razão, esta tarefa tem sido frequentemente usada para avaliar a capacidade de controlo emocional, sendo particularmente relevante no estudo da perturbação *borderline* (Ben-Haim et al., 2016).

Ao contrário de outras tarefas utilizadas em estudos sobre PBP, o *Stroop* emocional, utiliza estímulos verbais (palavras emocionais) e não imagens. As palavras emocionais, podem representar com mais precisão, os estímulos típicos, pelos quais os indivíduos com características *borderline* estão habitualmente mais vigilantes como (abuso, abandono, rejeição) (Kaiser et al., 2017).

Foi através do uso desta metodologia que foram debatidas duas teorias cognitivas subjacentes ao estudo do viés atencional para estímulos emocionais – A Teoria da Hipervigilância para estímulos negativos idiossincráticos e a Teoria da Hiper-reatividade face a todos os tipos de estímulos emocionais, independentemente da valência do estímulo.

Neste contexto, Arntz et al.,(2000), defensores da teoria de hipervigilância, observaram que sujeitos com sintomatologia *borderline*, comparados com sujeitos controlo, eram mais lentos a nomear palavras emocionais negativas, associadas ao funcionamento *borderline*, (estímulos negativos idiossincráticos). Os autores sugerem ainda que estas dificuldades no processamento de informações dependiam da gravidade da perturbação, registando-se tempos mais longos nos pacientes com perturbação *borderline* mais grave. Considerou-se por isso existir uma hipervigilância para estímulos negativos na perturbação da personalidade *borderline* (Arntz, et al., 2000).

Por outro lado, Portella et al.,(2011) não conseguiram replicar estes resultados, pois os seus participantes com perturbação *borderline* obtiveram tempos de resposta mais longos do que os participantes do grupo de controlo para todos os tipos e estímulos, independentemente de serem emocionalmente negativos ou não. Este resultado levou os autores a especular que os participantes com perturbação *borderline* apresentariam uma hiper-reatividade a todos os estímulos emocionais, em vez da hipervigilância específica sugerida por Arntz et al., (2000). Contudo, o confronto com palavras idiossincráticas à perturbação *borderline* (uso de palavras negativas associadas à *borderline*) causou uma maior interferência nos sujeitos com traços *borderline*. Os autores defendem que estas palavras poderão ter desencadeado experiências subjetivas negativas nestes participantes

e que, devido à incapacidade de regulação emocional, persistiriam durante toda a tarefa, prejudicando a reação às palavras subseqüentes, fossem elas negativas ou positivas (Portella et al., 2011).

Numa metanálise recente, Kaiser et al., (2017) sistematizaram o conhecimento sobre o viés atencional para estímulos emocionais na perturbação *borderline*. Foram identificados 11 estudos que utilizaram a tarefa de *Stroop* Emocional, numa amostra de 244 participantes com perturbação *borderline*, 255 sujeitos não pacientes, 95 controles clínicos. Os principais resultados sugerem um efeito moderado dos traços *borderline* no viés atencional, relacionado com a ameaça, dirigido a estímulos emocionais negativos idiossincráticos, ou seja, coerentes com a perturbação (Kaiser, et al., 2017).

Os autores da meta-análise concluem que os estudos em que foi utilizada a tarefa de *Stroop* Emocional, evidenciaram um viés atencional para palavras geralmente negativas. Este efeito era ainda mais forte em palavras negativas idiossincráticas da perturbação *borderline* da personalidade (Kaiser, et al., 2017). Estes resultados são congruentes com a teoria da hipervigilância, no entanto os autores indicaram que seria importante a realização de mais estudos com desenhos experimentais similares, para ocorrência de dados mais fidedignos. Os estudos apresentados com a utilização do *Stroop* emocional para além de se revelarem insuficientes, variavam quanto ao desenho experimental, nem todos utilizaram palavras negativas idiossincráticas e alguns variavam quanto à forma de resposta, para nomear as palavras (pressionar um botão ou resposta verbal) (Keiser et al., 2017).

Os resultados desta meta-análise são, na nossa opinião, interessantes e consistentes. Contudo, o número reduzido de publicações incluídas, motivou a realização do presente estudo. Por outro lado, a amostra deste estudo é maioritariamente clínica. Neste contexto, a replicação de um estudo para avaliar a relação entre a sintomatologia *borderline* e o viés de atenção emocional na população geral parece-nos pertinente no intuito de perceber se a presença de traços *borderline* também condicionam o viés atencional.

Por outro lado, foi também considerado uma limitação inerente aos estudos contemplados na meta-análise supramencionada, o facto de não terem controlado a ocorrência de eventos traumáticos na infância dos participantes. O trauma infantil tem sido considerado um importante fator a considerar na etiologia da perturbação *borderline*. De acordo com alguns autores, é frequente encontrar na base desta perturbação um

ambiente familiar instável, pouco acolhedor, pautado por traumas que podem ajudar a explicar a origem e manutenção desta patologia nos adultos (Ball & Links, 2009).

As experiências traumáticas na infância, antes dos 18 anos, diferenciam-se em várias categorias, entre elas, o abuso e negligência emocional, a negligência física, abuso sexual e um ambiente parental disfuncional (Bernstein et al., 2003; Felitti et al., 1998).

Assim crescer num ambiente sistematicamente invalidante, contribui para um *feedback* de experiências emocionais que não são consideradas com respostas apropriadas. Invariavelmente, indivíduos emocionalmente vulneráveis nestes contextos têm tendência a criar padrões de comportamentos limite (Linehan, 1993).

