

# INTRODUÇÃO



Descrevemos neste trabalho a implementação de uma modalidade breve de intervenção psicoterapêutica, através da estimulação da memória autobiográfica, direccionada para a redução da sintomatologia depressiva em pessoas idosas.

Temos como objectivo transversal a todo este estudo contribuir para a selecção adequada de técnicas do trabalho terapêutico junto de idosos, quer com cariz preventivo quer em moldes interventivos. Selecionamos como alvo do nosso trabalho pessoas idosas institucionalizadas, que manifestassem sintomatologia depressiva. Utilizamos como modalidade de intervenção a terapia da reminiscência, através da revisão de vida, promovendo a especificidade das memórias autobiográficas.

Compartimentamos a apresentação deste estudo em duas parte: a primeira parte concerne ao estado da arte em torno da temática trabalhada e a segunda parte respeita ao estudo empírico desenvolvido.

Na primeira parte do trabalho, apresentamos três capítulos de revisão de literatura relacionados com a hipótese desenvolvida: a memória autobiográfica, a depressão geriátrica e a terapia de reminiscência.

No primeiro capítulo definimos o conceito de memória autobiográfica, apresentando alguns dados relativos ao seu funcionamento e localização espacial e temporal, explorando as hipóteses quanto aos processos de retenção e distorção. Expomos os modelos de surgimento da memória autobiográfica, analisando em seguida o perfil que a caracteriza e as funções que lhe estão associadas. Consideramos as correlações documentadas sobre a memória autobiográfica e o funcionamento humano, com especial destaque para a iniciação e manutenção de quadros depressivos, terminando o capítulo com as metodologias mais utilizadas em contexto de investigação.

No segundo capítulo abordamos o envelhecimento através do conceito de saúde mental no idoso. Apresentamos as características e os factores de risco da depressão geriátrica, diferenciando-a dos quadros depressivos documentados noutras faixas etárias. Analisamos também quais as taxas epidemiológicas existentes, quer para o episódio depressivo major quer para a prevalência de sintomatologia depressiva, considerando qual o impacto dos sintomas depressivos no funcionamento da pessoa

idosa. Terminamos este capítulo analisando as especificidades do trabalho directo com idosos no âmbito da saúde mental, comentando os principais tópicos em torno da avaliação e intervenção na depressão geriátrica.

No terceiro capítulo abordamos duas definições subjacentes ao conceito de reminiscência, enquanto processo de pensar sobre o passado e como estratégia terapêutica que utiliza as referidas memórias dos sujeitos como metodologia de intervenção. Dentro deste âmbito, apresentamos alguns estudos que recorrem à reminiscência como técnica de intervenção. Abordamos também algumas das limitações apontadas na literatura, bem como estratégias para superá-las.

Na segunda parte apresentamos o estudo empírico implementando, considerando inicialmente quais os procedimentos e os resultados obtidos, manifestando em seguida as conclusões possíveis e as limitações encontradas.

No quarto capítulo colocamos a nossa hipótese de trabalho, de que a estimulação de memórias autobiográficas específicas e positivas, através de perguntas direccionadas para todo o ciclo de vida, utilizando assim estratégias características da terapia da reminiscência, permitirá diminuir a sintomatologia depressiva em pessoas idosas institucionalizadas a tempo inteiro ou parcial. Começamos por expor um estudo prévio, realizado com o intuito de obter normas de avaliação da valência de substantivos comuns. Descrevemos em seguida quais os procedimentos seguidos, para implementação da intervenção junto de idosos. Referimos quais os dados obtidos, comparando os resultados entre o grupo experimental, submetido à intervenção, e o grupo de controlo, a quem administramos as medidas de avaliação em dois momentos distintos.

No quinto capítulo discutimos os resultados obtidos, estabelecendo uma ligação com alguns conceitos veiculados no estado da arte. Comentamos algumas implicações para a prática clínica, decorrentes deste estudo. Por fim, ponderamos sobre as limitações registadas e sentidas no decorrer deste estudo.

PRIMEIRA PARTE  
REVISÃO TEÓRICA



CAPÍTULO I  
MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA





Começamos este capítulo definindo o conceito de memória autobiográfica, através da sua integração no sistema geral de memória. Apresentamos alguns dados relativos ao seu funcionamento e localização espacial e temporal, explorando as hipóteses quanto aos processos de retenção e distorção.

São ponderados os modelos de surgimento da MA, analisando em seguida o perfil que a caracteriza, numa perspectiva de ciclo de vida desde o seu desenvolvimento até ao declínio. Analisamos também as funções associadas à MA.

Consideramos as correlações documentadas na literatura sobre a MA e o funcionamento humano, com especial destaque para a iniciação e manutenção de quadros depressivos.

Terminamos este capítulo apresentando algumas das metodologias mais utilizadas em contexto de investigação sobre a MA.

## 1. Definição de conceito, estruturas e características da memória autobiográfica

Entende-se por memória autobiográfica o conjunto de informação relacionado com o próprio (e.g., Cañas & Bajo, 1991), num registo simultâneo de imagens e factos respeitantes a acontecimentos passados (e.g., Hou, Miller, & Kramer, 2005). Apesar da hipótese da sua organização hierárquica ser predominantemente aceite (e.g., Conway, 1990b, 2005; Williams, 2006), a sua localização espacial suscita ainda algumas questões (Moscovitch, Nadel, Winocur, Gilboa, & Rosenbaum, 2006). Tal como ocorre com outras modalidades de memória, os processos de retenção e recuperação da MA são condicionados por factores como a frequência de ensaio ou as exigências do contexto (e.g., Bluck & Levine, 1998; Thompson, Sworonsky, Larsen, & Betz, 1996).

### 1.1. Localização no sistema geral de memória

Há cerca de três décadas atrás, Tulving (1972, cit. in Tulving, 2002) postulou que a informação proveniente de diferentes fontes e processada de modos distintos resultaria em tipos divergentes de memória. O autor denominou de memória episódica a retenção de acontecimentos pessoais significativos, que respondiam ao quê, onde e

quando (Tulving, 2002). A memória episódica permite ao ser humano pensar sobre si enquanto entidade coerente e persistente no tempo, integrando no agora as experiências passadas (Klein, German, Cosmides, & Gabriel, 2004).

Conquanto a sua formulação tenha provocado então críticas por parte de outros autores, os modelos actuais de memória defendem a existência de duas categorias gerais de memória: a memória episódica (ME), relacionada com os acontecimentos de vida e a memória semântica (MS), respeitante aos factos (Thompson *et al.*, & Betz, 1996).

A memória autobiográfica (MA) é definida como um subtipo de ME. Ainda que tradicionalmente seja conceptualizada como episódica, é imprescindível à MA a utilização de factos semânticos, muitas vezes de cariz autobiográfico, como a data de aniversário de um amigo ou o número de telefone de um familiar (e.g., Dritschel, Williams, Baddeley, & Nimmo-Smith, 1992; Hou *et al.*, 2005; Lemogne, Piolino, Friszer, Claret, Girault, Jouvent, Allilaire, & Fossati, 2006).

Conquanto a MA e a ME partilhem características, nomeadamente a nível da sua localização neuronal (Nessler, Johnson Jr., Bersick, & Friedman, 2006), existem também diferenças entre ambas. Num extenso trabalho de comparação entre as diferenças e similaridades entre os subtipos autobiográfico, episódico e semântico de memória, Conway (1990b) postula que as características diferenciadoras entre MA e ME são o factor de auto-referenciação, a interpretação subjectiva dos acontecimentos recordados, a verificabilidade e a duração. Assim, para o autor, a MA está sempre condicionada pela interpretação subjectiva e pela auto-referenciação, sendo a possibilidade de verificar os seus conteúdos bastante variável. Em comum ambos os subtipos de memória partilham a imagética, os atributos perceptivos e sensoriais espaço-tempo e a experiência de recordar, destacando-se em absoluto da memória semântica (Conway, 1990b).

Nelson e Fivush (2004) defendem que a MA é um subtipo de memória explícito ou declarativo, que implica a reexperienciação de um acontecimento temporal e espacialmente localizado; os autores afirmam que enquanto a memória episódica tem uma localização neurológica específica, a MA possui um sistema funcional autónomo, derivado não só da maturação neurológica mas também do desenvolvimento social, cognitivo e comunicacional continuado.

Para Gilboa (2004), a MA e a ME são modalidades distintas de memória, que depoletam áreas diferenciadas de monitorização e verificação das memórias recuperadas. Assim, a MA assenta em sentimentos de adequação, rápidos e instintivos,

para monitorizar veracidade e coesão das memórias recuperadas, em relação com um esquema do *self*; a memória episódica exige uma avaliação mais elaborada, para evitar omissões ou repetições nas tarefas solicitadas.

## 1.2. Definição do conceito de memória autobiográfica

Designa-se por memória autobiográfica o conjunto de informação relacionada com o próprio (Cañas & Bajo, 1991; Brittlebank, Scott, Williams, & Ferrier, 1993), sendo a sua característica mais saliente a representação visual (Conway, 1990b, 2005; Latorre *et al.*, 2003; Nelson & Fivush, 2004; Rubin, 2005).

As memórias autobiográficas são construções mentais explícitas, num processo, que reúne aspectos diversos dos contextos de ocorrência e recuperação, bem como das emoções associadas a ambos (Bluck & Li, 2001; Mullen & Yi, 1995; Nakash & Brody, 2006; Parrott & Spackman, 2000; Philippot, Schaefer, & Herbette, 2003).

A MA é por vezes considerada a mais complexa forma de memória humana (Piefke & Fink, 2005), resultante da interação continuada entre memória episódica, emoções associadas e sentido de continuidade do *self*, ao longo do tempo e da nossa história de vida pessoal, condicionada por factores genéticos, fisiológicos, psicológicos, situacionais, sociais e culturais. Neste sentido, a MA é também uma narrativa, criada através da interação do sujeito com o seu contexto (Farrar, Fasig, & Welch-Ross, 1997), uma história com personagens que interagem em contextos diferenciados (Radvansky, Copeland, & Zwann, 2005), que caracteriza o sujeito e lhe confere uma identidade. Deste modo, parece consensualmente aceite que também a MA se altera consoante a pessoa evolui (Latorre *et al.*, 2003).

A funcionalidade da MA é extensa e os défices no seu exercício podem traduzir-se na manifestação de quadros depressivos (e.g., Leidebetseder, Rohrer, Mackinger, & Fartacek, 2006; Serrano, Latorre, & Montañes, 2005), na resolução de problemas sociais (e.g., Raes, Hermans, Willimas, Demyttenaere, Sabbe, Pieters, & Eelen, 2005), na interacção com os outros (e.g., Bluck & Habermas, 2000) e na manutenção de um *self* consistente (e.g., Klein, German, Cosmides, & Gabriel, 2004). Ou seja, alterações na MA podem assumir-se quer como um sintoma quer como um factor de risco e de manutenção para diferentes psicopatologias (Hermans, Raes, Philippot, & Kremers, 2006; Williams, 2006).

O papel da MA no funcionamento humano parece ser de tal modo preponderante que alterações nas suas funções, como a sobregeneralização, um dos erros mais documentados na literatura, foi apontada por Harvey, Watkins, Mansell, e Shafran (2004) como sendo um possível processo transdiagnóstico, presente de modo transversal em todos os quadros patológicos.

### 1.3. Organização hierárquica

A MA está organizada hierarquicamente, através de estruturas de conhecimento em rede, com representações abstractas de períodos de vida no topo e memórias autobiográficas de acontecimentos específicos na base (Conway, 1990b, 2005; Conway, Singer, & Tagini, 2004; Latorre *et al.*, 2003; Williams & Broadbent, 1986; Williams, 2006; Williams, Chan, Crane, & Barnhofer, 2006). O acesso a MA ocorre através de níveis sucessivamente mais específicos nos quais os sujeitos conseguem transitar (Williams, Teasdale, Seagl, & Soulsby, 2000).

Cañas e Bajo (1991) postulam que a organização da MA assenta nos esquemas do *self*, consistindo estes em generalizações cognitivas sobre o próprio, desenvolvidos através de informação obtida em experiências passadas. A função dos denominados esquemas do *self* é organizar hierarquicamente a informação processada pelo sujeito, em função de características comuns. Deste modo, o processamento repetido e continuado de material similar é dispensado.

Williams e Broadbent (1986) elaboraram também uma organização hierárquica da MA recorrendo aos conceitos de MA específica (acontecimentos decorridos num local e tempo concretos, com a duração máxima de um dia) e MA generalizada (eventos não circunscritos ou com uma duração superior a um dia).

Postula-se que a recuperação de uma MA generalizada apresente tempos de latência entre 3 e 9 segundos após apresentação de um estímulo (Conway, Pleydell-Pearce, Whitecross, & Sharpe, 2003). A recuperação de uma MA específica demora, em média, mais 4 segundos (Addis, McIntosh, Moscovitch, Crawley, & McAndrews, 2004). Estes resultados parecem suportar a hipótese de que a MA geral é o ponto de partida para pesquisa de detalhes associados à memória, despoletados após recepção do estímulo (Conway, 1990b; Latorre *et al.*, 2003). Ou seja, perante a apresentação de uma palavra-pista, o sujeito inicia a busca da memória autobiográfica relacionada, desde um

nível geral abstracto de representação de conhecimento, até um momento circunscrito, específico e detalhado.

#### 1.4. Localização espacial e temporal da memória autobiográfica

O hipocampo é por excelência o núcleo espacial da memória, localizando-se aqui as memórias episódicas autobiográficas e as memórias espaciais, não estando tão especificado o papel desempenhado por esta região cerebral nas memórias semânticas, mesmo aquelas relacionadas com factos pessoais (Gardini, Cronoldi, de Beni, & Venneri, 2006; Moscovitch, Nadel, Winocur, Gilboa, & Rosenbaum, 2006).

A utilização de técnicas de imagem funcional (fMRI) permite a obtenção de dados precisos respeitantes aos padrões de activação neuronal associados à MA, pois permite superar algumas das limitações metodológicas subjacentes à investigação no campo deste tipo de memória, nomeadamente o maior tempo de recuperação, menor controlo metodológico e grau de activação emocional associado (Greenberg, Rice, Cooper, Cabeza, Rubin, & LaBar, 2005).

Os estudos que recorrem às técnicas referidas parecem indicar de forma sistemática a activação da região pré-frontal perante tarefas de MA (Addis *et al.*, 2004; Conway, Pleydell-Pearce & Whitecross, 2001; Greenberg *et al.*, 2005). Porém, alguns autores alertam para os possíveis viés metodológicos, considerando que o padrão de activação neurológico será similar para tarefas de recuperação de memórias autobiográficas e não autobiográficas, desde que ambas tenham o mesmo nível de complexidade (Horiike, Kuroki, Sato, Terada, Li-qun, Nakane, & Nishimura, 2004; King, Hartley, Maguire, & Burgess, 2005). Deste modo, os autores postulam que as diferenças registadas a nível da activação neuronal são melhor explicadas pelas características da metodologia habitualmente utilizada, uma vez que, de um modo geral, as tarefas de desempenho de memória autobiográfica são mais complexas do que as tarefas de memória episódica não autobiográfica.

#### 1.5. Retenção e recuperação da memória autobiográfica

Quais são os acontecimentos de vida que vamos recordar, isto é, que experiências farão parte da nossa MA? Thompson e colaboradores (1996) defendem a primazia dos acontecimentos avaliados como extremos, produtores de emoções ou

agradáveis para o *self*, em comparação com as ocorrências moderadas, que não produzem emoções ou que são desagradáveis para o *self*.

Para os autores, existem outros factores que condicionam o processamento privilegiado e a posterior recuperação: (i) a frequência de ensaio; (ii) as expectativas associadas; (iii) a elaboração e participação activa do sujeito no processamento da informação; (iv) os ensaios consequentes; e (v) o estado de humor presente. Welch-Ross (1995) advoga ainda que a integração das memórias na narrativa de vida está condicionada pela relação entre as memórias reconstruídas e o auto-conceito. Existem, pois, aspectos funcionais, potencialmente relacionados com aspectos externos ao sujeito (e.g., frequência da apresentação de um estímulo), e aspectos relativos ao passado do sujeito, que assimila as memórias de dentro para fora, ou seja, em função do seu *self*.

Recuperar uma memória do nosso passado implica a activação dos sistemas emotivo, imagético e de linguagem (Berntsen & Rubin, 2002), bem como a ponderação das exigências do contexto e das memórias associadas (Hyman & Loftus, 1998).

A recuperação guiada de MA parece envolver um percurso complexo de procura na hierarquia organizativa. Segundo Williams e Broadbent (1986), o processo de busca é composto por (i) elaboração ou definição da palavra-pista; (ii) recuperação de contexto; (iii) geração de episódios; (iv) avaliação da adequação; e (v) resposta.

As estratégias que guiam a recuperação podem ser distintas, tal como nos indicam Cañas e Bajo (1991), como sendo através de cronologia, temas de vida, acontecimento únicos, guiões e estados de ânimo. Os obstáculos à recuperação da MA podem estar associados ao estímulo, como excessiva complexidade ou demasiada difusão do mesmo (Conway, 1990b) ou ao próprio sujeito, como estados de humor (Yang & Rhem, 1995) ou traços de personalidade (Rubin & Siegler, 2004).

A recuperação pode também ser definida pelo grau de pesquisa necessário, isto é, a recuperação pode ser (i) directa e espontânea ou (ii) generativa, exigindo uma busca nos níveis hierárquicos referidos (Conway *et al.*, 2001). A maior parte das MA são alcançadas através da recuperação generativa (Haque & Conway, 2001), o que explica o tempo de latência verificado para este tipo de memória, consideravelmente superior a outros tipos de memória (Latorre *et al.*, 2003). Porém, o tempo de latência registado também pode ser explicado pela vividez e definição associadas às memórias para experiências de vida, que exige maior tempo para a busca e recuperação (Gardini *et al.*, 2006).

## 1.6. Distorção da memória autobiográfica

A distorção da MA pode ser conceptualizada sob diferentes perspectivas. Apresentamos aqui as conceptualizações contextual e neurológica para a distorção das MA.

A perspectiva contextual defende que a MA depende da personalidade, da história de vida e da satisfação actual (Conway, 1990a). Os acontecimentos de vida são codificados e recuperados em função dos esquemas e estes não são estanques ou imutáveis. Deste modo, a memória é uma reconstrução constante, principalmente quanto aos detalhes que a compõem (Bluck & Li, 2001). É condicionada pela passagem do tempo, pela frequência de ensaio, pela necessidade consistência com auto-conceito, pela intensidade emocional que acompanhou acontecimento e pelas dinâmicas sociais do contexto de recuperação (Bluck & Levine, 1998; Philippot, Schaefer, & Herbette, 2003). Por vezes pode ser condicionada por factores tão perenes e voláteis como escutar comentários feitos por terceiros, antes de ter uma decisão formada sobre determinado acontecimento (Cowley, 2006).

Tal como afirma Spence (1982), na MA não existem verdades históricas mas antes verdades narrativas: a recordação é um processo continuado, criativo e construtivo (cit. in Hyman & Loftus, 1998). Este processo é por vezes caracterizado por factores patológicos subjacentes ao processamento de informação do sujeito, como estados de humor (e.g., Walker, Skowronsky, Gibbons, Vogl, & Thompson, 2003; Gallassi *et al.*, 2006) e de ansiedade (e.g., Burke & Mathews, 1992; Wenzel, Pinna, & Rubin, 2004), pela personalidade (e.g., Kremers, Spinhoven, Van der Does, & Van Dick, 2006; Renneberg, Theobald, Nobs, & Weisbrod, 2005) e por psicoses (Riutort, Cuervo, Danion, Peretti, & Salamé, 2003; Wood, Brewin, & McLeod, 2006).

No âmbito das teorias neurológicas de acessibilidade e distorção da MA, os resultados são obtidos essencialmente através de fMRI, havendo autores que postulam registar-se pequenas alterações nas características subjacentes à MA (e.g., Steinvorth, Corkin, & Halgren, 2006), enquanto que outros afirmam a transição das memórias autobiográficas a nível do seu registo neuronal, com consequências subjacentes (cit. in Moscovitch *et al.*, 2006).

Existem pois inúmeros factores que condicionam o processamento recuperação das MA, desde a frequência de ocorrência do acontecimento, as expectativas subjacentes, a participação activa do sujeito no seu processamento, o número de

ensaios, a existência de perturbações mentais e até comentários feitos por terceiros. Segundo Thompson e colaboradores (1996), os procedimentos reconstitutivos da MA são vários e podem ser usados em conjunto ou sozinhos. Os autores destacam assim a utilização de informação temporal sobre o acontecimento (como o tempo, local ou as pessoas presentes) ou sobre a classe do acontecimento (por exemplo, datas específicas). Verificamos assim que grande parte das memórias de ocorrências são colocadas em categorias com fronteiras temporais e a sobreposição destas características facilita a localização, ao mesmo tempo que organizamos a informação em cadeias relacionadas, o que facilita a sua localização.

## 2. Surgimento e desenvolvimento da memória autobiográfica

Tal como ocorre com outros processos psicológicos básicos, também no campo da memória autobiográfica existem teorias divergentes sobre o surgimento deste fenómeno. Dentro do âmbito do desenvolvimento da MA enquanto processo humano, os modelos cognitivo (e.g., Howe, Courage, & Edison, 2003) e linguístico-desenvolvimental (e.g., Nelson & Fivush, 2004) defendem a primazia de factores diferenciados para a maturação da MA, respectivamente factores cognitivos e factores de socialização. Surgido recentemente, o modelo animal da MA defende que também os animais possuem um sistema complexo de representação do *self* (Whishaw & Wallace, 2003).

### 2.1. Modelo cognitivo

O modelo cognitivo de desenvolvimento da MA postula que esta surge com o *self* cognitivo, por volta do final do segundo ano de vida. Este torna-se assim o limite temporal inferior para conseguir codificar, armazenar e recuperar um acontecimento de vida como algo pessoal (Howe, Courage, & Edison, 2003). A teoria do *self* cognitivo defende uma mudança qualitativa súbita ou descontinuidade no sistema de memória humana, em que o sentido de *self* implícito ou subjectivo, enquanto pensador, conhecedor e agente causal dá lugar ao sentido do *self* explícito ou objectivo, constituído pelas características do auto-conceito, estados respectivamente denominados de *I* e *Me* (Howe *et al.*, 2003).



A socialização e a cultura, tal como a linguagem, representam um papel significativo na organização das memórias autobiográficas, mas não na sua formação (Conway, 2005). Para os defensores desta hipótese, a linguagem e a cognição social, surgidas na mesma altura, não afectam de forma directa o surgimento da MA, mas são essenciais para a sua promoção, uma vez que maximizam a capacidade de retenção dos dados autobiográficos (Howe *et al.*, 2003).

Welch-Ross (1995) postula que o surgimento e desenvolvimento da MA assomam por volta dos 36 meses, implicando a presença de três condições prévias: (i) as capacidades metacognitivas da criança, manifestadas através da compreensão de que o conhecimento de um acontecimento depende da experiência pessoal com o mesmo e da noção do conceito de recordação; (ii) a capacidade de construção das narrativas pessoais; e (iii) o desenvolvimento do auto-conceito, aptidão para pensar sobre si de modo abstracto. É curioso notar que, segundo o autor, existem outros factores essenciais para o desenvolvimento da MA, como a capacidade de monitorização de fontes e os estilos parentais de discutir o passado, mas que são dispensáveis no seu aparecimento.

Sob uma outra óptica, Levine (2004) apresenta dados um pouco diferentes. Com base em estudos empíricos realizados por outros autores, o autor afirma que a memória episódica surge por volta dos 18 meses, mas é fragmentada, inconsistente e dependente de pistas. É a partir dos 4 anos de idade que a interacção entre a maturação neurológica e o desenvolvimento cognitivo resulta na capacidade de recordar algo “como me tendo acontecido a mim”, sendo que o autor atribui primazia aos processos cognitivos. Mas, de uma forma semelhante a Welch-Ross (1995), Levine (2004) defende que interacção social, suportada pelos estilos parentais de comunicação, é essencial para o desenvolvimento mas não para o surgimento da MA.

Ao contrário do modelo cognitivo, o modelo linguístico-desenvolvimental que se segue defende que socialização e a cultura representam um papel significativo, não apenas na organização das MA, mas inclusive, como veremos, na sua génese.

## 2.2. Modelo linguístico-desenvolvimental

A perspectiva sócio-linguística defende que a MA resulta da capacidade da criança para estabelecer uma história de vida, o que só é possível após conversação com outros significativos, nos anos pré-escolares (Fivush, 1994, cit. in Howe *et al.*, 2003).

É a capacidade para aplicar uma estrutura narrativa convencionalmente aceite que permite o processo de recuperação de uma MA (Kleinknecht & Beike, 2004). Este é um processo contínuo, baseado na linguagem e na socialização (Nelson & Fivush, 2004) e como tal condicionado pelas características do contexto em que se insere a criança (Sutton, 2002). A qualidade da relação entre a criança e os seus progenitores, bem como os estilos de conversação estabelecidos entre a díade são também elementos fulcrais para a MA (Farrar *et al.*, 1997).

Nelson e Fivush (2004) consideram que para a emergência da MA são necessários sistemas básicos de memória, linguagem oral ou simbólica complexa, produção e compreensão narrativas, memória para conversas com outros, estilos de conversação parentais, representação e perspectiva do *self*, percepção da passagem do tempo e compreensão psicológica de estados diferenciados. Adicionalmente, o desenvolvimento da MA é condicionado por factores culturais, individuais e de género.

Neisser (2004) defende que as memórias da infância não estão acessíveis aos adultos por nunca terem sido estruturadas de modo coerente e sistematizado. Assim, consoante o sujeito cresce, aumenta o interesse em entender as causas dos acontecimentos, as interacções complexas com os seus progenitores, a atenção prestada às conversas e a experiência narrativa. E é a dinâmica conjunta destes factores que possibilita o surgimento da MA.

Thompson e colaboradores (1996) subscreveram a teoria desenvolvimental do surgimento da MA, tal como descrita por Nelson (1993). Segundo os autores, a memória e a aprendizagem têm funções adaptativas, com o objectivo de guiar o comportamento presente e de prever o comportamento futuro. Um exemplo é a memória genérica, formada com base em episódios repetidos. Assim, sendo a memória episódica um sistema de armazenamento temporário para os eventos, caso estes se repitam os seus componentes comuns serão transferidos para um sistema genérico permanente de memória. É este mecanismo que condiciona a MA à partilha de informação com os outros, o que apenas é possível após surgimento da linguagem. Deste modo, a capacidade para contar episódios específicos surge antes das competências necessárias para narrar MA, pois estas exigem a presença de modelos de interacção social, resultantes da capacidade para formular narrativas (Thompson *et al.*, 1996).

### 2.3. Modelo animal

Ao contrário das teorias consensualmente aceites, sobre a exclusividade da MA em humanos (e.g., Conway, 2005), os teóricos do modelo animal da MA defendem a existência de uma forma antecedente de MA, presente em animais e localizada numa estrutura límbica similar. Whishaw e Wallace (2003) pleiteiam que os animais apresentam dois mecanismos distintos de navegação, recorrendo a pistas externas (*piloting*) e internas (*dead reckoning*).

Os autores postulam que o segundo mecanismo evoluiu desde um sistema simples de monitorização do movimento, até um sistema complexo de representação das acções do *self*, consistindo na capacidade do animal para saber o caminho que percorreu, onde está em relação ao ponto de partida, a velocidade e as mudanças que fez, através de pistas sensoriais, como sistema vestibular, som e odores, podendo assim navegar em condições adversas (e.g., falta de visibilidade) e voltar ao ponto de partida.

Assim, os autores concluíram que o sistema ideotético de navegação animal é similar à MA em humanos, pois permite reviver um acontecimento passado (o caminho percorrido) e usar informação de forma adaptativa (localizar posição actual e voltar ao ponto de partida). Esta é não só uma resposta reflexa mas um processo complexo, pois exige (i) selecção adequada de informação, (ii) processamento da informação, mesmo sem que o animal saiba que vai necessitar da mesma, isto é, qualquer situação pode tornar-se de súbito adversa; e (iii) alterações e desvios no percurso, sendo o animal depois capaz de voltar ao ponto de partida, indicando que é mais do que um simples “voltar atrás” (Whishaw & Wallace, 2003). O desenvolvimento do *dead reckoning* envolve a activação do hipocampo, a nível de sinais vestibulares, fluxo óptico e movimento corporal, área que os autores postulam estar nas origens da MA humana.

Esta teoria de Whishaw e Wallace (2003) que defende a existência de mecanismos primordiais, que funcionariam como percursos neuronais do surgimento da MA é interessante e desperta novos caminhos e hipóteses de investigação. Mas perante a afirmação de um sistema pioneiro autobiográfico em animais, as posturas são variadas, desde a negação peremptória (e.g., Conway, 2005) até posições mais moderadas, de aceitação parcial da hipótese (e.g., Hampton e Schwartz, 2004).

### 3. Perfil da memória autobiográfica ao longo do ciclo de vida

A distribuição de memórias ao longo da vida é uma função do tempo decorrido desde a ocorrência dos acontecimentos a que se referem as memórias (Crovitz & Schiffman, 1974, cit. in Berntsen & Rubin, 2002), resultando em padrões similares de esquecimento para acontecimentos decorridos em contexto laboratorial. Contudo, ao analisar o padrão de distribuição de memórias ao longo do ciclo de vida, quaisquer que sejam as condições laboratoriais ou as características do percurso de vida do sujeito, deparamo-nos com um padrão composto por (a) amnésia infantil, (b) explosão mnésica<sup>1</sup> e (c) função de retenção para acontecimentos recentes, nas duas últimas décadas de vida (e.g., Conway, 1990b; Latorre *et al.*, 2003; Rubin & Schulkind, 1997a; Schrauf & Rubin, 1998, 2001).

Antes de descrever de forma mais detalhada cada uma destas fases do padrão, sublinhamos que o mesmo é relativamente constante em diferentes contextos sociais e culturais, bem como em quadros clínicos acentuados, como demência (Fromholt, Mortensen, Torpdahl, Bender, Larsen, & Rubin, 2003) ou depressão (Mills, 1997). No entanto, podem observar-se ligeiras alterações ao padrão referido, em situações de transições significativas, quer pessoais (e.g., Schrauf & Rubin, 1998, 2001; Vondras *et al.*, 2005) quer sociais (e.g., Conway & Haque, 1999; Haque & Conway, 2001).

#### 3.1. Amnésia infantil

A amnésia infantil consiste num padrão marcado de esquecimento para os acontecimentos ocorridos na infância, sendo explicada através de uma função exponencial em que a diminuição do número de memórias é proporcionalmente directa à idade do sujeito (Latorre *et al.*, 2003). Não existem marcadores temporais absolutos para o início das memórias de infância, mas antes factores mediadores da recordação das experiências, como o enquadramento cultural ou as características hipoteticamente distintas do acontecimento (Neisser, 2004).

De uma forma geral, como vimos na secção 2 do presente capítulo, os modelos linguísticos e sociais da MA postulam que até alcançar a idade escolar as crianças possuem narrativas fragmentadas e incoerentes, que são posteriormente trabalhadas e

---

<sup>1</sup> Na ausência de um conceito que traduza a expressão *reminiscence bump*, optámos por traduzir a expressão por explosão mnésica.

desenvolvidas consoante a criança estabelece redes de interação e diálogo, explicando-se assim a emergência paulatina de MA ao longo da infância (Nelson & Fivush, 2004).

Outras conjecturas refutam esta hipótese, pois defendem que explicar a amnésia infantil através de questões do foro desenvolvimental esbarra na constatação de que crianças que ainda estão em etapas anteriores às propostas pelos modelos linguísticos e desenvolvimentais têm também memórias episódicas específicas (Conway, 2005). Para o autor referido, a amnésia infantil pode ser explicada através de mudanças na hierarquia de objectivos do *self*, que por serem tão distintos dos anteriores são rapidamente omitidos.

### 3.2. Efeito de recência

Verifica-se nos protocolos de avaliação de MA ao longo de ciclo de vida uma elevação considerável de memórias para os últimos 10 anos de vida, podendo ser superior em sujeitos mais velhos. O número de acontecimentos recordado é função do tempo decorrido desde a ocorrência da situação até ao momento do teste (Cañas & Bajo, 1991), numa função potencial similar à da memória para tarefas laboratoriais (Schrauf & Rubin, 1998, 2001). Este fenómeno resulta na diminuição das taxas de recordação consoante aumenta o intervalo de retenção.

Este efeito de retenção da MA está patente em grupos de sujeitos ou sujeitos isolados, face a palavras específicas, categorias de palavras, listas heterogéneas de palavras, licitação de períodos específicos ou evocação livre (Conway, 1990b). O esquecimento verificado para os períodos de vida que antecedem o intervalo referido é uma propriedade geral do sistema de memória, e pode ser explicado em função da idade do sujeito ou pela presença de MA concorrentes, destacadas pela sua intensidade ou significância e como tal mais ensaiadas e solidificadas na MA (Berntsen & Rubin, 2002).

### 3.3. Explosão mnésica

A explosão mnésica (EM) é um conceito que designa a elevação de memórias entre os 10 e os 30 anos, verificado em todos os sujeitos com mais de 35 anos (Holmes & Conway, 1999). Apesar de ser um fenómeno consensualmente aceite, podem existir diferenças significativas na sua designação e caracterização, face à recolha de dados

individuais, quanto à localização ou número das MA (Rubin & Schulkind, 1997b). Existem diversas explicações para a EM, de cariz cognitivo, identitário e maturacional, entre outras.

Para Conway (1990b), a EM é explicada pela novidade das memórias que compõem esta etapa e pela sua relação privilegiada para o *self*: uma vez que o período entre os 10 e os 30 anos traz estabilidade cognitiva após rápido desenvolvimento de funções específicas e seu desempenho, o sujeito processa as experiências e acontecimentos novos, que são ensaiados e associados a diferentes tipos de pistas. Deste modo, a hipótese da novidade explica os três componentes da MA: a amnésia infantil deriva das mudanças desenvolvimentais, a EM resulta da estabilidade e da possibilidade de ensaiar novos eventos, o efeito de recência provém da ocorrência de experiências similares.

Posteriormente o autor ampliou a sua hipótese explicativa da EM, considerando que os acontecimentos são melhor recordados quando ocorrem no momento de transição entre mudanças rápidas e consequente estabilidade (Conway, 2003). Ou seja, o autor propõe que sob o ponto de vista evolutivo, a EM explica-se pela maturidade que o organismo alcança neste período para tomar decisões, nomeadamente sobre a reprodução. A par com as mudanças na capacidade de tomada de decisão, regista-se maturação cognitiva, aumentando a rapidez do processamento de informação, ao mesmo tempo que se inicia a formação do auto-conceito e a procura de informação a nível social. A combinação destes factores resulta num processamento privilegiado dos acontecimentos de vida, tornando as memórias autobiográficas mais acessíveis para a recuperação posterior.

Através de um procedimento experimental, Rubin e Schulkind (1997a) refutaram como hipótese explicativa para o surgimento da EM factores como as características das instruções, o tempo utilizado pelos sujeitos para procurar MA, a valorização subjectiva das memórias autobiográficas, o significado a longo prazo dos acontecimentos e a intensidade, a novidade e a emocionalidade associadas às experiências desta etapa de vida. Os autores concluem assim que a preservação das memórias autobiográficas inseridas na EM se explicam pelos processos biológicos básicos e por factores contextuais subjacentes.

Elnick, Margrett, Fitzgerald e Labouvie-Vief (1999) postulam que as MA presentes na EM funcionam como marcadores que permitem organizar todos os acontecimentos da nossa vida. Holmes e Conway (1999) corroboram esta hipótese,

encontrando resultados que suportam a hipótese da codificação de experiências significativas para a formação da identidade e consolidação do *self*, fulcrais para o desenvolvimento e logo mais presentes quando se avalia em retrospectiva a faixa etária correspondente à EM.

Posteriormente, Berntsen e Rubin (2002) desenvolveram uma teoria cognitiva da EM, que engloba conceitos filogenéticos e ontogenéticos: sob ponto de vista da maturação biológica, as pessoas são mais rápidas em tarefas de desempenho de memória durante o período dos 10 aos 30 anos; sob perspectiva contexto ou social, ocorrem neste período acontecimentos significativos, bem como a formação de identidade. A combinação destes factores permite a solidificação das memórias para os acontecimentos registados entre os 10 e os 30 anos.

### 3.4. Memória autobiográfica em idosos

As alterações no âmbito da memória são o processo cognitivo mais documentado face ao envelhecimento (Baddeley, 1999; Whitbourne, 1996). A nível da memória autobiográfica, o declínio do córtice pré-frontal dorsolateral que ocorre com o envelhecimento parece estar na origem das oscilações decrescentes da MA episódica em idosos (Busatto, Garrido, Cid, Bottino, Camargo, Cheda, Glabus, Alvarez, Castro, Jacob, & Buchpiguel, 2001; Levine, 2004; Robertson, Myerson, & Hale, 2006; Svoboda, 2001).

Sob ponto de vista do funcionamento cognitivo, Latorre e colaboradores (2003) atribuem as alterações verificadas na MA em idosos à diminuição da capacidade de retenção de informação contextual, o que resulta na diminuição de detalhes provenientes de tarefas de memória episódica (Svoboda, 2001; Levine, Svoboda, Hay, Winocur, & Moscovitch, 2002).

Contudo, importa ressaltar que os resultados sobre a MA em idosos são diferenciados em função da metodologia seleccionada para avaliação (Baddeley, 1999). As diferenças referidas sobressaem especialmente em algumas tarefas, como a evocação livre de palavras não relacionadas, a aprendizagem de associação de pares de palavras não relacionadas e a evocação de figuras. Os dados obtidos noutras tarefas, como as de reconhecimento, são similares a outras faixas etárias (Levine & Bluck, 1997; Latorre *et al.*, 2003). Ou seja, não é possível afirmar as diferenças a nível da MA em idosos e jovens sem considerar as questões de cariz metodológico. Em simultâneo, a relação

entre idade e MA parece ser mediada por outros factores, nomeadamente as habilitações literárias (Winthorpe & Rabbitt, 1988), sendo que o declínio na MA associado ao envelhecimento é inversamente proporcional ao grau de formação dos sujeitos.

Parece existir uma evolução diferenciada da ME e da MS com a idade, havendo dissociação entre ambas consoante o sujeito envelhece (Piolino, Desgranges, Benali, & Eustache, 2002; Piolino, Desgranges, Guillery-Girard, Taconnat, Isingrini, & Eustache, *no prelo*; Rybash, 1999). Os défices verificados na MA episódica são compensados pelo aumento das memórias semânticas, fenómeno explicado pelos autores supracitados através do conceito de *permstore* de Bahrick (1984), que defende a hipótese de um depósito permanente de memórias semânticas pessoais, com excepção para memórias da primeira infância. Nessler e colaboradores (2006), recorrendo a uma bateria de testes neuropsicológicos e à análise de EEG com jovens e idosos, concluíram que o envelhecimento se caracteriza por um declínio progressivo no desempenho da memória episódica, ausente em tarefas de memória semântica.