Autores que trabalham este tema, mais recentemente, evidenciaram que, a perturbação de personalidade *borderline* é caracterizada por uma disfunção emocional, interpessoal e comportamental, sendo que estes processos cognitivos e emocionais necessitam de ser estudados, dado que são mutáveis e experienciam novos significados na idade adulta (Fitzpatrick et al., 2021).

Estudos sugerem que o abuso emocional e a negligência emocional, comparados a outras formas de experiências traumáticas na infância, parecem estar particularmente associados à sintomatologia *borderline* (Porter et al., 2020).

Um estudo recente com 112 participantes adultos do sexo feminino com perturbação *borderline* da personalidade e um grupo de controlo de 96 mulheres saudáveis, testou através de questionários de autorrelato, as questões relacionadas com experiências traumáticas na infância e a sintomatologia da perturbação *borderline* da personalidade. As conclusões deste estudo, evidenciaram uma forte associação entre experiências traumáticas de vida, mais especificamente com a negligência física e emocional com a sintomatologia associada à PBP. Ocorreu ainda um efeito direto do abuso emocional, na desregulação emocional das participantes com PBP. O estudo evidenciou ainda a dissociação corporal, como mediador entre as experiências traumáticas na infância e a sintomatologia *borderline* (Schmitz et al., 2021). Apesar destes resultados terem sido consistentes, os autores sublinharam que a sua amostra apenas era constituída por mulheres, revelando a necessidade de estudos posteriores investigarem esta temática com amostras constituídas por ambos os sexos. Os investigadores denotaram ainda, que a avaliação do trauma infantil de acordo com a sintomatologia *borderline*, não ocorreu com o grupo de mulheres saudáveis e que pouca matéria existe ainda sobre este tema com esta população. Assim sugerem a importância

de novos estudos que integrem amostras variadas, (mulheres e homens saudáveis ou com sintomatologia) (Schmitz et al., 2021).

Face à literatura consultada, pensamos que é pertinente conduzir um estudo sobre viés atencional para estímulos emocionais na sintomatologia *borderline* porque os estudos que existem sobre o tema são em número bastante reduzido. A influência da história de trauma na perturbação *borderline* também nos pareceu um tema atual e ainda pouco explorado. Julgamos assim poder contribuir para o debate em torno do viés atencional encontrado nesta patologia.

2. Objetivos e Predições

Temos como principal objetivo avaliar a associação entre a sintomatologia *borderline* na população geral e o viés atencional para estímulos emocionais, recorrendo para isso a uma tarefa de *Stroop* emocional (Análise 1). Pretendemos também perceber qual a associação entre o trauma infantil, na generalidade e por subtipo, e a presença de sintomas *borderline* (Análise 2).

Esperamos observar que quanto maior a presença de sintomatologia *borderline* maior o viés atencional para palavras emocionais idiossincráticas. Esperamos também encontrar uma associação positiva entre a história de trauma infantil, mais especificamente, a negligência física, a negligência emocional e o abuso emocional e a presença de sintomatologia *borderline*.

Análise 1.

3. Método

3.1. Participantes

Neste estudo participaram 79 estudantes universitários (62% do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 18 e os 26 anos de idade (M idade \pm DP = 20.52 \pm 1.82).

Todos os participantes foram avaliados à presença de sintomatologia *borderline*. A amostra foi recolhida de forma não estratificada e por conveniência da natureza do estudo. Constituíram fatores de exclusão a presença de doença neurológica ou psiquiátrica prévia, determinada por um questionário sociodemográfico e clínico.

3.2. Instrumentos

3.2.1. Caracterização sociodemográfica e psicopatológica

Foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica para recolher informações relativas a dados individuais e à história clínica dos participantes.

3.2.2. Borderline Symptom List - short version (BSL23; Albuquerque & Medina, 2010; versão original: Bohus et al., 2009).

Trata-se de um instrumento de autorrelato que mede a existência e gravidade de sintomatologia *borderline*, constituído por 23 itens respondidos numa escala de cinco pontos (de 1 - nada a 5 - muitíssimo). Os itens deste instrumento derivam teoricamente do sistema DSM-IV e da DIB-R (*Diagnostic Interview for Borderline Personality Disorder-Revised*), bem como do trabalho clínico com pacientes. No instrumento pede-se ao participante que indique como se sentiu em geral na semana anterior (de 0% = completamente em baixo a 100% = excelente), e que preencha um suplemento composto por 11 itens, apreciados numa escala de frequência com cinco níveis, que avalia o comportamento. A análise fatorial realizada por Bohus et al., (2007) extraiu sete subescalas deste instrumento: “Auto-perceção” (compreende um conjunto de itens relacionados com o autoconceito negativo e sentimentos de vulnerabilidade), “Regulação Afetiva” (conjunto de itens que se referem à dificuldade de controlar as emoções negativas sentidas), “Autodestruição” (compreende itens de comportamento e pensamento autodestrutivo), “Disforia” (compila itens que se referem a sentimentos de desequilíbrio e insatisfação), “Solidão” (faz referência a comportamentos de isolamento, sentimentos de rejeição e incompreensão por parte dos outros), “Intrusões” (compreende itens que se referem a pensamentos não desejáveis recorrentes) e “Hostilidade” (compreende itens relacionados com sentimentos de agressividade). O instrumento comporta ainda uma pontuação global, que se refere à soma da pontuação obtida nas sete subescalas referidas.