Schroots e Dijkum (2004) subscreveram também a hipótese de alteração da MA ao longo do ciclo de vida, mas sob uma perspectiva mais dinâmica, de equilíbrio continuado entre acontecimentos passados e expectativas futuras. Assim, para os autores, a quantidade de MA seria contínua ao longo do ciclo de vida, aumentando progressivamente as memórias e diminuindo as expectativas, num sistema retrospectivo e prospectivo. Este processo seria também condicionado pelas transições de crescimento e declínio ao longo do ciclo de vida, nomeadamente as cognitivas e neuronais. Considerando, por exemplo, que a sintomatologia depressiva pode interferir com a memória prospectiva (e.g., Rude, Hertel, Jarrold, Covich, & Hedlund, 1999), é esperado que os idosos com sintomas clínicos ou sub-clínicos apresentem um número consideravelmente baixo de expectativas para o seu futuro.

Mather e Carstensen (2005) apontam como característica da MA em idosos o sucessivo viés para acontecimentos positivos, em detrimento de experiências negativas, que os autores explicam pela transição normativa de estratégias de *coping* focadas nos problemas para as estratégias de *coping* focadas nas emoções. Esta alteração continuada das estratégias de *coping* resulta no direccionamento continuado da atenção para estímulos positivos e maior probabilidade de esquecimento de afecto passado negativo (Levine & Bluck, 1997; Suedfeld & Bluck, 1993). Apesar deste ser um mecanismo de adaptação às perdas reais ou simbólicas características do envelhecimento, a longo



prazo pode ser potencialmente nociva, uma vez que interfere com o processamento e sucessiva integração das experiências vividas.

#### 4. Funções da memória autobiográfica

As propostas em torno das funções da MA consideram habitualmente a existência de três âmbitos preponderantes: as funções do *self*, sociais e directivas (Bluck, 2003; Hou *et al.*, 2005; Lemogne *et al.*, 2006; Webster, 1999; Wilson & Ross, 2003).

##### 4.1. Função do *self*

A MA permite a continuidade do *self* ao longo do tempo, preservando um sentimento de coerência e promovendo o seu desenvolvimento (Bluck, 2003). O autor citado considera a existência de duas funções similares, a coerência e a promoção ou desenvolvimento, que podem por vezes ser contraditórias e despoletar tensão interna, caso as memórias do passado contrariem as imagens actuais. Ou seja, manter a coerência e promover o desenvolvimento são estratégias dinâmicas e complexas, podendo colocar em causa a auto-imagem do sujeito. Ao mesmo tempo, a exclusão de determinadas memórias pode ocorrer por protecção ou por mecanismos de defesa, ilusórios mas necessários (Bluck & Levine, 1998; Setliff & Marmurek, 2002).

Bluck, Alea, Habermas e Rubin (2005) respondem a este dilema em torno da função do *self* da MA simplificando-a. Para os autores esta é menos abrangente e mais específica do que o defendido por Bluck (2003), não envolvendo a regulação dos afectos nem a procura de significado, mas antes focalizando-se na continuidade do *self*, permitindo a manutenção da identidade autobiográfica.

Consideramos pois que a recuperação da MA deve ser compatível com os esquemas pessoais do sujeito, com o sentido de manutenção de coerência do *self*. Note-se que a probabilidade de recordar uma MA a longo prazo aumenta consoante aumenta a compatibilidade desta com os esquemas pessoais (Bluck & Levine, 1998), o que reforça a hipótese da continuidade do *self* para a MA.

Wilson e Ross (2003) defendem a existência de uma relação bidireccional entre a MA e a identidade pessoal, em que as crenças e objectivos actuais condicionam a

recuperação de MA, ao mesmo tempo que o planeamento e estabelecimento de metas é feito em função do que recordo do meu passado. Para Hou e colaboradores (2005), a MA unifica o auto-conceito.

Também Lemogne e colaboradores (2006) atribuem à relação entre a MA e o *self* um papel privilegiado no funcionamento do sujeito. Segundo os autores, é a MA que fornece ao *self* as suas narrativas de continuidade. Assim, as perspectivas actuais do *self* condicionam as MA recuperadas, hipótese que permite explicar parcialmente a diminuição considerável de MA em sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia (Riutort *et al.*, 2003).

#### 4.2. Função social

A função social é considerada uma das mais fundamentais das funções do *self* (Neisser, 1988), permitindo (i) a facilitação das relações interpessoais, (ii) a partilha de ensinamentos e informação, nomeadamente nas relações filiais e (iii) a promoção de compreensão e empatia (cit. in Bluck, 2003). As funções sociais da MA incluem desenvolver e manter intimidade numa relação; ilustrar uma opinião ou dar um conselho, com o intuito de ensinar ou informar; e elicitare empatia (Alea & Bluck, 2003).

A recuperação de MA é essencial para a resolução de problemas sociais, no momento de definição do problema e na fase de geração de alternativas (Goddard, Dristchel, & Burton, 1996): sujeitos caracterizados por recuperação predominante de memórias autobiográficas sobregeneralizadas<sup>2</sup> obtêm classificações mais baixas em questionários de resolução de problemas sociais do que os sujeitos de grupos de controlo.

Julgamos pertinente o postulado de Bluck e colaboradores (2005), de que a função social se bifurca, permitindo desenvolvimento e manutenção de relações, estratégias diferenciadamente privilegiadas consoante a etapa de vida e a fase de relacionamento em que o sujeito se encontra.

---

<sup>2</sup> Apesar de retornarmos posteriormente à definição de sobregeneralização, julgámos pertinente avançar aqui com a sua definição: a MA sobregeneralizada pode reportar (i) a uma memória que descreva um acontecimento com a duração superior a um dia, sendo designada de MA sobregeneralizada extensa (Williams & Broadbent, 1986) ou (ii) descrever um de modo sumariado um conjunto de acontecimentos similares, definindo-se como MA sobregeneralizada categorial (Leibetseder *et al.*, 2006; Raes *et al.*, 2006).

### 4.3. Função directiva

A função directiva é definida por Bluck (2003) como a evocação de acontecimentos passados e o desempenho nos mesmos para (i) resolver problemas actuais, (ii) desenvolver opiniões e atitudes que dirigem o comportamento, (iii) compreender o comportamento dos outros e (iv) flexibilizar a percepção do mundo e a aceitação das regras e normas que o compõem. Assim, é usual que os sujeitos com funcionamento deficitário a nível da MA manifestem dificuldades em projectar-se no futuro, o que interfere com o planeamento de objectivos e a resolução de problemas (Dickson & Bates, 2005).

Numa amostra composta por 167 estudantes universitários, Bluck e colaboradores (2005) concluem que a função directiva é a mais complexa e inclui mais parâmetros do que as outras funções e do que anteriormente pensado. As memórias do passado são utilizadas não só para resolver problemas e direccionar o comportamento, mas também para retirar significado de acontecimentos de vida, reinterpretar acontecimentos prévios perante novos dados, percebendo o que os causou. A capacidade para aceder a memórias autobiográficas específicas promove os processos de planeamento e tomada de decisão, sem os quais o estabelecimento e persecução de objectivos (Pergher, Stein, & Weiner, 2004) e a capacidade para projectar-se no futuro (Rude *et al.*, 1999) ficariam severamente comprometidos.

## 5. Memória autobiográfica e depressão

A relação entre MA e funcionamento humano foi já estudada através de distintas variáveis, como a ansiedade (Brewin, 1998; Burke & Mathews, 1992; Helawell & Brewin, 2004; Wessel, Meeren, Peeters, Arntz, & Merckelbach, 2001; Wenzel & Jordan, 2005; Wenzel *et al.*, 2004), a resolução de problemas (Goddard, Dristchel, & Burton, 1996; Newman & Hedberg, 1999) ou a psicose (Riutort *et al.*, 2003; Wood *et al.*, 2006). Paralelamente, alguns estudos no âmbito da MA exploraram os denominados efeitos de congruência com o humor (Conway, 1990b; Levy & Mineka, 1998; Parrott & Spackman, 2000; Yang & Rhem, 1995) e a dependência do humor (Eich, Macaulay, & Lam, 1997; Harvey *et al.*, 2004; Josephson, Singer, & Salovey, 1996; Ledoux, 1996).

Considerando que o objectivo do nosso trabalho é compreender a relação entre MA e depressão, apresentamos em seguida alguns estudos realizados nesse âmbito, um tema proficuamente explorado na literatura (Brewin, Reynolds, & Tata, 1999; Dalgleish, Spinks, Yend, & Kuyken, 2001; Kaviani, Rahimi-Darabad, Kamyar, & Naghavi, 2003; Kuyken & Howell, 2006; Latorre *et al.*, 2003; Leibetseder, Rohrer, Mackinger, & Fartaceck, 2006; Lemogne *et al.*, 2006; Mackinger, Leibetseder, Kunz-Dorfer, Fartacek, Whitworth, & Feldinger, 2004; Raes *et al.*, 2006; Renneberg *et al.*, 2005; Rottenberg, Joorman, Brozovich, & Gotlib, 2005; Serrano *et al.*, 2004; Serrano *et al.*, 2005; Swales, Williams, & Wood, 2001; Van Vreeswijk & Wilde, 2004; Wessel *et al.*, 2001; Williams & Broadbent, 1986; Yang & Rhem, 1995).

### 5.1. Estudos realizados

Em 1986, Williams e Broadbent realizaram um estudo sobre MA em sujeitos internados após tentativas de suicídio. Os autores concluíram que os pacientes registavam maior distúrbio emocional e desesperança, bem como viés na velocidade de recuperação de MA positivas ou negativas, não sendo mais rápidos na recuperação de memórias face a palavras-pista negativas, apesar do montante considerável de acontecimentos negativos no seu passado recente. Desde então, vários foram os autores que exploraram a relação entre MA e sintomatologia depressiva, com amostras e resultados diversificados.

Diversos estudos obtiveram resultados que corroboram a hipótese avançada por Williams e Broadbent (1986) de que a recuperação da MA face a pistas é caracterizada por predomínio de acontecimentos de vida sobregeneralizados (e.g., Goddard *et al.*, 1996; Kaviani, Rahimi-Darabad, Kamyar, & Naghavi, 2003; Leibetseder *et al.*, 2006; Lemogne *et al.*, 2006; Van Vreeswijk & Wilde, 2004; Wessel *et al.*, 2001).

Dados similares foram obtidos em estudos em que ao diagnóstico de depressão se aliava a dependência de álcool (Mackinger *et al.*, 2004) e o diagnóstico de eixo II (APA, 1994) de perturbação de personalidade estado-limite (Kremers *et al.*, 2006; Renneberg *et al.*, 2005). Também estudos realizados com crianças (Drummond, Dritschel, Astell, O'Carroll, & Dalgleish, 2006), com adolescentes (Kuyken & Howell, 2006; Swales, Williams, & Wood, 2001) e com idosos (Latorre *et al.*, 2003; Serrano *et al.*, 2004; Serrano *et al.*, 2005) registaram superioridade de memórias autobiográficas sobregeneralizadas, a par com a sintomatologia depressiva.

No entanto, outros estudos encontraram resultados díspares, traduzindo ausência de relação entre sobregeneralização de MA e curso da depressão (Brewin, Reynolds, & Tata, 1999; Dalgleish, Spinks, Yend, & Kuyken, 2001; Rottenberg, Joorman, Brozovich, & Gotlib, 2005; Yang & Rhem, 1995).

Existem estudos que abordam outras hipóteses dentro do âmbito da relação entre depressão e MA. Assim, alguns estudos obtiveram dados que confirmam a relação entre a remissão da depressão e (i) número de respostas específicas a palavras-chave negativas (Peteers, Wessel, Merckelbach, & Boon-Vermeeren, 2002) e (ii) número de MA com valência negativa (Rottenberg *et al.*, 2005). Conquanto os últimos dados referidos pareçam paradoxais, os autores explicam os resultados obtidos pela frequência de recuperação de acontecimentos passados, isto é, ao recordar experiências de vida em que não foi bem sucedido, o sujeito será capaz de contornar as dificuldades actuais, perspectiva também adoptada pelos defensores da relação entre resolução de problemas sociais e curso da depressão (Goddard *et al.*, 1996; Kaviani *et al.*, 2003; Newman & Hedberg, 1999; Pergher *et al.*, 2004).

Alguns autores criticaram a possibilidade de generalização dos resultados obtidos pelos estudos anteriores, uma vez que a sua realização junto de população clínica conduz necessariamente ao enviesamento dos resultados e respectivas conclusões, implementando então procedimentos experimentais junto de amostras não clínicas (Barnard, Watkins, & Ramponi, 2006; Gibbs & Rude, 2004; Hauer, Wessel, & MerckelBach, 2006; Rekart, MIneka, & Zinbarg, 2006) De um modo geral, os autores supracitados concluíram que a MA sobregeneralizada é um factor de vulnerabilidade cognitivo que predispõe a desequilíbrio emocional perante acontecimentos de vida negativos, mesmo em sujeitos sem dagnóstico de psicopatologia.

## 5.2. Erros mais verificados: memória autobiográfica sobregeneralizada categorial e memória autobiográfica sobregeneralizada extensa

Os primeiros trabalhos realizados em torno da relação entre depressão e acesso facilitado a MA perante palavras-chave negativas foram realizados por Lloyd e Lishman (1975, cit. in Williams, 1992). Em 1986, Williams e Broadbent desenvolveram junto de pacientes institucionalizados em fase aguda o *Autobiographical Memory Test*, como metodologia de avaliação da MA, instrumento de avaliação que permitia diferenciar associações semânticas, MA sobregeneralizadas (acontecimentos com duração superior

a um dia) e MA específicas (memórias com uma localização temporal específica e com duração máxima de um dia). Dentro das memórias autobiográficas sobregeneralizadas, os autores diferenciaram entre categoriais (acontecimentos repetidos sem qualquer referência a um tempo específico) e extensas (remetem para um determinado período de tempo concreto mas com duração superior a um dia) (Williams, 2002).

Perante sintomatologia do foro depressivo, os dois erros mais frequentes na MA são respostas sobregeneralizadas, categoriais e extensas (Peteers *et al.*, 2002). Adicionalmente, considera-se também relevante a resposta diferenciada a estímulos positivos ou negativos, sendo que de um modo geral os estudos encontram que os sujeitos com diagnóstico de depressão são mais específicos para pistas negativas e mais gerais para pistas positivas (Mackinger *et al.*, 2000). Porém, outros autores refutam esta hipótese, defendendo que o aumento de respostas específicas associadas a pistas com valência negativa representa um factor positivo, uma vez que traduz a capacidade do sujeito para recuperar acontecimentos do passado e solucionar problemas (Rottenberg *et al.*, 2005).

Num estudo de comparação de desempenho em questionários de MA e de resolução de problemas sociais, entre sujeitos com diagnóstico de episódio depressivo e sem diagnóstico de perturbação mental, Goddard e colaboradores (1996) concluem que as diferenças verificadas entre grupo experimental (GE) e grupo de controlo (GC) nos tempos de latência e na sobregeneralização das memórias apenas se registaram nas memórias categóricas, sendo as memórias extensas similares entre ambos os grupos.

### 5.3. Traço ou estado: a reversibilidade da memória autobiográfica

Considerando a relação entre a sobregeneralização da MA e o surgimento e manutenção de quadros depressivos, alguns investigadores colocaram a questão sobre a reversibilidade de um estilo de recuperação marcadamente generalizado. Ou seja, a sobregeneralização é um marcador (i) tipo traço, traduzindo vulnerabilidade para ocorrência de depressão ou (ii) tipo estado, e como tal altera-se consoante o recobro da depressão? A resposta não é unitária, variando consoante a orientação dos autores.

Para Williams (1992), a sobregeneralização da MA é uma característica estável perante sintomatologia depressiva, uma vez que após a recuperação da perturbação afectiva muitos sujeitos continuam a manifestá-la. O autor postula assim que a sobregeneralização é uma característica estável, ou seja, um traço e não um estado.

Brittlebank e colaboradores (1993), num estudo com 22 pacientes, concluem que as memórias sobregeneralizadas permitiam prever os resultados no seguimento, 7 meses após avaliação inicial, traduzindo assim um marcador tipo traço. Mackinger e colaboradores (2000) subscrevem a mesma hipótese, pois verificaram que mulheres sem história clínica de depressão recuperam o dobro de MA específicas, em comparação com mulheres em remissão total de episódio depressivo major, concluindo que MA sobregeneralizada é um correlato e consequência da depressão, sendo um factor de risco para reincidência da sintomatologia depressiva.

Para Watkins, Teasdale e Williams (2000), a sobregeneralização da MA é independente do humor, sendo um estilo de recuperação característico do sujeito, qualquer que seja o seu estado de ânimo e, como tal, um factor de risco individual para surgimento de psicopatologia. Através do acompanhamento continuado de 25 sujeitos em tratamento ambulatorio para EDM, Petters e colaboradores (2002) consideraram a MA sobregeneralizada como um traço característico do sujeito, promotor da vulnerabilidade à depressão e relevante para o risco de padrões crónicos da patologia.

Gallassi e colaboradores (2006) advogam que o défice cognitivo que acompanha a sintomatologia depressiva é simultaneamente traço e estado, uma vez que após intervenção medicamentosa num grupo de 48 idosos com diagnóstico de episódio depressivo major a remissão não foi total. Hermans, Broeck, Belis, Raes, Pieters, & Eelen (2004) defendem uma posição similar, pois consideram que apesar de ser um factor de risco para o início e manutenção da sintomatologia depressiva, o estilo de recuperação sobregeneralizado pode ser alterado através de tratamentos de psicoterapia.

Após intervenção directa com um grupo de idosos com sintomatologia depressiva, direccionada para a estimulação de MA específicas, Serrano e colaboradores (2004) concluem que sobregeneralização, característica dos quadros depressivos, pode ser alterada em espaços bastante curtos de tempo, com a estimulação adequada. Para Watkins e Teasdale (2004) a sobregeneralização é modificável, pelo menos a curto prazo, desde que se faça uso das ferramentas terapêuticas adequadas, que permitam alterar o estilo de processamento analítico.

Wessel e colaboradores (2001) negam o carácter de traço ou estado da sobregeneralização das MA: para os autores esta é um epifenómeno da depressão, presente em todos os sujeitos com psicopatologia do foro depressivo.

#### 5.4. Relação entre memória autobiográfica e depressão: hipóteses explicativas

Williams (1992) propõe a existência de uma engrenagem mnemónica<sup>3</sup>, na qual a recuperação da memória é um processo hierárquico, em que o sujeito acede inicialmente a categorias de eventos, utilizando-as para refinar e especificar a sua busca. Perante a existência de determinadas memórias dolorosas, como acontecimentos traumáticos precoces, o sujeito aborta o processo de procura no nível categorial. Após deparar-se com memórias categóricas o sujeito transitará para novo nível categórico, resultando este processo numa rede elaborada e complexa, mas ineficiente sob o ponto de vista de recuperação de memórias autobiográficas específicas.

Segundo Williams (1992), a sobregeneralização na MA pode acontecer (i) no momento da codificação, pela focalização da atenção em aspectos relevantes sob ponto de vista afectivo, que são de um modo geral negativos; ou (ii) no momento da recuperação, através da disponibilidade diminuída de pistas e estímulos, da complexidade cognitiva exigida ou da utilização deliberada da estratégia, na qual os sujeitos não acedem a memórias autobiográficas específicas como modo intencional de protecção.

Para o autor, a sobregeneralização surge inicialmente na infância, por volta dos 3 ou 4 anos de idade, como tentativa de controlar afecto negativo, derivado de experiências negativas e subsequentes memórias (Williams, 1996). Na verdade, até à idade referida, o estilo de recuperação de acontecimentos pessoais decorridos no passado é transversalmente generalizado, sendo a partir deste ponto que a maturação de um conjunto de competências cognitivas permite à criança recuperar acontecimentos específicos (Welch-Ross, 1995). Em crianças com história de abuso, a busca na hierarquia da memória autobiográfica será bloqueada antes de alcançar o nível específico, para evitar a recuperação de memórias dolorosas (Williams, 1996). De um modo paulatino, a recuperação de acontecimentos do passado de forma predominantemente generalizada torna-se um estilo cognitivo dominante e preditor de curso da depressão (e.g., Peeters *et al.*, 2003).

Deste modo, a MA sobregeneralizada tem como função impedir a recuperação de memórias com valência emocional negativa, evitando assim a activação de mais emoções negativas em quadros de funcionamento já deprimido (Raes, Hermans,

---

<sup>3</sup> Na ausência de um conceito que traduza *mnemonic interlock*, optámos por traduzir a expressão por engrenagem mnemónica.



Williams, & Eelen, 2006). A superioridade dos tempos de latência para recuperação de MA em quadros depressivos parece corroborar esta hipótese, traduzindo a inacessibilidade das memórias (Renneberg *et al.*, 2005), mesmo após uma busca mais demorada.

Vários autores subscreveram este modelo, que explica a presença predominante de MA sobregeneralizada através da hipótese do stress crónico na infância, em que a criança aprende que a recuperação de detalhes e pormenores do seu quotidiano é uma fonte de sofrimento, bloqueando assim a codificação de episódios específicos (Brewin, 1998; Brewin *et al.*, 1999; Hermans *et al.*, 2004; Latorre *et al.*, 2003; McNally, Clancy, Barrett, Parker, Ristuccia, & Perlman, 2006).

Wessel e colaboradores (2001) refutam o modelo explicativo anterior, pois não encontraram qualquer relação entre auto-relato de trauma infantil e sobregeneralização da MA. Os autores explicam a relação entre MA sobregeneralizada e depressão através de outras alterações a nível dos processos cognitivos, características da depressão, como a intrusão de memórias para acontecimentos negativos, que atenua a acessibilidade a outros materiais e a diminuição da concentração e motivação, que interrompem o processo de recuperação.

Esta hipótese foi também avançada por Mathews e MacLeod (2005), que defendem que a sobregeneralização da MA ocorre no momento da recuperação, condicionada pelo viés de processamento de informação, característico de quadros depressivos. Num estudo realizado numa população não-clínica, Gibbs e Rude (2004) também não encontraram correlação significativa entre MA sobregeneralizada e história de abuso.

Numa abordagem cognitiva do funcionamento da MA, Roberts e colaboradores (2006) defendem que a sobregeneralização da MA resulta do declínio do funcionamento cognitivo em quadros depressivos, nomeadamente a nível da dificuldade em inibir pensamentos distractivos e da diminuição dos recursos atencionais, hipótese também considerada por outros autores (e.g., Mathews & MacLeod, 2005).

Existem outras hipóteses alternativas para a interacção entre MA e sintomatologia depressiva. Gibbs e Rude (2004) apontam a depleição ou enviesamento dos recursos cognitivos perante ruminação e preocupações características da depressão como principal explicação para a MA sobregeneralizada. Segundo Rimes e Watkins (2005), as memórias autobiográficas sobregeneralizadas categoriais são similares a outros tipos de pensamento sobregeneralizado encontrado na depressão, como

juízos auto-referenciados negativos, conjugando-se num ciclo ruminativo e contribuindo para as distorções cognitivas características dos quadros cognitivos. Para Mackinger e colaboradores (2000), a sobregeneralização da MA explica-se como sendo (i) um défice estrutural cerebral, que aborta o processo de procura de memórias específicas; e (ii) um efeito reactivo à depressão, para evitar memórias pessoais específicas potencialmente dolorosas.

A utilização de correlatos psicofisiológicos permite ainda outra hipótese explicativa da relação entre sintomatologia depressiva e alteração das MA. Recorrendo a medidas psicofisiológicas de alteração e consequente medição dos níveis basais de cortisol, Buss, Wolf, Witt e Hellhammer (2004) concluíram que a especificidade da MA fica alterada após administração de cortisol, atribuindo ao hipocampo o papel mediador nos resultados obtidos. Recorrendo a uma metodologia similar, Barnhofer, Kuhen e Jong-Meyer (2005) refutaram a hipótese prévia, defendendo que níveis corticais seguem a forma de U invertido, onde um ligeiro aumento dos níveis basais de cortisol, anteriormente muito baixos, pode até ser positivo para a memória.

Outros autores (Goddard *et al.*, 1996; Kaviani *et al.*, 2003; Pergher *et al.*, 2004; Raes *et al.*, 2005) concentram a sua hipótese na resolução de problemas sociais (RPS). Segundo os autores, um estilo de recuperação categórico cria impasse no processo de RPS, instaurando uma perspectiva estanque do passado que sendo negativa resulta numa orientação pobre perante o problema e sendo positiva diminui a motivação para mudar de perspectiva. Ou seja, os os sujeitos deprimidos não fazem esforços para resolver problemas, focalizando-se nos erros passados. Adicionalmente o estilo de recuperação categorial promove a ruminação, o que resulta numa preocupação avassaladora com o passado, que reduz os recursos cognitivos disponíveis para a definição e resolução do problema.

Recuperar conhecimento autobiográfico geral pode também ser um meio seguro de eliminar o excesso de informação, pois exclui a necessidade de recuperar memórias específicas e os detalhes associados (Conway, 2005). Até certo ponto, é simultaneamente uma estratégia de lidar com informação sem sobrecarregar o sistema e um modo eficaz a curto prazo de diminuir o sofrimento associado a determinadas memórias, em especial se o sujeito for flexível na transição entre estilos de recuperação (Hermans *et al.*, 2004). Para estes autores, a depressão não é mantida pela MA sobregeneralizada em si, mas antes pela incapacidade para transitar de um estilo

funcional de evitamento de determinados pensamentos, para um outro mais adaptativo e de confrontação noutras momentos.

### 5.5. Intervenção na depressão através da estimulação da memória autobiográfica

Tal como referenciado anteriormente, existem já vários estudos que documentam a relação entre o aparecimento e a manutenção da sintomatologia depressiva (e.g., Brewin *et al.*, 1999; Gibbs & Rude, 2004; Mackinger *et al.*, 2000; Rimes & Watkins, 2005; Williams, 1992). Sob uma perspectiva clínica, existem também estudos que exploram a possibilidade de intervir na depressão através da estimulação da MA (e.g., Rimes & Watkins, 2005; Serrano *et al.*, 2004; Serrano *et al.*, 2005; Watkins *et al.*, 2000; Williams *et al.*, 2000). Apresentamos em seguida algumas destes estudos.

Peteers e colaboradores (2002) defendem que a sobregeneralização da MA é um factor de risco específico e diferenciado para o surgimento e manutenção de quadros depressivos, pelo que deverá ser abordado de modo intencional, através de técnicas promotoras de recuperação de MA específicas, ao invés das tradicionais técnicas cognitivas. Watkins e colaboradores (2000) postularam que a indução descentralizadora, técnica que utiliza questões do tipo socrático para desafiar os pensamentos automáticos negativos e recorre também à distração para desviar a atenção do sujeito para outras imagens mentais que não as do *self*, permitiria alterar o padrão sobregeneralizado das MA na depressão, contribuindo para o recobro da sintomatologia depressiva. Os resultados não confirmaram a hipótese de redução do humor disfórico, o que os autores atribuíram às características da amostra.

Para Watkins e Teasdale (2004), a ruminação consiste nos comportamentos e pensamentos que focalizam a atenção nos pensamentos depressivos próprios e nas consequências dos mesmos, diminuindo perante informação que não está relacionada com o *self*. Contudo, os autores consideram que redireccionar de modo deliberado a atenção dos pacientes deprimidos pode não ser uma estratégia eficaz, porque pode reforçar a atenção ou conduzir a um padrão continuado de evitamento, impedindo assim de conhecer pensamentos e sentimentos do sujeito, úteis para desenvolver interpretações alternativas. Watkins e Teasdale (2004) testaram uma metodologia alternativa de intervenção, através de auto-focalização experiencial, em que os participantes se focavam na experiência directa dos pensamentos, sentimentos e sensações, no momento

presente, comparando-a com uma intervenção de auto-focalização analítica, onde os sujeitos pensavam de forma analítica sobre *self* e os problemas. Os resultados traduziram uma diminuição considerável de MA sobregeneralizada, apresentando também melhorias a nível de sintomatologia depressiva.

Rimes e Watkins (2005) replicaram o estudo anterior, concluindo que auto-focalização analítica aumenta a visão do *self* como destituído de valor e incompetente, bem como os níveis de depressão, enquanto que a auto-focalização experiencial não demonstrou alterações nos resultados.

Com base nos estudos que relacionam a sobregeneralização das MA com a depressão, Serrano e colaboradores (2004, 2005) desenvolveram um protocolo de intervenção com 43 idosos com sintomatologia depressiva através da estimulação de MA específicas. Os resultados indicam que após 4 sessões de trabalho, o GE evocava mais memórias específicas e demonstrava níveis mais elevados de satisfação de vida, menos sintomatologia depressiva e menos impotência, em comparação com o GC que não foi submetido a qualquer intervenção, resultados posteriormente replicados num estudo similar (Serrano *et al.*, 2004, 2005).

Para Teasdale e Green (2003), a tendência para a ruminação dos aspectos negativos relacionados com o *self*, característica de quadros depressivos, está relacionada com a acessibilidade das MA, que são predominantemente inconsistentes, resultados obtidos junto de 130 participantes voluntários. Baseados nesta premissa, os autores propõem que a intervenção com pacientes deprimidos adopte uma estratégia de reflexão sobre o *self*, procurando a evolução através do auto-conhecimento e da abertura à experiência, procurando que as MA acessíveis sejam coesas e realistas.

Williams (1996) postula que os princípios da terapia cognitiva, de onde destaca a reinterpretação de acontecimentos passados, esbarram com a incapacidade por parte dos clientes de recuperar episódios de vida específicos. Assim, o autor sugere a utilização de estratégias próprias para promover a especificidade das memórias autobiográficas e assim desbloquear a engrenagem mnemónica que, segundo o autor, permite explicar a relação entre MA e psicopatologia.

Neste sentido, Williams e colaboradores (2000) utilizaram a *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) como meio de intervenção na perturbação depressiva com o intuito de promover as MA específicas. O objectivo geral da técnica consiste na promoção da consciência do presente. Os clientes são ensinados a focalizar a atenção na experiência actual sempre que a sua mente está a divagar por pensamentos ou

preocupações. Segundo os autores, a premissa basilar é que ao promover a especificidade da codificação, espera-se aumentar a especificidade da recuperação, ao mesmo tempo, que se promove o acesso a conteúdos mentais sem julgá-los ou evitá-los, alterando o estilo de regulação de afectos. Num estudo com 45 voluntários, Williams e colaboradores (2000) registaram alterações significativas na MA após administração da MBCT, o que os autores consideram bastante positivo para a prática clínica.

## 6. Metodologias de investigação da memória autobiográfica

Perceber como, quanto e com que precisão recordamos as coisas não permite compreender o porquê (Bluck, Alea, Habermas, & Rubin, 2005). Os investigadores da MA não pretendem analisar erros e viés na memória, mas antes perceber a interacção entre o sujeito e o seu contexto e os resultados surgidos (Bluck, 2003). O controlo metodológico no estudo da MA seria implementado em detrimento da relevância dos acontecimentos para o sujeito (Levine, 2004).

A principal limitação metodológica associada com o estudo da MA é a dificuldade de controlo sobre a informação que é recuperada, pois as afirmações dos sujeitos dificilmente podem ser corroboradas ou refutadas (Cañas & Bajo, 1991). Assim, não é possível distinguir acontecimentos reais de confabulações e distorções (Moscovitch *et al.*, 2006).

Na verdade, as características do funcionamento humano interferem claramente com registos objectivos de MA. A propensão do ser humano para recuperar memórias positivas (Levine & Bluck, 2004), diminuindo o afecto negativo associado a acontecimentos passados com o decorrer do tempo (Walker *et al.*, 2003), é acompanhada por aquilo que Wilson e Ross (2003) denominam função de auto-promoção<sup>4</sup> da MA, tendência manifestada pelos sujeitos para avaliar o seu estado actual como sendo superior ao passado, mesmo que para tal optem por desvalorizar estados passados.

As metodologias seleccionadas são também uma fonte de enviesamento para o resultado qualitativo e quantitativo de uma tarefa de recuperação de MA, desde as

---

<sup>4</sup> Na ausência de um conceito que traduza *self-enhancement function*, optámos por traduzir a expressão por funções de auto-promoção.

instruções dadas (Conway, 1990b; Conway, Bruce, & Schulster, 1998) até às características dos estímulos (Latorre *et al.*, 2003; Greenberg *et al.*, 2005).

Simultaneamente, sob o ponto de vista da sobrevivência, a localização temporal acertada dos acontecimentos de vida é irrelevante, sendo mais significativa a percepção de relações de causalidade ou de padrões cíclicos, como os da natureza (Friedman & Colledge, 2004). Deparamo-nos então, no estudo da MA, com diferentes períodos de vida, compostos por distintos tipos de informação, com relações específicas e moduladoras entre estes (Dritschel *et al.*, 1992), obtendo um conjunto complexo de informação, cujas possibilidade de avaliação e tratamento não são consensuais entre os investigadores (Wright, 1998).

Galton é considerado como o pioneiro no estudo da memória autobiográfica. Em 1883, o autor publicou um livro em que apresentava investigações desenvolvidas ao longo de vários anos sobre a sua própria memória (cit. in Conway, 1990b). O seu método consistia em pegar num objecto ou palavra, contando o número de ideias que surgiam. Ao constatar que os pensamentos e memórias se repetiam consoante repetia as estimulações, Galton concluiu que o número de acontecimentos recuperado é limitado, condicionado pelos estímulos, pelos ensaios prévios e pelas características do *self* (cit. in Conway, 1990b).

Não sendo propriamente trabalhos sobre a MA, os estudos de Galton representam os primórdios da investigação sobre este subtipo de memória, sendo a técnica da palavra-pista ainda hoje uma das mais utilizadas. A técnica foi retomada em 1986 por Williams e Broadbent, através do *Autobiographical Memory Test* (AMT), desenvolvido junto de pacientes internados em unidades hospitalares após tentativas de suicídio. O instrumento era originalmente composto por 5 palavras positivas e 5 palavras negativas apresentadas de modo alternado, dando aos participantes 60 segundos para cada palavra, para que evocassem uma memória específica. Posteriormente, foram adicionadas ao teste 5 palavras neutras e o tempo para evocação do evento foi reduzido para 30 segundos, realizando-se dois ensaios prévios para que o participante perceba o objectivo (Williams, 2002).

Desde a sua elaboração, o AMT foi já adaptado a diferentes populações, incluindo palavras com sentido de ansiedade (Dickson & Bates, 2005), agressão (Mackinger *et al.*, 2004) e raiva (Wenzel & Jordan, 2005). Outros autores optaram por introduzir uma nova variedade de estímulos para eliciação de MA, como sendo

fotografias de familiares e amigos (Denkova, Botzung, Scheiber, & Manning, 2006) ou imagens captadas pelo próprio sujeito (Burt, Watt, Mitchell, & Conway, 1996).

Considerando os possíveis enviesamentos derivados da técnica de palavra-pista (como sendo a diminuição da quantidade e da qualidade das MA geradas), bem como a necessidade de comparar o desempenho do sujeito na recuperação de MA episódica e semântica, Dritschel e colaboradores (1992) propuseram um método de avaliação da fluência autobiográfica, em que é pedido ao sujeito a localização temporal de determinado período de vida e a consequente recuperação de nomes de pessoas de então, uma vez que os autores defendem a dissociação entre os acontecimentos e os factos. Para os autores, este é o método mais eficaz para detectar as diferenças entre acontecimentos e factos, que defendem caracterizar a MA.

Schroots e Dijkum (2004) elaboraram um instrumento denominado *Life-Line Interview Method* (LIM), em que os participantes assinalavam no eixo horizontal os acontecimentos de vida mais marcantes e no eixo vertical a valência subjectiva dos mesmos. Os autores criaram então um modelo matemático da curva da MA, que validaram junto de uma população de jovens, adultos e idosos, concluindo que a amnésia infantil, a EM e o efeito de recência podem ser explicados pelos processos de desenvolvimento e envelhecimento.

## 7. Conclusões

A MA pode ser concebida como um subtipo de memória (e.g., Conway, 1990b, 2005; Thompson *et al.*, 1996), caracterizado essencialmente pela sua representação visual (e.g., Latorre *et al.*, 2003; Nelson & Fivush, 2004) e conhecimento abstracto auto-referenciado (e.g., Bluck & Li, 2001; Brittlebank *et al.*, 1993; Cañas & Bajo, 1991). Ainda que seja predominantemente episódica, é também composta por factos, procedentes da memória semântica (Dritschel *et al.*, 2005; Gluck, Bluck, Baron, & McAdams, 2005; Hou *et al.*, 2005; Lemogne *et al.*, 2006; Radvansky *et al.*, 2005).

A localização da MA não está ainda esclarecida, embora seja consensualmente aceite a existência de uma rede neuronal de funcionamento (Gardini *et al.*, 2006; Moscovitch *et al.*, 2006; Nessler *et al.*, 2006), o que explica a manutenção diferenciada da memória em casos de lesões localizadas (Joubert, Barbeau, Walter, Ceccaldi, & Poncet, 2003). A organização é habitualmente proposta como hierárquica (e.g., Addis *et*

*al.*, 2005; Cañas & Bajo, 1991; Conway *et al.*, 2003; Williams & Broadbent, 1986; Williams *et al.*, 2000; Williams, 2006).

O padrão de retenção da MA ao longo do ciclo de vida parece ser um fenômeno bem documentado na literatura, encontrando-se um perfil cultural e socialmente transversal de amnésia infantil, efeito de recência e EM (e.g., Conway, 1990b; Fromholt *et al.*, 2003; Latorre *et al.*, 2003; Mills, 1997; Rubin & Schulkind, 1997a; Schrauf & Rubin, 1998, 2001). Em idosos, a MA parece caracterizar-se por uma diminuição das memórias autobiográficas episódicas e uma elevação das memórias autobiográficas semânticas (Piolino *et al.*, 2002; Berntsen & Rubin, 2002), num mecanismo de compensação para atenuar os défices associados ao declínio do CPF (e.g., Busatto *et al.*, 2001; Robertson *et al.*, 2006).

A funcionalidade da MA parece ser bastante lata e multidimensional (e.g., Bluck, 2003; Hou *et al.*, 2005; Riutort *et al.*, 2003; Webster, 1999; Wilson & Ross, 2003), de tal modo que foi já mencionada como sendo um processo transdiagnóstico da psicopatologia (Harvey *et al.*, 2004). Défices no seu funcionamento interferem com a resolução de problemas (e.g., Newman & Hedberg, 1999), estados de ansiedade (e.g., Brewin, 1998; Helawell & Brewin, 2004; Wessel *et al.*, 2001; Wenzel & Jordan, 2005) e humor (e.g., Brewin *et al.*, 1999; Dalgleish *et al.*, 2001; Mackinger *et al.*, 2004; Renneberg *et al.*, 2005; Williams & Broadbent, 1986).

Não estando ainda claros os mecanismos através dos quais a MA interfere com a sintomatologia depressiva, Williams (1992) propõe que memórias dolorosas da infância interferem com a busca na hierarquia da MA, resultando numa rede elaborada e complexa mas ineficiente sob o ponto de vista de recuperação de MA específicas, uma vez que o processo de procura fica bloqueado num nível geral, que se torna um estilo cognitivo dominante e preditor de curso da depressão (e.g., Brewin, 1998; Brewin *et al.*, 1999; Hermans *et al.*, 2004; Latorre *et al.*, 2003; Peeters *et al.*, 2003).