Tanto a versão original do BSL23 (*α de Cronbach*: .94 a .97) como a versão portuguesa (*α de Cronbach*: .96) apresentam boas propriedades psicométricas.

3.2.2. Estímulos

As 15 palavras que constituem os estímulos da tarefa de *Stroop* emocional foram cuidadosamente selecionadas a partir do estudo realizado por Portella et al., (2011), e divididas em três categorias de valências, cinco palavras negativas *borderline*, relacionadas com a sintomatologia da perturbação, (depressão, suicídio, solidão, abandono e descontrolo), cinco palavras negativas generalistas (ódio, cadáver, sofrimento, fracasso e catástrofe) e cinco palavras neutras (Relógio, travessia, costume, montanha e bailarino). As palavras foram apresentadas numa de quatro cores (amarelo, vermelho, verde ou azul), centradas num monitor de fundo cinza. As palavras, depois de agrupadas em três categorias, foram equilibradas no que respeita à sua frequência de ocorrência na língua portuguesa, ao número de letras e ao grau de valência emocional. Para esta análise, recorreu-se à informação disponibilizada na base de dados de Soares et al., (2012) e na base lexical do português europeu, P-Pal de Soares et al., (2014).

3.2.3. Tarefa

De acordo com estudos anteriores que usaram o *Stroop* emocional, recorreremos a um desenho em bloco (Shin et al., 2001; Whalen et al., 1998). Assim, organizaram-se quatro blocos para cada categoria; em cada bloco, as cinco palavras dessa categoria apareciam quatro vezes (cada vez em sua cor: amarelo, vermelho, verde e azul), perfazendo um total de 20 itens por bloco. No início de cada bloco, os participantes deparavam-se com uma cruz negra apresentada num fundo branco por 5s, iniciando-se então a apresentação sequencial dos 20 itens do bloco numa ordem pseudoaleatória, de forma a garantir que nem a mesma palavra nem a mesma cor fossem apresentadas contiguamente. Cada palavra era apresentada por 1 s (ou até ser dada resposta), com intervalo inter-estímulos de 0,75 s (ver Figura 1). Cada bloco tinha assim uma duração aproximada de 30 s. Os $3 \times 4 = 12$ blocos da prova foram pseudoaleatorizados, de forma a evitar a sequência imediata de dois blocos da mesma categoria. As palavras eram apresentadas num monitor de fundo branco. A resposta era dada recorrendo a uma caixa com teclado colocada em frente ao participante; o teclado consistia em quatro botões (amarelo, vermelho, verde e azul) dispostos horizontalmente da esquerda para a direita, permitindo assim aos participantes identificar a cor dos estímulos apresentados no monitor do computador. A apresentação dos estímulos e o registo das respostas e dos tempos de reação foi feita com recurso ao *software Presentation 0.76 (Neurobehavioral*

systems, www.nbs.neuro-bs.com). Os participantes foram instruídos a identificar a cor, ou seja, a pressionar um botão correspondente o mais rápido e corretamente possível. Assim, tanto a precisão como a velocidade foram enfatizadas.

O procedimento da tarefa foi explicado verbalmente antes de iniciar a tarefa; depois, realizava-se uma sessão de treino para os participantes se familiarizarem com a forma de resposta, procurando assim minimizar a variação devida a erros. O treino consistiu em 32 itens coloridos (sequências de letras sem sentido), devendo o participante simplesmente identificar a cor pressionando a tecla correspondente.

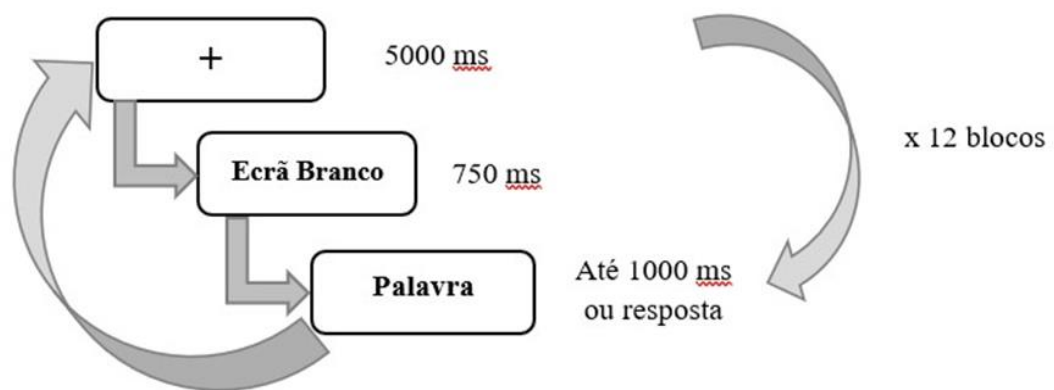


Figura 1. Representação esquemática da apresentação das palavras dentro de cada bloco.

4. Procedimento

Para a recolha de dados foi obtida uma aprovação pelo Conselho Científico da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Após a aceitação voluntária para a participação no estudo, todos os participantes assinaram um consentimento informado e completaram o questionário sociodemográfico, bem como a medida para avaliar a presença de traços subclínicos de personalidade *borderline*, o *Borderline Symptom List- short version* (BSL23). Por fim, foi administrada a tarefa de *Stroop* emocional. A tarefa de *Stroop* emocional, foi realizada presencialmente em sala com condições, insonorizada. As restantes medidas foram administradas à distância com recurso à plataforma *EU-survey*. A experiência total não excedeu a duração de 30 minutos.