Subscrevemos antes a hipótese avançada por Wessel e colaboradores (2001), que explicam a relação entre MA sobregeneralizadas e depressão através de outras alterações a nível dos processos cognitivos, características da depressão, como a intrusão de memórias para acontecimentos negativos, o que atenua a acessibilidade a outros materiais e a diminuição da concentração e motivação, que interrompem o processo de recuperação.

Assim, a estimulação de memórias autobiográficas positivas, diminuindo o número de memórias para acontecimentos negativos, constitui-se como uma ferramenta



de trabalho para intervenção junto de idosos com sintomatologia depressiva (Latorre *et al.*, 2003; Serrano *et al.*, 2004, 2005). Esta é a nossa hipótese de trabalho, cuja metodologia apresentamos no Capítulo IV.



CAPÍTULO II  
DEPRESSÃO GERIÁTRICA



Começamos esta secção abordando o envelhecimento através do conceito de saúde mental no idoso, enfatizando um panorama multidimensional e diversificado, adoptando a perspectiva do envelhecimento bem-sucedido (EBS). São apresentados os factores valorizados pelas pessoas idosas para um EBS.

No ponto 2 apresentamos as características e os factores de risco da depressão geriátrica (DG), diferenciando-a dos quadros depressivos documentados noutras faixas etárias. Analisamos também quais as taxas epidemiológicas existentes, quer para o episódio depressivo major quer para a prevalência de sintomatologia depressiva, considerando qual o impacto dos sintomas depressivos no funcionamento da pessoa idosa.

Por fim, analisamos as idiosincrasias associadas ao trabalho directo com pessoas idosas no âmbito da saúde mental, listando as especificidades relacionadas com a avaliação e a intervenção da DG.

## 1. Saúde mental na pessoa idosa

A heterogeneidade dos percursos desenvolvimentais é directamente proporcional ao aumento da idade. Consoante os sujeitos envelhecem podem encontrar-se padrões distintos de funcionamento físico, cognitivo e biológico, não sendo nunca possível afirmar qual será o ponto de chegada, mesmo conhecendo o ponto de partida (Alea, Diehl, & Bluck, 2004; Cummings, Davies, & Campbell, 2000; Whitbourne, 1996). O envelhecimento não tem apenas um mas sim vários cenários possíveis, todos eles subjectivos e idiosincráticos, caracterizados sob a égide unificadora do controlo activo sobre o contexto e da capacidade de perspectivar de modo realista as novas condições de vida (Duarte Silva, 2005; Vega & Bueno, 1995).

No entanto, a probabilidade de manutenção do funcionamento adaptativo nas pessoas idosas e consequente conservação de autonomia aumenta perante a presença de factores já estabelecidos, como a integração bem-sucedida em novos contextos de vida (Béland, Zunzunegui, Alvarado, Otero, & Del Ser, 2005), a capacidade de alteração de expectativas e objectivos de vida (Aberg, Sidenvall, Hepworth, O'Reilly, & Lithell, 2005; Gluck *et al.*, 2005), a flexibilidade (Coleman, 2000), a percepção de utilidade

(Duarte Silva, 2005), a procura de experiências diversificadas (Staundinger & Kunzmann, 2005), a adopção de comportamentos proactivos, como participar em organizações (Knipscheer, Van Groenou, Leene, Beekman, & Deeg, 2000), a manutenção da autonomia através da adaptação às mudanças do ciclo de vida (Vandenplas-Hopler, 2000) e a continuidade de relações íntimas significativas (Pahkala, Kivela, & Laipall, 1993), bem como da sua auto-imagem (Coleman, Ivani-Chalian, & Robinson, 1999), entre outros.

O envelhecimento pressupõe a diminuição incontornável de um conjunto de factores do funcionamento, físicos, biológicos e cognitivos. Tal como nos indicam Baltes e Baltes (1990), é possível adiar a deterioração das competências humanas, mas não o declínio normativo, verificado sobretudo a partir da diminuição das capacidades de recurso. Assim, no trabalho desenvolvido junto de idosos, mais do que o retorno ao ponto de partida pretende-se a manutenção da qualidade de vida. Este é um conceito multidimensional, simultaneamente objectivo e subjectivo, condicionado pela avaliação que o sujeito faz das suas experiências de vida e pelas expectativas sociais e culturais (Chan, Chiu, Chien, Thompson, & Lam, 2006).

## 2. O quadro depressivo em idosos

Apesar de ser possível, e até desejável, adoptar uma perspectiva positiva sobre o envelhecimento, numa óptica de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, no trabalho de campo com pessoas idosas, nomeadamente no âmbito institucional, torna-se patente a elevada incidência de patologias, do foro físico e mental.

A prevalência de sintomatologia depressiva em pessoas idosas parece ser um fenómeno culturalmente transversal (e.g., Baldwin & Wild, 2004; Blazer, 2002a; Wolfe, Morrow, & Fredrickson, 1996; Woods, 1999). Aos factores de risco habitualmente associados à perturbação depressiva associam-se alguns factores específicos desta faixa etária, como as alterações biológicas (e.g., Alexopoulos, 2003) e o aumento progressivo de perdas, reais e simbólicas (e.g., Katona & Shankar, 1999, 2004; Schaie & Willis, 2002).

O impacto da sintomatologia depressiva nas pessoas idosas assume proporções consideráveis, interferindo com a sua autonomia (e.g., Aberg *et al.*, 2005; Jones & Beck-Little, 2002), a sua saúde (e.g., Fernandez-Ballasteros *et al.*, 1992; Williams,

Jacka, Pasço, Dodd, & Berk, 2006), o seu funcionamento cognitivo (e.g., Sanz, 1996; Shim & Yang, 2006), assumindo implicações consideráveis sobre o contexto social e sanitário (Costa, 2005).

## 2.1. Factores de risco e manutenção da depressão geriátrica

O surgimento da depressão na terceira e quarta idades é um fenómeno altamente complexo que não pode ser atribuído a uma causa mas antes a um conjunto dinâmico e interactivo de factores. Existem diversos estudos relacionados com os factores de risco para a depressão geriátrica (DG), sendo os mais investigados a existência de doenças crónicas, luto, solidão, género, dificuldades económicas e, numa escala inferior, idade (Bowling & Farquhar, 1996).

Cassel e Leighton (1969), num complexo trabalho pioneiro sobre os factores que podem estar na causa de perturbações mentais, indicam-nos seis condições que podem explicar a etiologia da DG: (i) factores genéticos e biológicos; (ii) acontecimentos do ciclo de vida; (iii) factores de personalidade e de satisfação percebida; (iv) dinâmicas sociais e culturais; (v) mudanças recentes reais ou percebidas; e (vi) combinação de diferentes factores (cit. in Blazer, 2002b).

Vamos em seguida explorar alguns dos factores de risco para a DG, frequentemente referidos na literatura, considerados como essenciais para a sua etiologia.

### 2.1.1. Depressão geriátrica e isolamento

O isolamento, real ou percebido, sempre foi encarado como um factor de risco para o surgimento de respostas desadaptadas por parte da pessoa idosa, que veria assim diminuídas as suas hipóteses de interacção social e estimulação cognitiva, conduzindo a exclusão social e abandono, diminuição da auto-estima e consequente descuido no autocuidado (Duarte Silva, 2005).

Alguns estudos mostram que a composição social do contexto habitacional condiciona as interacções que são mantidas, quer através das características arquitectónicas quer através dos recursos existentes nos bairros (Horgas, Wahl, & Baltes, 1996; Knipscheer *et al.*, 2000).

Quando analisamos a relação entre parâmetros sociais, económicos, físicos e psicológicos, parece possível concluir que os resultados obtidos em escalas de sintomatologia depressiva são parcialmente explicados pela frequência de contactos sociais e a satisfação subjectiva da ocupação do seu tempo, sendo que muitas vezes ambos os factores estão condicionados pelas limitações impostas por défices sensoriais (visuais e auditivos) e mobilidade (Katona & Shankar, 1999, 2004; Tafaro, Cicconetti, Zannino, Tedeschi, Tombolilla, Ettore, & Marigliano, 2002). Porém, existem estudos que não encontraram relações significativas entre o suporte social e a presença de sintomas do espectro da depressão (Bowling & Farquhar, 1996).

### 2.1.2. Depressão geriátrica e saúde/doenças

A relação entre depressão e doença é um fenómeno já bem fundamentado, sendo a primeira muitas vezes uma resposta face às dificuldades de ajustamento à segunda (Woods, 1999a). Fernandez-Ballasteros, Izal, Montorio, González e Diaz (1992) referem que a sintomatologia depressiva pode proceder da patologia fisiológica como (i) reacção ao estado de doença (Jarvik & Perl, 1981); (ii) consequência directa da doença ou da medicação; e (iii) seguimento da vulnerabilidade do sujeito, a nível do sistema imunológico (Vaillant, 1979).

As perturbações fisiológicas, cuja probabilidade de ocorrência aumenta consoante o sujeito envelhece, como questões vasculares, endócrinas e neurológicas resultam em percepção diminuída, incapacidade para tratar cuidar de si e comunicar, contribuindo para o aumento da ansiedade, depressão, confusão e agitação (Jones & Beck-Little, 2002; Katona & Shankar, 1999, 2004; Rabins, 1998; Ranga, Krishnan, Delong, Kraemer, Carney, Spiegel, Gordon, McDonald, Dew, Alexopoulos, Buckwalter, Cohen, Evans, Kaufmann, Olin, Otey, & Wainscott, 2002; Whibourne, 1996). Contudo, importa referir que alguns estudos defendem que o referido aumento da prevalência de patologias com a idade pode estar condicionado por factores de cariz metodológico (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006).

Estudos realizados com populações idosas, institucionalizadas ou a viver em comunidade, indicam que a saúde e a manutenção de competências funcionais são, na linha de base, os melhores preditores de morbilidade psiquiátrica (Bowling & Farquhar, 1996). Cerca de um terço das pessoas idosas hospitalizadas por doença crónica apresentam sintomas para o diagnóstico de DG (Shah & Oxey, 2001).



As doenças crónicas parecem ter um impacto particularmente significativo no aumento de sintomas depressivos auto-relatados, existindo dados que correlacionam a DG com doenças cardiovasculares, respiratórias e digestivas (Bisschop, Kriegdman, Derg, Beekman, & van Tilbutg, 2004; Frazer, Leicht, & Baker, 1996; Katona & Shankar, 1999, 2004; Mills, 2001). Outras patologias crónicas, como cancro ou artrite parecem relacionar-se com a sintomatologia depressiva, mas não com o diagnóstico de perturbação depressiva (Bisschop *et al.*, 2004).

Deste modo, verificamos que diferentes autores defendem que o surgimento de determinadas patologias características do envelhecimento, como aumento da pressão sanguínea e diabetes, são riscos acrescidos para a depressão em pessoas idosas (Frazer, Christensen, & Griffiths, 2005; Tafaro *et al.*, 2002; Wolfe *et al.*, 1996). Ao mesmo tempo, outros estudos parecem contrariar as hipóteses anteriormente estabelecidas de correlação entre o diagnóstico de perturbação depressiva em pessoas idosas e a manutenção de alguns quadros patológicos. Versluis, Mast, Buchem, Bollen, Blauw, Eekhof, Wee e Craen (2006) não encontraram relação significativa entre surgimento de sintomatologia depressiva e doenças vasculares-cerebrais. Whitbourne (1996) defende que a relação entre o funcionamento cardiovascular e a DG é mediada por diversos factores, de onde destaca a prática de exercício físico.

### 2.1.3. Depressão geriátrica e factores genéticos/biológicos

O papel desempenhado pelos factores genéticos e biológicos na iniciação e manutenção da DG é ainda pouco claro, especialmente pela dificuldade que existe em diferenciar os efeitos do declínio normativo dos efeitos da deterioração (Schaie & Willis, 2002; Whitbourne, 1996).

Alguns estudos encontraram resultados que atribuem o surgimento de sintomatologia depressiva à produção insuficiente de substâncias neurotransmissoras, condicionada pelo declínio a nível do córtice pré-frontal, decorrente do envelhecimento (Alexopoulos, 2003; Hannestad, Taylor, McQuoid, Payne, Krishnan, Steffens, & Macfall, 2006; Kalayam & Alexopoulos, 2002; Steffens, Pieper, Bosworth, MacFall, Provenzale, Payne, Carroll, George, & Krishnan, 2005).

Ebmeier, Donaghey e Steele (2006) postulam que nos quadros de DG se verifica a existência de alterações do funcionamento de diversas hormonas, nomeadamente a nível dos sistemas serotoninérgico e dopaminérgico.

#### 2.1.4. Depressão geriátrica e acontecimentos de vida

Os acontecimentos de vida adversos, decorridos ao longo do ciclo de vida, assumem-se como um factor de risco significativo para o desenvolvimento e a manutenção de sintomas do foro depressivo (Schaie & Willis, 2002; Osvath, Voros, & Fekete, 2004). Todo o tipo de *stress*, desde os acontecimentos quotidianos triviais até às mudanças de vida significativas, constitui um factor de risco para a disrupção da homeostase corporal e conseqüente surgimento de psicopatologia (Katona & Shankar, 1999, 2004; Vondras, Powless, Olson, Wheeler, & Snudden, 2005).

Dentro dos acontecimentos de vida significativos, a perda recente do cônjuge ou de outro familiar próximo assume-se como um dos factores de risco mais relevante para a DG (Al-Shammari & Al-Subaie, 2004; Paúl *et al.*, 2006; Shah & Hoxey, 2001). Existem também determinados acontecimentos de vida que representam perdas simbólicas para as pessoas idosas, como a perda de papéis (Wolfe *et al.*, 1996).

#### 2.1.5. Depressão geriátrica e género

O género é também uma variável estudada como factor de risco para a depressão em todas as faixas etárias, incluindo as pessoas idosas (Versluis *et al.*, 2006). As análises realizadas apontam de modo habitual para a existência de padrões diferenciados de risco entre homens e mulheres (Gatz & Fiske, 2003; Pahkala *et al.*, 1993; Wolfe *et al.*, 1996).

Existem também diferenças de género quanto aos sintomas registados. De um modo geral, os idosos manifestam mais agitação psicomotora e as idosas mais alterações do comportamento alimentar, nomeadamente diminuição de apetite (Kockler & Heun, 2002). Para os autores supracitados, a disparidade dos padrões não traduz subtipos distintos de depressão, mas antes diferenças de género na percepção ou expressão dos sintomas depressivos, influenciada por factores biológicos ou psicológicos, como papel de género ou estilo de coping associado ao género.

#### 2.1.6. Depressão geriátrica e características culturais e desenvolvimentais

Ao falarmos de factores de risco para o surgimento da DG, não podemos esquecer o enquadramento cultural e social dos mesmos. Num estudo realizado junto de

80 pessoas idosas chinesas, que recebiam tratamento ambulatorio para a DG, Chan e colaboradores (2006) encontraram que as alterações verificadas nas últimas décadas nos padrões de interacção familiar, que resultaram na diminuição das responsabilidades filiais na prestação de cuidados aos seus pais e conseqüente aumento das institucionalizações em residências e lares de idosos, eram um factor significativo para a diminuição do bem-estar e funcionamento mental.

Na Arábia Saudita, onde a interacção familiar é caracterizada pela convivência de várias gerações na mesma casa e de vários membros na mesma divisão, ter um quarto privativo é visto pelas pessoas idosas como um sinal de abandono familiar e, como tal, considerado um factor de risco para a DG (Al-Shammari & Al-Subaie, 2004).

#### 2.1.7. Depressão geriátrica e características cognitivas

Sob o ponto de vista cognitivo, as pessoas idosas parecem partilhar dos estereótipos negativos vigentes na sociedade em geral, considerando-se menos capazes e funcionais, culpabilizando-se pelo curso negativo dos seus acontecimentos de vida e atribuindo os acontecimentos positivos ao acaso e o fracasso à ausência de competências (Backman, Mantyla, & Herlitz, 1990).

Numa perspectiva cognitiva para a etiologia da depressão mas referindo também o contributo de factores desenvolvimentais, Barry, Naus e Rhem (2005) defendem que a maturação cognitiva e a alteração da auto-imagem condicionam o processamento de informação. Deste modo, em sujeitos vulneráveis, o momento de estabelecimento de objectivos pode predispor para a depressão, pois quando os objectivos e planos actuais ou os possíveis papéis de vida são contraditórios com o conhecimento autobiográfico, verifica-se uma quebra no funcionamento cognitivo normativo. Uma vez instalada a depressão, a manutenção ocorre pela atenção continuada a elementos negativos do contexto, mesmo que o sujeito não esteja consciente ou o faça de modo intencional, bem como através da reestruturação de objectivos relevantes para o sujeito (Barry *et al.*, 2005).

#### 2.1.8. Factores de risco para a depressão geriátrica em Portugal

Através da avaliação de 211 pessoas idosas portuguesas, Costa (2005) concluiu que as variáveis sociodemográficas interagem entre si, constituindo-se como factores de

risco quando consideradas no seu conjunto total. Os factores considerados no estudo supracitado foram o sexo, a idade, as habilitações literárias, a situação económica mensal, a situação de residência e a religião.

## 2.2. Epidemiologia

Os dados epidemiológicos da DG podem provir de registos clínicos, da avaliação de idosos institucionalizados e da avaliação de comunidades (Blazer, 2002a). Consoante os processos de avaliação utilizados, como escalas e sistemas de diagnóstico, e as características da amostra, pode verificar-se flutuações substanciais nas taxas de prevalência (Woods, 1999a).

Os estudos epidemiológicos realizados no âmbito da depressão das pessoas idosas a viver em comunidade obtêm habitualmente resultados entre os 4 e os 6%, obtendo-se valores consideravelmente mais elevados quando são avaliados contextos institucionais. Estudos epidemiológicos realizados em instituições dos Estados Unidos da América indicam que 80% das pessoas institucionalizadas manifestam perturbações geropsiquiátricas, sendo um quinto sintomatologia depressiva (Jones & Beck-Little, 2002). No mesmo sentido, Baldwin e Wild (2004) apontam para uma taxa de prevalência de DG no Reino Unido em torno dos 13,5%; no entanto, segundo os autores, os números quase duplicam quando a amostra é constituída apenas por idosos institucionalizados.

Num estudo recente realizado na Arábia Saudita junto de 7970 idosos, Al-Shammari e Al-Subaie (2004) encontraram uma prevalência de 39% para sintomatologia depressiva e 8.4% para diagnóstico de perturbação depressiva, o que é bastante mais elevado do que as médias encontradas em estudos internacionais.

Numa revisão sistemática de literatura sobre estudos epidemiológicos da DG, realizados em quatro países diferentes (Reino Unido, EUA, Finlândia e Japão) e envolvendo mais de quinze mil idosos, Blazer (2002a) estima uma prevalência de cerca de 15% para sintomatologia depressiva e de 3% para diagnóstico de episódio depressivo, minor ou major.

Estima-se que existam em Portugal cerca de 1712120 pessoas idosas<sup>5</sup>, correspondentes a um total de 16,4% da população total (INE, 2002). Analisando os

---

<sup>5</sup> Designa-se por pessoa idosa todo o cidadão com 65 anos ou mais (INE, 2002).

dados fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2002) sobre as características dos idosos portugueses, verificamos a existência de um conjunto de factores que podem ser considerados de risco para a DG, como sendo analfabetismo (55%); rendimentos económicos baixos (56%); incapacidades que interferem com actividades de vida diárias (55%); doenças crónicas (65%), excesso de peso (37%) e elevado envolvimento em actividades de lazer passivas, como ver televisão, bem como pouca actividade física.

Adicionalmente, verificamos que cerca de 18% das famílias portuguesas são constituídas apenas por pessoas idosas e destas mais de metade é composta por apenas um elemento (INE, 2002). Tal como referimos anteriormente, o isolamento social pode também constituir-se como um factor de risco para o surgimento ou manutenção de DG (e.g., Horgas *et al.*, 1996; Knipscheer *et al.*, 2000).

Num estudo realizado junto de pessoas idosas institucionalizadas (N=105) e a viver em comunidade (N=106), avaliados através de escalas de avaliação do funcionamento cognitivo, da sintomatologia depressiva e das actividades instrumentais, Costa (2005) concluiu que a prevalência do diagnóstico de episódio depressivo era de cerca de 55% e 68%, respectivamente. Estas percentagens correspondiam a um total de 129 pessoas idosas em 211 avaliadas.

### 2.3. Impacto da depressão geriátrica

O surgimento e manutenção de sintomatologia depressiva, mesmo em níveis subclínicos, condicionam de modo considerável o quotidiano das pessoas idosas. A autonomia, factor extremamente valorizado pelos idosos para a manutenção da sua satisfação de vida (Aberg *et al.*, 2005) fica gravemente comprometida perante a depressão geriátrica.

A par com as limitações funcionais, a sintomatologia depressiva pode interferir com a saúde da pessoa idosa (e.g., Katona & Shankar, 1999, 2004), bem como com o seu funcionamento cognitivo (*idem*). Adicionalmente, a elevada prevalência da depressão geriátrica obriga a uma resposta continuada por parte dos agentes sociais (APA, 2004) acarretando gastos económicos consideráveis (Smalbrugge, Pot, Jongenelis, Gundy, Beekman, & Eefsting, 2006).

### 2.3.1. Sobre a pessoa idosa

#### 2.3.1.1 Funcionamento e Autonomia

A manutenção de autonomia e independência nos idosos, consideradas como condições essenciais para a satisfação e qualidade de vida (Aberg *et al.*, 2005), estão condicionadas pelos níveis de saúde física e mental. Ou seja, existe relação entre sintomatologia depressiva e o declínio cognitivo em pessoas idosas, bem como impacto consequente em factores como a manutenção da independência e a qualidade de vida (Chi & Chou, 2000; Horgas *et al.*, 1996).

Diversos estudos indicam que as pessoas idosas com maior nível de sintomatologia depressiva apresentam maior probabilidade de declínio no funcionamento cognitivo, quando comparados com sujeitos com menores níveis de sintomatologia (Blazer, 2002a; Chi & Chou, 2000; Katona & Shankar, 1999, 2004).

O surgimento de sintomatologia da ordem depressiva condiciona o funcionamento cognitivo da pessoa idosa, que começa a manifestar dificuldades em processos progressivamente mais complexos, interferindo depois com a sua capacidade de tomada de decisão, autonomia e funcionamento diário (Bisschop *et al.*, 2004; Gallo, Rebok, Tennstedt, Wadley, Horgas, & ACTIVE, 2003). Assim, a sintomatologia depressiva interfere de modo paulatino com questões básicas como a higiene pessoal, conduzindo até processos macro como a mobilidade (Jones & Beck-Little, 2002; Katona & Shankar, 1999, 2004).

Os sintomas residuais da DG, isto é, aqueles que continuam a manifestar-se mesmo após a intervenção, vão condicionar diversos aspectos de funcionamento da pessoa idosa, nomeadamente a sua qualidade de vida num sentido mais lato, deixando-a com maior vulnerabilidade a factores de risco presentes no seu quotidiano (Scogin, Shackelford, Rohen, Stump, Floyd, McKendree-Smith, & Jamison, 2001).

#### 2.3.1.2. Saúde

O impacto da sintomatologia depressiva na pessoa idosa é progressivamente maior, interagindo com a sua saúde e dificultando a eficácia dos tratamentos (Saz & Dewey, 2001; Williams, Jacka, Pasco, Dodd, & Berk, 2006; Woods, 1999a). Os condicionamentos derivados da DG podem mesmo despoletar a institucionalização, por

incapacidade de realização de cuidados básicos de higiene e alimentação, acelerando determinados quadros de doenças crónicas (Katona & Shankar, 1999; Ranga *et al.*, 2002). A presença de sintomatologia depressiva é também um preditor significativo de readmissão hospitalar, até 6 meses após a saída do internamento (Mast, Azar, MacNeill, & Lichetenberg, 2004). De igual modo, a presença de determinada sintomatologia característica da depressão, como a perda de interesse, interfere com a recuperação de pessoas idosas (Tugade, Fredrickson, & Barrett, 2004).

Fernandez-Ballasteros e colaboradores (1992) consideram existir uma relação inequívoca entre depressão e a manifestação de doenças físicas; contudo, alertam para a reversibilidade desta relação, que será tão mais eficaz quanto precoce for a detecção da sintomatologia depressiva. No mesmo sentido, também Mitra, Allen e Walker (2005), defendem que a relação entre depressão e saúde é mediada por factores ambientais (e.g., ajuda disponível e acesso ao sistema de saúde) e pelos comportamentos de saúde (e.g., exercício físico), sendo que estes são domínios da saúde pública e como tal passíveis de intervenção governamental. Os autores consideram mesmo ser papel dos agentes governativos a prevenção da sintomatologia depressiva em pessoas idosas.

#### 2.3.1.3. Funcionamento cognitivo

De um modo geral, o funcionamento cognitivo diminui em quadros depressivos pela menor motivação, défice de recursos cognitivos, dificuldade em iniciar estratégias cognitivas, incapacidade para inibir pensamentos distractivos e processamento extenso de determinados estímulos (Gotlib, Roberts, & Gilboa, 1996, cit. in Roberts, Carlos, & Kashdan, 2006).

Os sintomas depressivos afectam processos cognitivos básicos, como a memória, condicionando em seguida processos mais complexos, como a resolução de problemas, amputando por último competências de mestria ou auto-avaliação (Gallo *et al.*, 2003).

Alguns autores consideram que a depressão é uma fase prévia da demência (Katona & Shankar, 1999, 2004), sendo que perante quadros de comorbidade depressiva e demencial a deterioração cognitiva se agrava (Shim & Yang, 2006). Adicionalmente, os estados depressivos são caracterizados por um auto-conceito vago e instável, onde representações positivas e negativas se confrontam, diminuindo o habitual viés para recuperação de eventos positivos (Sanz, 1996).

Existem alterações da memória específicas nos quadros de episódio depressivo com início tardio, nomeadamente a nível da memória explícita verbal e memória autobiográfica, não explicadas pela diminuição global da motivação ou cognição. Esta constatação assenta na observação da manutenção do funcionamento normativo de algumas funções, como a memória a curto prazo, a memória implícita e a memória visual (Gallassi, Di Sarro, Morreale, & Amore, 2006).

As variações dos processos de memória são a consequência cognitiva da depressão mais documentada (e.g., Steffens, Otey, Alexopoulos, Butters, Cuthbert, Ganguli, Geda, Hendrie, Krishnan, Kumar, Lopez, Lyketsos, Mast, Morris, Norton, Peavy, Petersen, Reynolds, Salloway, Welsh-Bohmer, & Yesavage, 2006), nomeadamente a sobregeneralização das memórias autobiográficas (e.g., Pergher, Stein, & Wainer, 2004). Este efeito pode ter um impacto considerável sobre a capacidade de resolução de problemas e de projectar-se ou fazer planos para o futuro, bem como na manutenção de pensamentos ruminativos e surgimento de actos suicidas.

Contudo, não existe uma opinião consensual em torno da deterioração cognitiva como resposta a estados depressivos: Latorre e colaboradores (2003) consideram que as alterações percebidas do foro cognitivo após surgimento de sintomatologia depressiva são relativamente ténues e confinadas pelas características da amostra e pelas especificidades das tarefas.

### 2.3.2. Sobre o contexto social, sanitário, económico

Perante a existência de sintomas depressivos, a reabilitação física é mais demorada, verifica-se o consumo de mais recursos de saúde e o aumento da probabilidade de institucionalização (Katona & Shankar, 1999, 2004; Larsen, Schroll, & Avlund, 2006).

Num estudo realizado com 350 pessoas idosas institucionalizadas, Smalbrugge e colaboradores (2006) verificaram que consoante aumentava o número de sintomas do foro depressivo ou ansiogénico, aumentava também a utilização de serviços de saúde adicionais ou a necessidade de consumo acrescido de medicação.

Scogin e colaboradores (2001) postulam mesmo que o nível da depressão, tal como avaliado por escalas psicométricas, permite prever a utilização de sistemas de saúde e que os custos associados aumentam de modo preponderante por cada sintoma registado.



Costa (2005) alerta para as consequências sociais, económicas e sanitárias que podem advir do aumento exponencial da DG, aumentando os custos associados ao tratamento e seguimento das pessoas idosas.

Adicionalmente, é essencial considerar as implicações éticas derivadas do aumento do diagnóstico de problemas de saúde mental em pessoas idosas, pois é papel dos técnicos dar resposta às necessidades de todas as faixas etárias, contrariando os comportamentos de preconceito verificados nas atitudes face ao envelhecimento (APA, 2004; Costa, 2005).

#### 2.4. Especificidades da depressão geriátrica: Diferenças epidemiológicas entre jovens e pessoas idosas

Num trabalho completo e extenso sobre avaliação e intervenção em contexto psicoterapêutico com pessoas idosas, Fernandez-Ballasteros e colaboradores (1992) postulam que existem similitudes e diferenças entre jovens, adultos e idosos na conceptualização da depressão, quanto aos factores causais e de manutenção, bem como a nível da sintomatologia registada, da adesão ao tratamento e do prognóstico, a médio e a longo prazo.

Quanto à flutuação do padrão de diagnóstico de depressão ao longo do ciclo de vida, os resultados parecem inconclusivos, pois a relação entre depressão e idade é mediada por factores sociais, económicos e cognitivos (Form, 2000).

Verificamos assim a existência de um conjunto diversificado de hipóteses, desde resultados que mostram o aumento das taxas epidemiológicas da DG, quando comparada com outras faixas etárias (e.g., Bergdahl, Gustavsson, Kallin, Wagert, Lundman, Bucht, & Gustafson, 2005), até aos autores que advogam a existência de factores protectores para a depressão derivados da idade (Alea, Bluck, & Semegon, 2004; Levine & Bluck, 1997; Yang & Rhem, 1995).

Mirowsky e Reynolds (2000) refutam a hipótese da diminuição da depressão com a idade, afirmando que o declínio associado ao envelhecimento, quer interno (e.g., funcionamento cognitivo) quer externo (e.g., perda de papéis), a par com a diminuição da auto-percepção de saúde, aumentam de modo significativo a sua prevalência. Bergdahl e colaboradores (2005) corroboram esta hipótese, pois numa investigação realizada na Suécia encontraram taxas de prevalência da DG que aumentam de modo significativo com a idade dos participantes.

Outros estudos postulam que as taxas de prevalência para a perturbação depressiva são constantes ao longo do ciclo de vida, mas que o acréscimo continuado de problemas de saúde e limitações funcionais incrementam os factores de risco associados (Katona & Shankar, 1999, 2004), conduzindo ao aumento da percentagem de diagnóstico de episódio depressivo.

Alguns autores defendem que a diminuição das taxas de prevalência traduz um aumento considerável de subdiagnóstico, em parte pelas diferenças na sintomatologia entre jovens e idosos, pela comorbilidade com problemas físicos de saúde e pela relutância do idoso em referenciar problemas do foro do estado de ânimo (Francois, Moutel, Plu, Pfitzenmeyer, & Hervé, 2006; Gatz & Fiske, 2003).

Yang e Rhem (1995) indicam-nos que as taxas epidemiológicas para a DG são inferiores à prevalência da depressão em faixas etárias mais jovens, o que os autores explicam pela alteração intencional da rede semântica, pelo aumento da frequência de processos de reminiscência promotores de memórias positivas e pelo armazenamento estanque de memórias ameaçadoras para o *self*.

Na verdade, existem alguns factores de protecção para o desenvolvimento da depressão que surgem com a idade (Karel, 1997, cit. in Tafaro *et al.*, 2002), havendo mesmo estudos epidemiológicos (e.g., Henderson, 1994) que espelham diminuição da percentagem de pessoas idosas deprimidas, desde que controlados determinados factores como o estado civil e as habilitações literárias (cit. in Woods, 1999b).

Parte das diferenças encontradas entre jovens, adultos e idosos relacionam-se com as estratégias de *coping*, utilizadas perante situações contextualmente adversas ou com elevada carga emocional (Bluck & Levine, 1997). Os autores referidos concluíram que ao ser confrontados com uma situação que não podiam alterar, as pessoas idosas manifestavam estratégias de *coping* emocional, redireccionando os seus objectivos pessoais e reavaliando os acontecimentos passados com menor intensidade emocional, quando comparados com adultos e jovens.

Deste modo, a diminuição do afecto negativo pode traduzir um processo de transição de estratégias de *coping* focadas no problema para estratégias de *coping* focado nas emoções, transição normativa com o envelhecimento (Beanchard-Fields, Stein, & Watson, 2004; Mather & Carstensen, 2005), mas que incorre numa modalidade de regulação dos estados de ânimo mais passiva e potencialmente nociva para os idosos. As alterações a nível das emoções resultam de um aumento exponencial do auto-

controlo, reflectindo-se de modo diferenciado consoante o contexto cultural dos idosos (Gross, Carstensen, Pasupathi, Tsai, Skorpén, & Hsu, 1997).

Ao contrário das asserções populares e dos estereótipos vigentes, a perturbação depressiva não é um factor inevitável do envelhecimento, e a idade não é um factor precipitante. No entanto, ainda que a epidemiologia da perturbação depressiva não seja superior em idosos, o prognóstico parece tornar-se mais negativo consoante aumenta a idade (Baldwin & Wild, 2004; Wolfe *et al.*, 1996).

As quebras verificadas no prognóstico podem ser explicadas pelos estereótipos vigentes sobre a inevitabilidade da depressão na terceira idade, a relutância das pessoas idosas em procurar ajuda e os riscos acrescidos de reacções secundárias da medicação (Francois *et al.*, 2006; Laidlaw, 2001). Voltaremos a abordar este tema na secção seguinte, quando falarmos sobre as técnicas de avaliação e o diagnóstico na DG em idosos, bem como na secção 4, quando abordarmos as características da intervenção com pessoas idosas.

### 3. Técnicas de avaliação da depressão geriátrica

A avaliação no campo da saúde mental debruça-se essencialmente sobre estados subjectivos de funcionamento, através de auto-relatos ou de questionários estandardizados de observação comportamental, o que conduz a um risco considerável de viés na obtenção de resultados (Thompson & Foth, 2005).

No trabalho terapêutico desenvolvido com pessoas idosas, a complexidade inerente à avaliação em psicoterapia é acrescida por problemas de iliteracia e por idiosincrasias verificadas nas características de funcionamento, como o declínio do processamento sensorial, nomeadamente auditivo (Bryan, Axelrod, Maxim, Bell, & Jordan, 2002; Edelstein & Semenchuk, 1996) ou a presença de co-morbilidade física ou funcional (Ebmeier *et al.*, 2006).

A utilização de sistemas de classificação normalizados para outras faixas etárias induz muitas vezes em erro de diagnóstico, enviesando posteriormente a intervenção (Settersten & Mayer, 1997). A par com a aplicação de instrumentos eventualmente desadaptados, podem surgir dificuldades adicionais, idiosincráticas ao trabalho com pessoas idosas, como a falta de familiaridade com as técnicas seleccionadas (Edelstein & Semenchuk, 1996). O desconhecimento do contexto terapêutico ou dos seus

objectivos basilares podem conduzir a estados indesejáveis por parte do idoso, como falta de atenção ou ansiedade.

As mesmas questões devem ser tidas em conta quanto ao padrão de sintomas. Ao compararmos a sintomatologia depressiva em diferentes faixas etárias, verificam-se nos idosos mais queixas somáticas, perda significativa de peso, obstipação, falta de apetite, perturbação de sono (insónia inicial), agitação, falta de energia, isolamento social e aumento da dependência, aumento da irritabilidade, somatização e hipocondria (Katona & Shankar, 1999, 2004).

Existem ainda sintomas diferenciados de outras faixas etárias, como reduzidas queixas de tristeza, preocupações somáticas ou hipocondria; sintomas neuróticos com início tardio, como ansiedade, pensamentos ruminativos ou histeria e apatia ou falta de motivação; e sintomas erroneamente atribuídos a doenças físicas, como anorexia e energia reduzida (Baldwin & Wild, 2004). Em quadros depressivos de início tardio não é comum encontrar-se história familiar positiva, sentimentos de culpa ou sintomas do espectro psicótico, ao contrário do que é habitualmente verificado em casos de início precoce (Katona & Shankar, 1999, 2004; Wolfe *et al.*, 1996).

A avaliação da depressão em pessoas idosas deve ter em conta estas especificidades que a diferenciam de outros grupos, podendo assim conduzir ao subdiagnóstico. Perante questionamento directo sobre o estado de ânimo, o idoso deprimido pode responder com preocupações sobre a sua saúde, o relacionamento com familiares, o isolamento domiciliário ou dificuldades económicas, não apresentando queixas directas sobre o humor deprimido ou tristeza (Blazer, 2002b; Francois *et al.*, 2006; Turk-Charles, Rose, & Gatz, 1996). Os estados subjectivos de humor depressivo podem não estar presentes em quadros de DG, caracterizando-se antes pelo número acrescido de sintomatologia física, como perda de apetite, falta de energia, irritabilidade, insónia, preocupações e dor (Frazer *et al.*, 2005; Gatz & Fiske, 2003; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002).

Neste sentido, com o objectivo de adaptar os critérios de diagnóstico do DSM-IV (APA, 1994) aos critérios específicos manifestados por faixas etárias superiores, foi criada uma comissão que propôs três considerações específicas no domínio das perturbações de humor em pessoas idosas: (i) o estado cognitivo deveria ser avaliado em simultâneo com os sintomas depressivos; (ii) seria benéfica a introdução de uma nova categoria, para agrupar os sintomas muitas vezes observados em idosos mas que não correspondem a depressão nem a distímia; (iii) a frequência da comorbilidade de

sintomas depressivos e ansiogénicos justificaria a presença no sistema de diagnóstico de uma nova categoria (Blazer, 2002a).

A construção de escalas psicométricas específicas para utilização com pessoas idosas é um desenvolvimento relativamente recente na história da avaliação em contextos de saúde mental (McDowell & Newell, 1996). Tal como se verifica noutros âmbitos de avaliação, as escalas e questionários devem ser acompanhados por outras estratégias, como observação ou relatos de prestadores de cuidados, a par com a consideração, por parte dos técnicos, das especificidades manifestadas pelas pessoas idosas (APA, 2004).

Deve ainda considerar-se a necessidade de combinar escalas diferenciadas, pois muitas vezes a similaridade dos seus objectivos e itens não providencia informação adicional e torna a avaliação redundante para o técnico e extenuante para o idoso (Coleman, Philip, & Mullee, 1995).

Quaisquer que sejam o sistema de diagnóstico privilegiado, as escalas seleccionadas ou os instrumentos utilizados, não podemos descurar que a avaliação é o ponto de partida para todo o programa de intervenção e, como tal, deve ser ponderada e reflectida. Todos os aspectos do funcionamento da pessoa idosa devem ser contemplados, como sendo as habilidades cognitivas, o estado de humor e bem-estar, o comportamento e as actividades de vida diárias, as suas necessidades e o contexto em que se insere, a nível domiciliário, familiar, comunitário e social (Turk-Chares *et al.*, 1996; Voyer & Martin, 2003; Woods, 1999b).

#### 4. Intervenção na depressão geriátrica

A par com o que ocorre noutros contextos de intervenção na doença mental qualquer que seja a faixa etária com que se trabalha ou a patologia abordada, na intervenção direccionada para a depressão geriátrica existem alguns princípios que importa ter em conta, nomeadamente a nível da relação estabelecida entre a pessoa idosa e o técnico de saúde mental (e.g., Iliffe & Drennan, 2004).