5. Análise estatística

Foi realizada uma análise correlacional (*Pearson*), de modo a avaliar a associação entre medidas de autorrelato para avaliação da sintomatologia *borderline* e as medidas proporcionadas pela tarefa de *Stroop* Emocional assim como a associação entre a sintomatologia *borderline* e o trauma infantil.

6. Resultados

Não foram observadas diferenças significativas entre as categorias de estímulos relativamente à precisão [$F(2, 158) = 0.23, p = .793, \eta^2 = .003$] e latência de resposta [$F(2, 158) = 2.26, p = .108, \eta^2 = .028$]. Estes resultados mostram que os participantes desempenharam a tarefa com níveis de precisão e tempos de latência semelhantes, independentemente da carga emocional do estímulo. Os níveis de precisão na tarefa foram superiores a 90% para todos os indivíduos.

6.1. Associação entre o BSL23 (global e subescalas) e indicadores de desempenho na tarefa *Stroop* emocional (precisão e latência da resposta)

Relativamente ao tempo médio de resposta, de uma forma geral, as correlações são negativas, mas de reduzida magnitude e maioritariamente não significativas. Uma análise mais detalhada revela que a dimensão Regulação Afetiva se correlaciona negativamente com o tempo de resposta das palavras negativas ($r = -.288; p = .010$), neutras ($r = -.251; p = .025$) e negativas idiossincráticas ($r = -.243; p = .030$), indicando que os participantes com maiores níveis de regulação afetiva apresentam tempos de resposta sistematicamente mais curtos, independentemente da categoria de palavras.

Relativamente à precisão de resposta, de uma forma geral, as associações são negativas de reduzida magnitude. Verificaram-se correlações negativas significativas entre a precisão para responder à categoria de palavras *Borderline* e as dimensões, sintomatologia *borderline* geral ($r = -.293; p = .008$), regulação afetiva ($r = -.284; p = .011$), autodestruição ($r = -.286; p = .010$), solidão ($r = -.297; p = .007$) e a dimensão intrusão ($r = -.256; p = .022$). Estes resultados sugerem que quanto maior a presença de sintomas *borderline* menos acertos face a palavras negativas idiossincráticas (compatíveis com a perturbação *borderline*).

No mesmo sentido, na análise por subdimensão do BSL23, observámos que quanto maiores a desregulação afetiva, o índice de autodestruição, os níveis de solidão e de intrusões, mais erros são registados nos estímulos emocionais idiossincráticos.

Tabela 1. Tempo de reação e Precisão na tarefa *stroop* de acordo com a sintomatologia *borderline*

	Tempo de Latência			Precisão		
	Neutra	Negativa	<i>Borderline</i>	Neutra	Negativa	<i>Borderline</i>
BSL23 Global	-.180	-.201	-.179	-.126	-.031	-.293**
Autopercepção	-.089	-.078	-.099	-.060	-.068	-.205
Regulação afetiva	-.251*	-.288**	-.243*	-.100	.002	-.284*
Autodestruição	-.145	-.166	-.158	-.112	-.066	-.286*
Disforia	-.154	-.129	-.143	-.137	.065	-.167
Solidão	-.108	-.165	-.147	-.115	-.006	-.297**
Intrusão	-.020	-.048	-.003	-.130	.056	-.256*
Hostilidade	-.004	-.028	.003	-.084	.042	-.204
Comportamento	.028	-.058	.044	-.045	.063	-.040

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

Análise 2.

7. Método

7.1. Participantes

Neste estudo foram avaliados 15 estudantes universitários da amostra incluída na análise 1 (60 % do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 19 e os 23 anos de idade (M idade \pm DP = 18.66 \pm 1.06).

Todos os participantes foram avaliados quanto à presença de sintomatologia (BSL23; Albuquerque & Medina, 2010). Este grupo de participantes foram selecionados de forma não estratificada e por conveniência da natureza do estudo. Constituíram fatores de exclusão a presença de doença neurológica ou psiquiátrica prévia, determinada por um questionário sociodemográfico e clínico.

7.2. Instrumentos

7.2.2. Questionário de Avaliação de Trauma de Infância (CTQ-SF;

Childhood Trauma Questionnaire – Short Form; versão original: Bernstein et al., 2003; versão portuguesa: Dias et al., 2013)

O CTQ-SF é um instrumento de autoavaliação de exposição a situações de maltrato, ocorridas até aos 15 anos de idade (Dias et al., 2013). É constituído por 28 itens, classificáveis numa escala de cinco pontos, tendo como origem uma versão longa de 70 itens desenvolvida por Bernstein et al., (1997). Os itens descrevem experiências de infância (formuladas como experiências de maltrato ou de cuidado adequado) e são classificados de acordo com a frequência com que ocorreram (1 – nunca, 2 – poucas vezes, 3 – às vezes, 4 – muitas vezes, 5 – sempre). Para além de proporcionar um indicador geral de exposição a maltrato na infância, que resulta da soma da cotação das subescalas, e de um índice de negação, o instrumento avalia a exposição a cinco tipos de maltrato: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência física e negligência emocional durante a infância. O CTQ-SF apresenta boa consistência interna, com valores de *alpha de Cronbach* acima de .60 (.92 para a subescala de abuso sexual, .91 para a negligência emocional, .87 para o abuso emocional, .83 para o abuso físico e .61 para a negligência física), numa amostra comunitária representativa (Dias et al., 2013).

8. Procedimento

Foi obtido, num primeiro momento, o consentimento informado dos 15 participantes que aceitaram responder ao questionário STQ-FS (Questionário de trauma infantil). O questionário foi recolhido à distância com recurso à plataforma *EU-survey*.

9. Análise estatística

Foi realizada análise de correlação de *pearson* para avaliar associação entre a sintomatologia *borderline* e a ocorrência de trauma na infância.

10. Resultados

10.1. Associação entre o BSL23 (global e subescalas) e indicadores de trauma infantil do STQ-SF (global e subescalas)

Numa análise geral, é possível observar uma associação positiva entre o BSL comportamento e a escala total de trauma infantil ($r = .584$; $p = .022$). Estes resultados sugerem que quanto maiores níveis de trauma infantil mais sintomatologia *borderline* foi verificada.

Numa análise por subescala do BSL, foram ainda observadas correlações positivas significativas entre a dimensão **Comportamento** (que inclui os comportamentos destrutivos como, por exemplo, autolesivos e heteroagressivos) e as dimensões de trauma associadas ao abuso emocional ($r = .530$; $p = .042$), negligência emocional ($r = .718$; $p = .003$) e abuso físico ($r = .695$; $p = .004$).

Estes resultados sugerem que quanto maior a presença de trauma infantil na infância, nomeadamente de abuso emocional, negligência emocional e abuso físico, mais elevada é a presença comportamentos autodestrutivos, suicidas e de automutilação, característicos da PBP.

Tabela 2. Associação entre sintomatologia e o trauma infantil

	Abuso Emocional	Negligência Emocional	Abuso Sexual	Abuso Físico	Negligência Física	CTQ Total
BSL23 Global	.268	.389	-.073	.020	.018	.189
Autopercepção	.018	.103	-.186	-.257	-.030	-.066
Regulação afetiva	.297	.430	-.080	.129	.112	.237
Autodestruição	.218	.347	-.116	.146	.032	.157
Disforia	.320	.355	-.048	.095	-.218	.162
Solidão	.385	.512	-.067	.038	-.127	.241
Intrusão	.422	.438	-.135	.277	-.133	.217
Hostilidade	.132	.204	.235	-.365	.205	.210
Comportamento	.530*	.718**	.042	.695**	.493	.584*

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

11. Discussão

O viés na atenção para estímulos emocionais tem vindo a ser mencionado na literatura como uma característica encontrada em sujeitos com sintomatologia *borderline* (Baer et al., 2012). Este tipo de viés cognitivo parece influenciar a capacidade para se realizarem adequadas interpretações da realidade, assim como parecem contribuir para a incapacidade de regulação emocional assistida nesta patologia (Arntz et al., 2000; Gilboa-Schechtman et al., 2000). A tarefa *stroop* tem-se revelado como instrumento útil para o acesso ao viés atencional para diferentes valências de estímulos (Gross, 2014).

Foi através do recurso a este tipo de metodologia que emergiram duas teorias acerca do processo atencional no funcionamento *borderline*, de referir: a Teoria da Hipervigilância (quanto maior a presença de sintomas *borderline* maior viés para estímulos negativos idiossincráticos) proposta por Arntz et al. (2000), e a Teoria da Hiperreatividade, (quanto maior a presença de sintomas *borderline* maior o viés para estímulos emocionais negativos e/ou positivos) proposta por Portella et al. (2011). Motivados por melhor compreender este processo, Kaiser e colaboradores (2017), realizaram uma meta-análise, a qual parece apoiar a teoria da hipervigilância. Ainda assim, os autores referiram a necessidade de se continuar a estudar o fenómeno e introduziram como proposta de trabalho futuro a avaliação da história de trauma na sintomatologia *borderline*.

Motivados por estas questões, fomos avaliar o processo atencional para estímulos emocionais em sujeitos da população geral com caracterização prévia da sintomatologia *borderline* com recurso a uma tarefa *stroop*.

Os nossos principais resultados sugeriram que quanto maior a presença de sintomas *borderline* menos acertos são dados face a palavras negativas idiossincráticas (compatíveis com a perturbação *borderline*). Estes resultados parecem ser suportados pela teoria de hipervigilância (Arntz et al., 2000; Kaiser et al., 2017) onde se defende que existe uma interferência para estímulos negativos idiossincráticos à perturbação *borderline*. Este viés atencional poderá estar na base do viés de interpretação observado também em doentes com funcionamento *borderline*. Estes erros na interpretação do mundo social acarretam um conjunto de sintomas que impedem o bem-estar individual e interpessoal.

Ainda no mesmo sentido, e numa análise mais detalhada, observámos que quanto maior o índice de **autodestruição**, **solidão** e **de intrusões**, pior a precisão face aos estímulos emocionais idiossincráticos. Bohus et al., (2009), referem que no

funcionamento *borderline* é frequente a presença de pensamentos suicidas, desejo de morte, fascínio pela morte. O desejo de autodestruição conduz ao isolamento face aos outros, medo da rejeição dos outros. Referem também que estes sujeitos são frequentemente devorados pela solidão e que relatam frequentemente intrusões, geralmente de morte. Estes sintomas são normalmente resultado de alterações no conteúdo do pensamento que poderá estar intimamente interligado ao viés atencional para estímulos considerados ameaçadores.

Keiser et al., (2017), evidenciam que as formas mais graves da perturbação de personalidade *borderline*, tendem a apresentar resultados mais precisos quanto à interferência de estímulos negativos idiossincráticos *borderline*. Embora os nossos participantes não contemplem a perturbação, mas apenas sintomas da mesma, formas mais graves de sintomatologia, podem explicar maiores níveis de interferência.