Os efeitos secundários habitualmente associados à intervenção medicamentosa são maximizados perante algumas características do funcionamento da pessoa idosa, como as alterações metabólicas (e.g., Dhondt, Derksen, Hooijer, Ten Ham, Van Gent, &

Heeren, 1999; Shah & Hoxey, 2001), pelo que importa garantir a adequação da medicação (Belsky, 1999).

As intervenções psicoterapêuticas direccionadas para a depressão geriátrica consistem já numa ferramenta útil e eficaz (e.g., Draper & Low, 2005), considerando sempre a adequação das estratégias seleccionadas às características da pessoa idosa (e.g., Gatz & Fiske, 2003; Hepple, 2004; Hepple *et al.*, 2002).

#### 4.1. Princípios gerais da intervenção na depressão geriátrica

Baldwin e Wild (2004) postulam quatro princípios gerais para maximizar a eficácia da intervenção na DG, com estratégias subjacentes. O primeiro princípio consiste em reduzir o risco de suicídio ou auto-negligência, através da avaliação e monitorização dos riscos existentes, de acompanhamento imediato em casos urgentes com despesas pagas e de tratamento adequado. O segundo princípio tem como objectivo remitir a sintomatologia depressiva, providenciando à pessoa idosa e familiares educação atempada sobre depressão, sintomas, manifestação e consequências e intervindo em simultâneo na comorbilidade física. Em terceiro lugar, é necessário otimizar o funcionamento, recorrendo à medicação, ao suporte prático e a agências de ajuda, compreendendo e compensando os défices sensoriais. Por fim, Baldwin e Wild (2004) alertam para a indispensabilidade de prevenir recaídas e re-ocorrência, garantindo o tratamento e a medicação até 12 meses após a ocorrência.

A utilidade das estratégias desenvolvidas em contextos geriátricos apenas será alcançada se forem cumpridos determinados critérios, nomeadamente a implementação de equipas de trabalho multidisciplinares, o investimento na prevenção e detecção precoces de patologias e o estabelecimento de uma relação de confiança e respeito entre o técnico e a pessoa idosa (Ilfie & Drennan, 2004; Luchi, Gammack, Narcisse, & Storey, 2003).

#### 4.2. Intervenção medicamentosa e electroconvulsiva para a depressão geriátrica

A eficácia da medicação antidepressiva no tratamento da DG está já comprovada (Mulsant, Houck, Gildengers, Andreescu, Dew, Pollock, Miller, Stack, Mazumdar, & Reynolds, 2006; Taylor & Doraiswamy, 2004). No entanto, é essencial adaptar a

medicação à pessoa idosa e à sua condição física, pois existe sempre o risco de influenciar patologias preexistentes.

Alguns estudos apontam mesmo a ingestão de medicação antidepressiva por parte de pessoas idosas como um factor etiológico independente para o surgimento de episódio depressivo major com início tardio (e.g., Dhondt, Derksen, Hooijer, Ten Ham, Van Gent, & Heeren, 1999; Shah & Hoxey, 2001).

As reacções secundárias aos medicamentos são acrescidas perante o metabolismo fragilizado das pessoas idosas, principalmente no que concerne à redução das células hepáticas e do fluxo sanguíneo nesta região, tornando a medicação como uma resposta menos eficiente (Blazer, 2002a; Schneider, 1996). Adicionalmente, os efeitos secundários são bastante frequentes nesta faixa etária, e os mais comuns incluem desidratação, perda de peso, obstipação, visão turva e boca seca, arritmias cardíacas (Baldwin & Wild, 2004), quedas e sobredose (Frazer *et al.*, 2005).

Os sintomas residuais, isto é, aqueles que continuam a registar-se mesmo após intervenção medicamentosa, ocorrem em cerca de 40% dos casos (Scogin *et al.*, 2001), consituindo-se como factor de risco agravado para o surgimento de perturbação crónica (Baldwin & Wild, 2004).

Analisando as dificuldades associadas à toma de medicação por pessoas idosas, Belsky (1999) considera que a complexidade da posologia, o desconhecimento sobre os efeitos secundários, as limitações físicas e sensoriais e a comunicação enviesada com diferentes profissionais de saúde são obstáculos reais que podem conduzir ao abandono precoce do tratamento ou a sobremedicação.

Neste sentido, o estabelecimento de uma relação de confiança entre o clínico e o idoso é uma condição essencial para garantir a adesão ao tratamento e a eficácia da posologia (Gensichen, Beyer, Muth, Gerlach, Von Korff, & Ormel, 2006; Voyer & Martin, 2003).

A terapia electroconvulsiva consiste na passagem breve pelo cérebro de corrente eléctrica e é particularmente eficaz em casos de depressão severa. Parece também bastante eficaz em quadros de depressão psicótica (Rubin & Burke, cit. in Blazer, 2002a).

Existem poucos estudos que avaliem a eficácia da terapia electroconvulsiva junto de amostras constituídas por pessoas idosas (Wolfe *et al.*, 1996), embora alguns dados traduzam uma taxa de recuperação a rondar os 80% (Frazer *et al.*, 2005). Os efeitos secundários incluem confusão e défices cognitivos e de memória e é

desaconselhada em sujeitos com hipertensão e falhas cardíacas (Baldwin & Wild, 2004).

#### 4.3. Estratégias psicoterapêuticas de intervenção na depressão geriátrica

A investigação controlada sobre a eficácia de diferentes técnicas da psicoterapia na depressão surgiu por volta da década de 80 do século passado. O estabelecimento de protocolos de intervenção, muitas vezes veiculados através de manuais, despoletou alguma celeuma entre investigadores e técnicos de saúde mental.

Num artigo de revisão sobre a utilização de técnicas standardizadas para a DG, Scogin, Welsh, Stump e Coates (2005) apontam como principais vantagens, a possibilidade de comunicação entre profissionais de outras áreas, a troca de informação entre psicoterapeutas e a veiculação fundamentada aos membros das políticas sociais. Como principais desvantagens, os autores salientam a restrição dos tratamentos disponíveis e dos treinos disponibilizados aos psicoterapeutas.

##### 4.3.1. Princípios da psicoterapia direccionada para a depressão geriátrica

Existem diversos estudos que apontam a psicoterapia como uma estratégia bastante útil no trabalho com pessoas idosas com sintomatologia depressiva (Draper & Low, 2005; Frazer *et al.*, 2005; Hepple, Wilkinson, & Pearce, 2002; Katona & Shankar, 2004; Schaie & Willis, 2002; Scogin *et al.*, 2005).

Contudo, é necessário ressaltar algumas indicações para os técnicos quanto à utilização da psicoterapia. Assim, quanto ao conteúdo das intervenções direccionadas para pessoas idosas, o racional subjacente às estratégias seleccionadas deve ser detalhadamente explicado e as estratégias psicoeducativas devem contemplar todos os hábitos do sujeito (Gatz & Fiske, 2003).

A selecção do tratamento psicoterapêutico implica um conhecimento aprofundado, por parte do técnico, das modalidades de psicoterapia disponíveis, da sua eficácia e das características do cliente. Considerando o trabalho psicoterapêutico com pessoas idosas, podem surgir determinados obstáculos habitualmente ausentes noutros contextos, como défices sensoriais ou de memória, pelo que pode ser útil recorrer a estratégias específicas, que permitem colmatar lacunas e necessidades específicas (Hepple, 2004; Hepple *et al.*, 2002).



Tal como nos indicam os autores supracitados, a selecção do tratamento a utilizar pode ser feita em função de características (i) do terapeuta, entre as quais a sua experiência prévia do terapeuta e existência de supervisão; (ii) do idoso, como sendo a sua motivação e valores, a severidade do problema e tempo disponível para a intervenção; e (iii) da modalidade seleccionada, destacando-se a eficácia comprovada e a probabilidade de eficácia dadas as características do idoso.

Analisando as diferentes propostas, verificamos existirem dois aspectos recentes e significativos na intervenção psicoterapêutica com pessoas idosas: existe uma tendência para focalizar-se na pessoa e nas suas idiossincrasias, adaptando a intervenção e assim maximizando a sua eficácia; a pessoa é cada vez mais compreendida sob uma perspectiva sistémica, integrada num contexto de vida, onde o trabalho em equipa é fomentado, o que se torna também altamente positivo para o idoso (Douglas, James, & Ballard, 2004). Porém, alguns autores questionam a necessidade de diferenciar os procedimentos de intervenção em função da faixa etária (Subramanian & Mitchell, 2005).

Com o intuito de estabelecer quais os tratamentos psicoterapêuticos para a DG baseados em evidências, Scogin e colaboradores (2005) realizaram uma análise exaustiva de resultados empíricos, através de revisão de literatura, contacto directo com investigadores e pesquisa on-line. Os critérios para que um tratamento fosse considerado como baseado em evidências para a DG eram (a) existência de dois estudos com um mínimo de 30 participantes cada; (b) a obtenção de resultados no GE superiores ao GC ou grupos de comparação; (c) a obtenção de resultados equivalentes a outro tratamento baseado em evidências; (d) participantes com idade superior a 60 anos; (e) diagnóstico de depressão; e (f) tempo similar de intervenção.

Os autores encontraram eficácia comprovada para seis tratamentos distintos: terapia comportamental; terapia cognitivo-comportamental; biblioterapia cognitiva; terapia de resolução dos problemas; terapia psicodinâmica breve; e terapia de reminiscência. Importa referir que Scogin e colaboradores (2005) excluíram da sua pesquisa os estudos que combinavam tratamentos, como por exemplo a adição de psicoterapia e medicação. Vamos em seguida apresentar de forma resumida algumas destas modalidades de intervenção com idosos deprimidos.

#### 4.3.2. Terapia cognitiva-comportamental para a depressão geriátrica

Embora possam ser utilizadas separadamente, as estratégias do foro cognitivo são habitualmente conjugadas com técnicas comportamentais na intervenção junto de idosos com sintomatologia depressiva (Schaie & Willis, 2002).

Apesar de não existirem dados que comprovem a superioridade da terapia cognitiva-comportamental (TCC) (Laidlaw, 2001), alguns autores apontam-na como a melhor opção para intervir junto de idosos com sintomatologia depressiva, uma vez que não apresenta os efeitos secundários habitualmente associados à medicação (Frazer *et al.*, 2005). É também indicada como um tratamento útil para a manutenção de ganhos obtidos através de outras modalidades de intervenção, como a medicamentosa (Hepple *et al.*, 2002). Ebmeier e colaboradores (2006) asseveram a eficácia da terapia cognitiva-comportamental para intervenção na DG a curto e médio prazo, mas consideram que não são claros os resultados nos seguimentos realizados 12 meses após a finalização da intervenção.

Os objectivos basilares da TCC são a identificação e a refutação de processamento de informação maladaptativo, utilizando também técnicas comportamentais, como relaxamento e treino em assertividade (Brewin, 1996). Pretende-se que o idoso adquira estratégias para alterar os pensamentos enviesados e que desempenhe actividades compensatórias e promotoras de bem-estar (Dick Gallagher-Thompson, & Thompson, 1999), aumentando as oportunidades promotoras de reforço no seu quotidiano (Wolfe *et al.*, 1996).

O envolvimento num processo psicoterapêutico cognitivo-comportamental exige a aquisição de determinadas competências, pelo que são essenciais algumas capacidades de memória e linguagem. No entanto, as estratégias e os exercícios podem ser adaptados de modo a beneficiar pessoas idosas com défice cognitivo ligeiro (Wilkinson, 2002).

Considerando as características do funcionamento das pessoas idosas, pode ser profícuo investir na consciencialização de sentimentos de culpa e impotência, despoletados pelos défices surgidos e pelos acontecimentos de vida e promover a compreensão da interacção entre somatização e sintomatologia física de doenças orgânicas (Hepple, 2004), bem como evitar a ênfase na reestruturação cognitiva, dispensável no trabalho com pessoas idosas (Laidlaw, 2001).

A par destas considerações sobre o conteúdo das sessões, Blazer (2002a) alerta os técnicos de saúde mental para a necessidade de socializar o idoso no contexto da

psicoterapia pois, ao contrário do que habitualmente se verifica com gerações mais novas, aquele pode não estar familiarizado com as características e os objectivos das relações terapêuticas, o que pode condicionar a eficácia da intervenção.

#### 4.3.3. Biblioterapia ou livros de auto-ajuda para a depressão geriátrica

A utilização de livros de auto-ajuda é um formato de tratamento auto-administrado, em que o sujeito aprende a identificar e desafiar os seus pensamentos automáticos negativos, utilizando livros ou outros recursos, nomeadamente electrónicos, sendo auxiliado à distância pelo terapeuta, habitualmente através de contactos telefónicos breves semanais (Scogin *et al.*, 2005).

Para o trabalho directo com pessoas idosas, a biblioterapia aporta como vantagens os baixos custos, prescindir de transportes e permitir a sua execução num ambiente familiar (Blazer, 2002a). Os seus resultados na depressão moderada são bastante significativos, especialmente quando existe acompanhamento terapêutico periódico (Frazer *et al.*, 2005).

#### 4.3.4. Terapia de Resolução de Problemas para a depressão geriátrica

Na terapia de Resolução dos Problemas, os participantes aprendem técnicas para lidar com os problemas de um modo activo e adaptativo, através dos passos definição do problema, formulação de alternativas, análise das possíveis consequências de cada solução e avaliação dos resultados possíveis (Scogin *et al.*, 2005).

Os resultados quanto à sua eficácia enquanto estratégia de intervenção direccionada para a DG são inconclusivos (Frazer *et al.*, 2005).

#### 4.3.5. Terapia Psicodinâmica Breve para a depressão geriátrica

A formulação psicodinâmica da DG atribui o estado depressivo das pessoas idosas a perdas afectivas experimentadas em momentos prévios da vida. A relação de confiança estabelecida com o terapeuta permite ao cliente resolver os problemas actuais (Wolfe *et al.*, 1996). O objectivo da psicoterapia psicodinâmica breve será o estabelecimento de novas relações significativas, sendo o terapeuta o primeiro objecto de amor (Blazer, 2002a).

Para evitar o risco acrescido de sentimento de abandono na finalização do processo, o número de sessões, a sua duração e a data de conclusão do processo são combinados de antemão (Blazer, 2002b). Tal como nos indica o autor supracitado, tendo em conta as limitações físicas e financeiras dos idosos, a psicoterapia dinâmica convencional não é vantajosa para os idosos.

#### 4.3.6. Reminiscência e Revisão de vida para a depressão geriátrica

A Terapia da Reminiscência ou de Revisão de Vida é uma técnica de intervenção com longa tradição no trabalho com pessoas idosas. Considerando que foi a técnica que utilizámos no presente estudo, optámos por realizar uma descrição mais detalhada dos seus fundamentos e características, que apresentamos no Capítulo III.

#### 4.4. Estratégias alternativas ou de mudança de estilo de vida para intervenção na depressão geriátrica

Conquanto não existam dados comprovativos da sua eficácia, as estratégias de alteração do estilo de vida são consideradas como complementos úteis aos programas de tratamento de pessoas idosas, uma vez que podem introduzir variáveis altamente compensatórias e promotoras de bem-estar.

De entre as estratégias alternativas, a prática de exercício físico é a mais aconselhada e também investigada (Bortz & Bortz, 1996). A realização de exercício físico é instigada por muitos técnicos de saúde aos seus pacientes idosos, como meio de promoção do estado de ânimo, acarretando também benefícios a nível fisiológico e social (Baldwin & Wild, 2004). A prática regular de uma actividade física diminui a vulnerabilidade cardiovascular, imunológica e musculo-esquelética, prevenindo factores como a obesidade (Bortz & Bortz, 1996). Porém, tal como noutros âmbitos, a eficácia desta técnica apenas será potenciada caso possua significado para a pessoa idosa (Mather & Cartensen, 2005).

A utilização de outras actividades em contexto psicoterapêutico, como música (Valente, 2005), pintura (Zhan, Clutterbuck, Keshian, & Lombardi, 1998) ou animais de estimação (Colombo, Buono, Smania, Raviola, & De Leo, 2006) é já uma tradição, apresentando resultados positivos quando combinada com outras estratégias intencionais de intervenção (Frazer *et al.*, 2005).

## 5. Limitação das respostas existentes

As lacunas por parte dos técnicos de saúde, no que concerne à identificação dos sinais indiciadores de DG (Lee, Volans & Gregory, 2003; Voyer & Martin, 2003; Wolfe *et al.*, 1996), bem como a relutância por parte das pessoas idosas em assumir a sua condição ou em pedir ajuda dificultam o diagnóstico e consequente intervenção (Baldwin & Wild, 2004). Estima-se que cerca de um terço dos idosos com DG não estejam sinalizados (Bergdahl *et al.*, 2005).

Em simultâneo, não existe um corpo teórico integrado sobre o desenvolvimento na idade adulta e no envelhecimento, predominando as perspectivas biológicas e orgânicas, com referências esporádicas a factores psicológicos e sociais (Hepple, 2004). Estes factores complexificam de modo preponderante o estabelecimento de directrizes específicas de diagnóstico da depressão e outras patologias em idades avançadas.

Ainda que a eficácia dos tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos para a DG esteja comprovada, a verdade é que não são acessíveis a todas as pessoas idosas, por insuficiência de detecção por parte dos clínicos e relutância em aceitar o seu estado, a par com falta de conhecimento dos serviços existentes, por parte dos idosos (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003). As dificuldades de diagnóstico e as limitações óbvias nas possibilidades das respostas de intervenção, conduzem a um quadro global de necessidade de melhores e mais adequadas técnicas de trabalho com idosos (Bergdahl *et al.*, 2005).

A utilização de serviços de saúde mental pelas pessoas idosas é condicionada pela sua existência, acessibilidade e aceitação, ou seja, há poucos serviços, espaçados e os idosos estigmatizam o seu papel (Murphy, 2000). Estas dificuldades são maximizadas em determinados contextos, como é o caso das pessoas idosas residentes nas áreas rurais: têm mais problemas, como isolamento, depressão e doenças crónicas e menos recursos, registando-se suporte social fraco, menos recursos económicos, dietas desapropriadas e menos competências de resolução de problemas (Jones & Beck-Little, 2002).

Com o intuito de conhecer a utilização dos serviços de psicoterapia por sujeitos com mais de 50 anos, Murphy (2000) realizou um estudo junto de 100 departamentos de psicoterapia no Reino Unido. Os resultados indicam que 87% das unidades de intervenção em saúde mental considerou que as necessidades deste grupo etário não estão a ser satisfeitas, quando comparado com as necessidades de faixas etárias mais

jovens. Adicionalmente, todos os profissionais e técnicos de saúde afirmaram necessitar de mais informação sobre existência e aplicabilidade de estratégias com pacientes idosos, considerando que não existem recursos institucionais para colmatar os défices sentidos.

Os resultados obtidos junto dos técnicos de psicologia nos EUA são similares aos referidos, onde cerca de 70% providencia serviços continuados a pessoas idosas mas apenas cerca de 30% teve uma formação específica para este domínio (APA, 2004). A par com as dificuldades de formação estão os estereótipos manifestados pelos técnicos que trabalham directamente com pessoas idosas, que muitas vezes associam ao envelhecimento deterioração cognitiva e funcional irreversível, colocando poucas expectativas no seu trabalho (Lee *et al.*, 2003).

De um modo geral, a DG apresenta maior resistência ao tratamento do que a depressão noutras faixas etárias (Katona & Shankar, 1999). Entre a população mais idosa, a depressão ainda é encarada como uma lacuna ou um défice pessoal, sendo que os idosos se auto-culpabilizam por determinados estados de humor (Mills, 2001).

Para Bohlmeijer e colaboradores (2003), a promoção da procura de ajuda por parte de pessoas idosas deve ser estabelecida em diferentes campos de trabalho, desde um nível preventivo, como a consciencialização pública sobre a problemática e a implementação de programas educacionais para idosos, até um nível remediativo, através da análise sistemática dos níveis de depressão, para detecção de quadros depressivos.