Os resultados relativos aos tempos de resposta, apenas indicaram que os participantes com maiores níveis de regulação afetiva apresentam tempos de resposta sistematicamente mais curtos, independentemente da categoria de palavras. Maiores níveis de regulação afetiva, segundo Bohus et al., (2009), significam (sentir uma tensão interior stressante, sofrer de vergonha e estar sobrecarregado com os sentimentos). Embora este resultado seja ambíguo, pode-se encontrar na literatura, que este tipo de sintomatologia, está associado a maiores níveis de impulsividade (Soares, 2010). É por isso normal, que pessoas mais impulsivas, carreguem no botão mais rapidamente, originando tempos de resposta mais curtos, independentemente do estímulo apresentado.

Na nossa segunda análise, fomos avaliar a associação entre a história de trauma e a sintomatologia *borderline*. Os nossos principais resultados revelaram uma associação entre o trauma infantil, nomeadamente, o **abuso emocional**, a **negligencia emocional** e o **abuso físico**, com a sintomatologia *borderline*. Estes resultados já tinham sido encontrados por Porter et al., (2020), que sugerem que os abusos emocionais são os maiores preditores da perturbação *borderline*. Os autores explicam ainda que seria de esperar encontrar mais formas de trauma, associados à sintomatologia *borderline*, no entanto isto não acontece tão frequentemente em amostras não clínicas. Vejamos, nas amostras clínicas, pudemos observar a perturbação de personalidade *borderline* em formas mais graves, com sintomatologia exacerbada, ao invés de avaliarmos apenas pessoas com sintomas e não propriamente a perturbação. É natural que na base desta população clínica encontremos formas mais graves de trauma como maiores índices de

abuso físico ou sexual, que podem por sua vez, explicar maiores índices de sintomatologia, ao invés do que acontece em pessoas sem a perturbação, apenas com sintomatologia de base (amostra não clínica), como aconteceu no estudo realizado por estes autores, que vai ao encontro também do nosso estudo (Porter et al., 2020).

Ainda que tenhamos chegado a resultados interessantes acerca do viés atencional para estímulos emocionais assim como da associação entre a história de trauma e a sintomatologia limite, este trabalho possui algumas limitações. Entre elas, julgamos ter sido o tipo de desenho experimental, ou seja, o pedido para que o participante carregasse num botão ao invés de uma resposta verbal. Segundo Keiser et al., (2017), as respostas verbais produzem efeitos de viés atencional mais fortes a estímulos geralmente negativos, do que quando era sugerido premir o botão.

Os autores indicam que isto acontece porque a leitura e a fala estão intimamente relacionadas (a leitura conduz automaticamente à preparação da fala), o que não acontece ao ler e seguidamente pressionar um botão. Coloca-se a hipótese de o efeito *stroop* ficar (mascarado) pela variação dos tempos de reação resultante das respostas manuais, devido ao envolvimento motor requerido (Ikeda et al, 2010). O *stroop* que envolve um tipo de resposta verbal pode, portanto, produzir uma estimativa mais pura e confiável de interferência por, contudo de palavras. Em estudos posteriores seria importante recorrer a este tipo de resposta para a obtenção de resultados mais específicos, quanto à latência.

Na segunda análise do estudo foi testado a um número reduzido de participantes, além de não acrescentar conclusões robustas sobre variabilidade entre os sexos.

Como propostas de trabalho futuro, seria interessante adicionar medidas psicofisiológicas, como a resposta galvânica da pele, para avaliar a interferência emocional. Seria ainda importante obter uma amostra maior, clínica, equitativamente distribuída quando aos sexos para uma análise de mediação do viés atencional entre o trauma infantil e a sintomatologia *borderline*.

12. Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª Edição, Revisão de Texto. Climepsi Editores.
- Arntz, A., Appels, C., & Sieswerda, S. (2000). Hypervigilance in borderline disorder: A test with the emotional stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 366–373. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.366>
- Baer, R. A., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J., & Sauer, S. E. (2012). Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.03.002>
- Ball, J. ., & Links, P. S. (2009). Childhood Trauma. *Clinical Child Psychiatry, Third Edition*, 255–273. <https://doi.org/10.1002/9781119962229.ch15>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R., et al. (2009). The Short Version of the Borderline Symptom List (BSL23): Development and Initial Data on Psychometric Properties. *Psychopathology*, 42 (1), 32–39.
- Dresler, T., Mériaux, K., Heekeren, H. R., & Van Der Meer, E. (2009). Emotional Stroop task: Effect of word arousal and subject anxiety on emotional interference. *Psychological Research*, 73(3), 364–371. <https://doi.org/10.1007/s00426-008-0154-6>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)0017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)0017-8)
- Fitzpatrick, S., Liebman, R. E., & Monson, C. M. (2021). The borderline interpersonal-affective systems (BIAS) model: Extending understanding of the interpersonal context of borderline personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 84(December 2020). <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101983>
- Gilboa-Schechtman, E., Revelle, W., & Gotlib, I. H. (2000). Stroop interference

- following mood induction: Emotionality, mood congruence, and concern relevance. *Cognitive Therapy and Research*, 24(5), 491–502.
<https://doi.org/10.1023/A:1005517326981>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (p. 3–20). The Guilford Press.
- Ikeda Y, Hirata S, Okuzumi H, Kokubun M. (2010). Features of Stroop and reverse-Stroop interference: analysis by response modality and evaluation. *Percept Mot Skills*, 110(2), 654-60. doi: 10.2466/PMS.110.2.654-660.
- Kaiser, D., Jacob, G. A., Domes, G., & Arntz, A. (2017). Attentional Bias for Emotional Stimuli in Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Psychopathology*, 49(6), 383–396. <https://doi.org/10.1159/000448624>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guildford.
- McClain L. (1983). Effects of response type and set size on Stroop color-word performance. *Percept Mot Skills*, 56(3), 735-43. doi: 10.2466/pms.1983.56.3.735.
- Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J. L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 247–260.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.247>
- Portella, M. J., Soler, J., Tejero, A., Barrachina, J., Barrachina, J., Tiana, T., ... Pérez, V. (2011). Slow processing in borderline personality disorder: the emotional Stroop paradigm. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 39(6), 356–362. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22127908>
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Schmitz, M., Bertsch, K., Löffler, A., Steinmann, S., Herpertz, S. C., & Bekrater-Bodmann, R. (2021). Body connection mediates the relationship between traumatic childhood experiences and impaired emotion regulation in borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00157-7>
- Shin, L. M., Whalen, P. J., Pitman, R. K., Bush, G., Macklin, M. L., Lasko, N. B., et al. (2001) An fMRI study of anterior cingulate function in posttraumatic stress

- disorder. *Biological Psychiatry* 50, 932—942.
- Soares, M. (2010) Estudos sobre transtornos de personalidade Antissocial e Borderline. *ACTA Paulista de Enfermagem*. 10.1590/S0103-21002010000600021.
- Soares, A. P., Comesaña, M., Pinheiro, A. P, Simões, A., & Frade, C.S. (2012). The adaptation of the Affective Norms for English Words (ANEW) for European Portuguese. *Behavior Research Methods*, 44 (1), 256-69.
- Soares, A. P., Iriarte, A., Almeida, J., Simões, A., et al. (2014). Procura-PALavras (P-Pal): Uma Nova Medida de Frequência Lexical do Português Europeu Contemporâneo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27 (1), 110-123.
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18(6), 643-662. Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (6), 1068–1075. 28
- Taylor, J., & Reeves, M. (2007). Structure of Borderline Personality Disorder Symptoms in a Nonclinical Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 66(4), 430.
- Unoka Z, Fogd D, Füzy M, Csukly G. (2011). Misreading the facial signs: specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. 189(3), 419-25. doi: 10.1016/j.psychres.2011.02.010.
- Whalen, P. J., Bush, G., McNally, R. J., Wilhelm, S., et al. (1998). The emotional counting Stroop paradigm: a functional magnetic resonance imaging probe of the anterior cingulate affective division. *Biological Psychiatry* 44, 1219— 1228.

Anexos

Anexo 1- Consentimento Informado



CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta declaração certifica que aceito de livre vontade participar num estudo sobre regulação de emoções a ser realizado pelas alunas Juliana Torres e Patrícia Gonçalves sob orientação da Professora Doutora Ana Teresa Martins e pelo Professor Doutor Luís Faísca. Uma explicação breve sobre a experiência na qual vou participar foi-me dada e estou esclarecido sobre a mesma. Tive oportunidade de colocar questões sobre a experiência, e estou satisfeito com as respostas. Compreendo que a minha participação é voluntária e totalmente confidencial.

ASSINATURA DO CANDIDATO

DATA

A ser preenchido pelo investigador

O participante supramencionado foi informado sobre a natureza da avaliação. O participante foi informado que a experiência será imediatamente interrompida se requerido pelo próprio.

Assinatura e Data:

Anexo 2- Ficha de Caracterização Sociodemográfica

Questionário Sociodemográfico

As seguintes questões servem apenas para caracterização genérica da amostra.

Idade: _____

Homem

Mulher

Quantos anos de escolaridade possui? _____

Estado civil (assinale com uma cruz uma opção):

Solteiro(a)

Casado(a) ou em união de facto

Separado(a) ou divorciado(a)

Viúvo(a)

Região de Portugal de origem/residência oficial (assinale com uma cruz uma opção):

Algarve

Alentejo

Estremadura, Ribatejo (incluindo Zona da Grande Lisboa)

Beira Interior

Beira Litoral

Douro e Minho (incluindo zona do Grande Porto)

Trás-os-Montes e Alto Douro

Zonas autónomas (Madeira e Açores)

Outra: _____

Situação profissional (assinale com uma cruz uma opção):

- Estudante a tempo inteiro
- Trabalhador-estudante
- Trabalhador por conta de outro
- Trabalhador por conta própria
- Desempregado/Procura primeiro emprego

Qual a sua lateralidade?

Esquerdino Destro

Alguma vez consultou um neurologista?

Sim Não

Se respondeu sim, refira o motivo:

Alguma vez consultou um psicólogo?

Sim Não

Se respondeu sim, refira o motivo:

Alguma vez consultou um psiquiatra?

Sim Não

Se respondeu sim, refira o motivo:

Tomou ou toma medicação psiquiátrica?

Sim Não

Se respondeu sim, refira o motivo:

Alguma vez se viu envolvido em algum acidente grave?

Sim

Não

Nome: _____

Contacto: _____

Email: _____

Anexo 3 – Borderline Symptom List (BSL 23)

BSL23- (Bohus, Limberger et al, 2009) - versão experimental portuguesa (Albuquerque & Medina, 2010)

Responda assinalando a intensidade com que viveu cada situação na semana anterior. Se não sentir nada em particular neste momento, responda de acordo como *pensa ter-se sentido*. Todas as questões referem-se à semana anterior. No caso de ter tido sentimentos diferentes durante a semana, faça uma estimativa de como se sentiu na maioria das situações.

Durante a semana anterior...

	Nada	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
1. Foi difícil manter a concentração	1	2	3	4	5
2. Senti-me desamparado(a)	1	2	3	4	5
3. Senti-me distraído(a) e incapaz de me lembrar do que estava a fazer	1	2	3	4	5
4. Senti repulsa	1	2	3	4	5
5. Pensei em fazer mal a mim próprio(a)	1	2	3	4	5
6. Senti desconfiança em relação às outras pessoas	1	2	3	4	5
7. Senti que não tinha o direito de viver	1	2	3	4	5
8. Senti-me sozinho(a)	1	2	3	4	5
9. Senti uma tensão interior stressante	1	2	3	4	5
10. Tive visões que me assustaram bastante	1	2	3	4	5
11. Senti ódio por mim próprio(a)	1	2	3	4	5
12. Quis castigar-me a mim próprio(a)	1	2	3	4	5
13. Senti vergonha	1	2	3	4	5
14. O meu estado de humor foi alterando rapidamente entre ansiedade, raiva e depressão	1	2	3	4	5
15. Ouvi vozes e barulhos tanto dentro da minha cabeça, como vindos do exterior	1	2	3	4	5
16. Senti-me devastado(a) pelas críticas que me fizeram	1	2	3	4	5
17. Senti-me vulnerável	1	2	3	4	5
18. A ideia de morte exerceu um certo fascínio sobre mim	1	2	3	4	5
19. Tudo me pareceu sem sentido	1	2	3	4	5
20. Tive medo de perder o controlo	1	2	3	4	5
21. Senti repulsa por mim próprio(a)	1	2	3	4	5
22. Senti que estava longe de mim próprio(a)	1	2	3	4	5
23. Senti-me sem valor	1	2	3	4	5

Em seguida, gostaríamos que reflectisse sobre a forma como se sentiu, em geral, na semana anterior: 0% significa completamente em baixo e 100% significa excelente. Indique a percentagem que se encontra mais próxima da sua experiência na semana anterior:

0% (muito mal)	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100% (excelente)

BSL-Suplemento: Avaliação de comportamento

Durante a semana anterior...

	Nunca	1 vez	2-3 vezes	4-6 vezes	Diariamente ou mais
1. Magoei-me a mim próprio(a): cortando-me, queimando-me, batendo com a cabeça, etc.	1	2	3	4	5
2. Disse a outras pessoas que me ia matar	1	2	3	4	5
3. Tentei suicidar-me	1	2	3	4	5
4. Comi compulsivamente	1	2	3	4	5
5. Provoquei deliberadamente o vômito	1	2	3	4	5
6. Tive comportamentos de risco, como conduzir a alta velocidade, estar à beira de um precipício...	1	2	3	4	5
7. Embraguei-me	1	2	3	4	5
8. Consumi drogas	1	2	3	4	5
9. Tomei medicação que não me foi prescritada, ou se prescritada, tomei em doses superiores à recomendada	1	2	3	4	5
10. Tive acessos de raiva incontrolável ou agredi fisicamente outras pessoas	1	2	3	4	5
11. Tive relações sexuais que não conseguí controlar e face às quais me senti envergonhado(a) ou zangado(a) consigo próprio(a)	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo 3 - Questionário Sobre Traumas na Infância

(*Childhood Trauma Questionnaire – CTQ- SF*; Bernstein et al.,

2003)

Instruções:

As afirmações abaixo referem-se a algumas experiências de quando era criança ou adolescente. Embora estas afirmações sejam de natureza pessoal, por favor, responda o mais sinceramente possível. Para cada afirmação, assinale a resposta que melhor descreve o que considera que sucedeu enquanto crescia. Não há respostas corretas ou erradas. Tente responder o mais honestamente possível, sem pensar excessivamente em cada item.

Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Não tive com ida suficiente.					
Soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
As pessoas d a minha família chamaram-me nomes como “estúpido(a)”, “preguiçoso(a)” ou feio(a).					
Os meus pais estiveram alcoolizados ou sob o efeito de drogas durante a minha infância.					
Houve algué m na minha família que me ajudou a sentir especial ou importante.					
Tive de usar roupas sujas.					

Senti-me am ado(a).					
Cheguei a achar que os meus pais preferiam que eu nunca tivesse nasc ido.					

Sofri violência física por parte de um(ou mais) familiar(es) a ponto de ser assistido no hospital ou por um médico.					
. Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
. Houve um(ou mais) familiar(es) que me bateram tanto que fiquei com marcas físicas.					
. Já fui agredido(o) com um cinto, uma vara ou uma corda que me deixaram marcas físicas.					
. As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
. As pessoas da minha família disseram coisas que me magoaram ou ofenderam.					
. Acredito que fui maltratado(a) fisicamente.					
Enquanto eu crescia...	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
. Tive uma ótima infância.					
. Fui tão agredido(a) fisicamente que um professor, vizinho ou médico se apercebeu.					
. Já senti que alguém da minha família me odiava.					
. As pessoas da minha família sentiam-se unidas.					
. Já me tentaram tocar ou me fizeram tocar com intenções sexuais, sem que eu quisesse.					
. Já me ameaçaram que me magoavam ou contavam mentiras a meu respeito se recusasse um contacto sexual.					
. Tive a melhor família do mundo.					

. Já me forçaram a ter ou a assistir a experiências sexuais.					
. Já fui muito magoado.					