Por fim, é necessário ter em conta a existência de problemas noutros âmbitos de funcionamento, o que dificulta a realização de um diagnóstico e a selecção de um tratamento eficaz (Luchi *et al.*, 2003). Perante a presença de diversas problemáticas ou âmbitos de funcionamento anómalo, o técnico deve ser capaz de especificar as prioridades em cada caso.

A opção por uma modalidade de intervenção em detrimento de outra apenas pode ser tomada tendo em conta o máximo de informação possível, através da listagem de todos os problemas actuais, eventuais precipitantes, acontecimentos de vida significativos, antecedentes médicos e mentais e recursos pessoais, familiares e comunitários (Belsky, 1996).

## 6. Conclusões

Após consideração dos dados apresentados, podemos concluir que a DG se caracteriza por um padrão diferenciado de sintomas, quando comparada com a depressão em faixas etárias mais jovens (Fernandez-Ballasteros *et al.*, 1992; Baldwin & Wild, 2004; Frazer *et al.*, 2005). Conquanto não exista consenso sobre o aumento ou diminuição das taxas de prevalência, havendo mesmo autores que apresentam a idade como sendo um factor de protecção para o surgimento do diagnóstico de episódio depressivo (Yang & Rhem, 1995), por alteração dos objectivos de vida (Levine & Bluck, 1997; Beachard-Fields, Stein, & Watson, 2004), estudos longitudinais demonstram que uma vez despoletados os sintomas, o prognóstico será consideravelmente pior (Laidlaw, 2001; Subramanian & Mitchell, 2005).

O impacto da DG repercute-se a nível do funcionamento global da pessoa idosa, condicionando as suas actividades de vida diárias (Bisschop *et al.*, 2004; Jones & Beck-little, 2002), a satisfação e qualidade de vida (Aberg *et al.*, 2005), o funcionamento cognitivo (Gallassi *et al.*, 2006; Roberts *et al.*, 2006) e saúde (Williams *et al.*, 2006b). Existem também repercussões no contexto social e económico (Katona & Shankar, 1999; Smalbrugge *et al.*, 2006).

As limitações existentes no âmbito da DG, desde a avaliação (Bohlmeijer *et al.*, 2003; Ebmeier *et al.*, 2006; Gatz & Fiske, 2000), até à capacidade de resposta por parte dos técnicos e serviços de saúde mental (Belsky, 1996; Hepple, 2004; Murphy, 2000), aliam-se à relutância das pessoas idosas em assumir as suas dificuldades (Jones, 2003) e à diminuição da capacidade de resposta, orgânica e funcional (Baltes & Baltes, 1990), resultando num montante significativo de subdiagnósticos.





CAPÍTULO III  
REMINISCÊNCIA



Ao falarmos de reminiscência é necessário diferenciar dois processos distintos, apesar de referenciados como similares, pois fazem uso do mesmo conceito para se definir. Deste modo, podemos discriminar reminiscência enquanto acto de pensar sobre si e o seu passado, inerente e transversal ao ser humano, e reminiscência enquanto estratégia estruturada e intencional de intervenção, junto de contextos diferenciados, quer para optimização de competências específicas (e.g., integração numa instituição), quer para reabilitação de funcionamento deficitário (e.g., intervenção na depressão).

Vamos em seguida abordar ambas as definições subjacentes ao conceito de reminiscência. Descrevemos inicialmente a reminiscência enquanto processo de pensar sobre o passado, abordando depois a reminiscência enquanto estratégia terapêutica que utiliza as referidas memórias dos sujeitos como metodologia de intervenção. Dentro deste âmbito, apresentamos alguns estudos que recorrem à reminiscência como técnica de intervenção. Abordamos também algumas das limitações apontadas na literatura, bem como estratégias para superá-las.

Considerando que a reminiscência é um processo transversal ao ciclo de vida, vamos focalizar-nos predominantemente nas suas manifestações e funcionalidades em faixas etárias superiores, uma vez que é esse o propósito da presente investigação.

## 1. Reminiscência enquanto processo normativo

A reminiscência é um processo comum a todos os seres humanos – a partilha de histórias pessoais ou a evocação interna de acontecimentos ocorridos no nosso passado são factores transversais aos diversos contextos sociais e culturais, ao longo de diferentes épocas históricas (e.g., Merriam, 1995).

As características subjacentes a este processo de pensar sobre o nosso passado são moldadas por factores sociais, familiares, culturais e até mesmo históricos (e.g., Webster, 1998, 2001), através da interacção continuada do sujeito com o seu mundo (e.g., Mullen & Yi, 1995), num processo que evolui e se altera consoante ocorre a maturação (e.g., Sutton, 2002).

### 1.1. Definição

A reminiscência, enquanto processo normativo inerente a todos os seres humanos, consiste na evocação de uma experiência ou facto, à qual o sujeito associa de modo habitual dor ou prazer (Haight, Bachman, Hendrix, Wagner, Meeks, & Johnson, 2003). Ainda que não seja exclusiva de uma etapa específica de vida, torna-se progressivamente mais presente consoante o sujeito envelhece (Cappeliez, O'Rourke, & Chaudhury, 2005).

Definimos reminiscência como um processo natural e espontâneo, inerente ao ser humano, de evocação das experiências significativas ocorridas no passado (Gibson, 2004; Jonsdottir, Jonsdottir, Steingrimsdottir, & Tryggvadottir, 2001), habitualmente com conotação positiva ou negativa (Aberg *et al.*, 2005). Recordar situações que vivemos, de modo individual ou interaccional, permite a análise do passado, a compreensão das mudanças, a adaptação a transições, a aquisição de conhecimentos, a comunicação com os outros e a promoção da nossa auto-imagem (Puyenbroeck & Maes, 2005; Watt & Cappeliez, 2000).

A reminiscência pode manifestar-se de modo intrapessoal, através de cognições exploradas pelo sujeito, ou de modo interpessoal, partilhando tópicos do passado com outros, em conversações de díades ou grupos mais latos (Elford, Wilson, McKee, Chung, Bolton, & Goudie, 2005).

### 1.2. Desenvolvimento e integração social e cultural

O enquadramento da reminiscência numa perspectiva desenvolvimental potencia a sua compreensão: a partilha de histórias pessoais de vida não surge de repente, num vácuo social e pessoal, mas antes é construído ao longo do ciclo de vida (Webster, 1998). Para o autor referido, a reminiscência está já presente em crianças em idade pré-escolar, condicionada pelo desenvolvimento da linguagem, pelo *self* cognitivo, pelas diferenças individuais na maturação e pelos estilos parentais de conversação – factores também englobados no desenvolvimento e maturação da memória autobiográfica (Nelson & Fivush, 2004).

Welch-Roch (1995) postula que a aptidão para partilhar histórias coerentes ocorridas com o próprio apenas se torna possível quando está reunido um conjunto de factores, inerentes à criança em si, como o surgimento das competências

metacognitivas, a capacidade de construção das narrativas pessoais e o desenvolvimento do auto-conceito e ao contexto em que se insere, com especial destaque para os estilos parentais de discutir o passado. Tal como referido no capítulo I, quando falamos sobre o surgimento e desenvolvimento da memória autobiográfica, as características do contexto familiar e social em que a criança se desenvolve e matura, são essenciais para definir os parâmetros e as características do seu estilo de recuperação do passado.

### 1.3. Contextualismo, factores sociais, culturais e individuais

Verificamos assim que a reminiscência surge como um conceito lato e abrangente, de recuperação e partilha de histórias pessoais, que não está apenas confinado a um contexto patológico ou terapêutico. Na verdade, faz parte do próprio percurso desenvolvimental do ser humano, sendo então um produto combinado do sujeito e do seu meio (Sutton, 2002).

Deste modo, o modelo mais eficaz para a integração da reminiscência é o contextualismo, que apresenta o organismo e o contexto em que este se insere como dinâmicos e interdependentes, com influências recíprocas e trocas constantes (Webster, 1999). Nesta perspectiva a ocorrência de mudança é bidireccional, tal como propõem as teorias do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (Fonseca, 2005).

Podemos então elaborar uma hierarquia de influências para o comportamento de reminiscência, desde o nível macro (e.g., contexto histórico) até ao nível micro (e.g., diferenças de género), que condicionam quer a estrutura quer a funcionalidade das histórias recuperadas (Webster, 2001). Apresentamos em seguida alguns dos condicionantes do desenvolvimento da reminiscência referidos na literatura, nomeadamente o contexto cultural, a etnia, o género e a idade.

O enquadramento social e cultural condiciona as interpretações que realizamos das nossas experiências pessoais (Mullen & Yi, 1995), e em última análise é o contexto que permite atribuir significado e coerência (Lamme & Baars, 1995). Deste modo, tanto a estrutura como as funcionalidades subjacentes à reminiscência são reguladas e moldadas em função das expectativas e limites sociais, bem como da situação histórica, revestindo-se este, que é um processo individual, de significado social e de partilha cultural (Shaver & Tancredy, 2001).

Para ilustrar esta hipótese, Merriam (1995) defende que as minorias étnicas residentes nos Estados Unidos da América partilham a sua história como meio de

diminuir o sofrimento associado ao isolamento social e cultural. Ou seja, para o autor a partilha de histórias comuns a um grupo habitualmente marginalizado tem como objectivo último o estabelecimento de laços entre os seus elementos e a projecção de uma imagem mais coesa e eficaz, assumindo uma função política.

As diferenças entre homens e mulheres na evocação de memórias do passado pessoal parecem associadas aos papéis de género, implementados desde a infância, através da conversação entre progenitores e crianças (Alea *et al.*, 2004a; Pillemer, Wink, DiDonato, & Sanborn, 2003; Nakash & Brody, 2006). As mulheres apresentam um padrão quantitativo e qualitativamente distinto dos homens, não só passando mais tempo a pensar sobre o passado como também com intenções distintas. Ou seja, enquanto que os homens pensam sobre o seu passado como meio de escapar ao presente, as mulheres fazem-no para ganhar *insight* sobre problemas actuais (Bryant, Smart, & King, 2005).

Quanto à sua flutuação ao longo do ciclo de vida, a reminiscência não é um processo exclusivo de etapas mais avançadas de vida, podendo registar-se a partir da adolescência (Waite & Tatchell, 2005; Webster, 1997a, 1997b; 1999). Ao invés, o que se vai alterando são as funções associadas ao pensar sobre o passado, desde objectivos interpessoais e de socialização em camadas mais jovens, até propósitos intrapessoais e de resolução de conflitos em momentos posteriores da vida (Lamme & Baars, 1995; Webster, 1998).

A diferenciação das funções da reminiscência consoante o sujeito envelhece pode explicar-se à luz da teoria do envelhecimento bem-sucedido (Baltes & Baltes, 1990), através da acumulação progressiva entre ganhos e perdas ao longo do ciclo de vida, que altera constantemente as necessidades e prioridades sentidas pelo sujeito.

Consideramos ainda essencial a contribuição da contextualização histórica e social de cada percurso de vida, que condiciona as experiências e manifestações colectivas (Bryant *et al.*, 2005; Webster, 2001), para explicar a reminiscência.

Por último, é importante ressaltar que são as experiências individuais do sujeito, consideradas em conjunto, que constroem o simbolismo social, ou seja, “*memories shared with others and legitimated by consensus provide the basis for the emergence of the institutionalized conception of social reality*” (David, 1995, pp. 54).

#### 1.4. Reminiscência e memória autobiográfica: sobreposição e diferenciação de conceitos

Considerando o que anteriormente foi referido sobre a memória autobiográfica e as suas características, torna-se agora necessário diferenciar ambos os conceitos. Bluck e Habermas (2000) definem MA como detalhes e imagens específicas para acontecimentos, memórias completas para acontecimentos particulares, períodos e temas de vida, a história completa de vida.

Por sua vez, a reminiscência consiste no acesso a MA significativas para o sujeito, frequentemente partilhadas, repetidas e interpretadas, servindo essencialmente necessidades psicossociais (Wong, 1995 cit. in Bluck & Habermas, 2000). Deste modo, podemos definir a MA como um sistema de codificação, armazenamento e guia de recuperação de informação episódica, sendo a reminiscência um dos modos que possuímos para aceder a essa mesma informação (Bluck & Levine, 1998).

Parece possível concluir que a MA e a reminiscência se assemelham, no sentido em que ambas consistem na evocação de acontecimentos pessoais passados. Contudo, os conceitos apresentam também disparidades, diferenciando-se (i) nas origens, pois a MA deriva da investigação no campo cognitivo e a reminiscência surge da prática clínica, e (ii) nos objectivos, uma vez que a MA pretende compreender os processos de organização, armazenamento e recuperação de memórias, enquanto que a reminiscência é utilizada primordialmente em metodologias de trabalho com idosos (Webster, 1997a).

## 2. Funções da reminiscência

Considerando a predominância do exercício da reminiscência no quotidiano humano, torna-se imperioso colocar a questão: qual a sua funcionalidade, isto é, quais os objectivos subjacentes a este processo de evocação do passado e de recordação das nossas experiências pessoais?

Para responder à esta questão de atribuir ao processo de reminiscência um cariz mais mensurável, Webster (1995; 1997b) desenvolveu a *Reminiscence Functions Scale* (RFS), junto de sujeitos entre os 19 e os 91 anos ( $M=45.5$  anos). Composta por 43 itens, a escala satura em oito factores, que Webster (1997b, 1999) defende serem as funções da reminiscência: (i) redução de aborrecimento; (ii) preparação para a morte; (iii)

resolução de problemas; (iv) intimidade; (v) conversação; (vi) manutenção da intimidade; (vii) revivalismo amargurado<sup>6</sup>; e (viii) ensinar – informar. O autor considera assim que estas são as funções primordiais da reminiscência, relacionadas com parâmetros desenvolvimentais, de personalidade e até mesmo de género (Webster, 2001).

Numa outra perspectiva e baseando-se em diferentes modelos taxonómicos anteriores, Cappeliez, O'Rourke e Chaudhury (2005) desenvolveram recentemente um modelo conceptual das funções da reminiscência, explorando as distintas vertentes da reminiscência e a sua ligação com dimensões específicas do funcionamento humano. Os autores postulam a existência de três categorias basilares para a reminiscência: (i) *self*; (ii) orientação; e (iii) social. Em torno destes três eixos de funcionalidade, os autores integraram oito tipos distintos de reminiscência, com impacto negativo ou positivo no bem-estar e na saúde mental do sujeito. Apresentamos em seguida as funções associadas à reminiscência, tal como propostas por Cappeliez e colaboradores (2005).

## 2.1. Reminiscência e funções do *self*

A reminiscência serve as funções do *self* de modo predominantemente intrapessoal, embora para alguns autores seja também possível a sua manifestação em contextos interpessoais (e.g., Webster, 1997a). Os resultados positivos das funções do *self* são a *reminiscência integrativa*, que permite a manutenção de uma auto-imagem positiva, coerência e significado, potenciando a adaptação a contextos de transição de vida e a *reminiscência de preparação para a morte*, em que o sujeito revê o seu percurso, de modo a realizar um balanço integrativo da sua vida.

A manifestação negativa das funções interpessoais pressupõe o seguimento de memórias dolorosas ou a incapacidade de integrar acontecimentos actuais do percurso de vida, resultando numa fragmentação do *self*. Na *reminiscência obsessiva* o sujeito não é capaz de interromper a evocação consecutiva de aspectos negativos do passado e na *reminiscência de escape* o sujeito idealiza o seu passado face a um presente desanimador (Cappeliez *et al.*, 2005).

---

<sup>6</sup> Na ausência de um conceito que traduza a expressão *bitterness revival*, optámos por utilizar a expressão revivalismo amargurado.



## 2.2. Reminiscência e funções de orientação

As funções de orientação são definidas por Cappeliez e colaboradores (2005) como a utilização de estratégias prévias para resolução de problemas pessoais ou situações de crise, a *reminiscência instrumental*. Podem também servir objectivos interpessoais, como a transmissão de saberes ou valores, habitualmente com intenções de instruir alguém sobre um conjunto de conhecimentos que o sujeito possui, definindo-se então como *reminiscência transmissiva*.

## 2.3. Reminiscência e funções sociais

As funções sociais da reminiscência estão inexoravelmente relacionadas com emoções, podendo em simultâneo potenciar a manutenção de relações interpessoais – *reminiscência narrativa* – ou promover a continuidade de vínculos com uma pessoa significativa já falecida, que os autores designam por *reminiscência de intimidade* (Cappeliez *et al.*, 2005).

Para os autores referidos, a manutenção de uma relação com um ente já falecido não reflecte necessariamente um quadro problemático, apenas se tornando como tal quando as reminiscências em torno da perda se tornam constantes e obsessivas.

## 2.4. Funções da reminiscência e funções da memória autobiográfica

Este assunto teórico é de particular interesse para este trabalho, uma vez que a nossa hipótese de trabalho se insere na análise da conjugação de ambos os conceitos, a reminiscência e a MA. Tal como ocorre com a exploração teórica dos conceitos, a investigação parece demonstrar a sobreposição de funções da MA e da reminiscência.

Com o intuito de perceber quais as áreas sobrepostas entre a reminiscência e a MA, Webster (1997a) utilizou bases de dados obtidas em estudos anteriores para análise correlacional das funções de ambas as tradições, obtendo um modelo composto por duas dimensões ortogonais (*self* vs social e orientado para perda–reactivo e orientado para o crescimento–positivo), produzindo quatro quadrantes: (i) quadrante *self*/reactivo à perda: memórias dolorosas de oportunidades perdidas; memórias despoletadas em ambientes pouco estimulantes; (ii) quadrante *self*/proactivo: estratégias de resolução de problemas; cristalização sentido de *self*; (iii) quadrante social/proactivo: manutenção

relações significativas; transmissão de valores e conhecimento; e (iv) quadrante *self*/reactivo à perda: manutenção de relações já perdidas; preparação para a morte.

Bluck e Alea (2002) realizaram uma investigação aprofundada das funções associadas a ambos os processos, em modelos taxonómicos distintos, concluindo que existem similaridades e diferenças: a função directiva da MA recebe pouco suporte na tradição da reminiscência, e algumas funções da reminiscência, assentes numa perspectiva mais intrapsíquica (escapista, obsessiva, redução do aborrecimento e revivalismo amargurado) não obtêm equivalência na MA.

Consideramos que a colaboração entre ambas as tradições permitirá enriquecer as potencialidades de investigação e aplicação à prática, uma vez que a MA se caracteriza por um vasto campo teórico, enquanto que a reminiscência se caracteriza pela obtenção de resultados empíricos (Bluck & Alea, 2002; Bluck *et al.*, 2005; Bluck & Levine, 1998; Rybash, 1999).

### 3. A terapia da reminiscência

A terapia da reminiscência consiste na recuperação das memórias que o sujeito possui sobre o seu passado – as suas memórias autobiográficas – com o objectivo de promover a adaptação ao momento de vida actual. Sediada em fundamentos psicodinâmicos, as suas formulações iniciais apelavam para a resolução de conflitos no passado, com o intuito de diminuir eventual mal-estar no presente (Butler, 2002).

Actualmente, a terapia da reminiscência é utilizada em diferentes contextos de trabalho, em moldes preventivos (e.g., Bryant *et al.*, 2005; Hanaoka & Okamura, 2004) ou interventivos (e.g., Jones, 2003; Scogin *et al.*, 2005).

#### 3.1. Definição da terapia da reminiscência

A evocação guiada de acontecimentos de vida passados, enquanto estratégia terapêutica estruturada para alcançar a integridade do ego, foi sugerida inicialmente por Butler, em 1963, que a definiu como um processo mental, universal e natural, de recuperação de memórias de acontecimentos passados com diversas finalidades, com incidência particular na resolução de conflitos do passado.

Tal como dito pelo autor: “*I conceive of the life review as a naturally occurring, universal mental process characterized by the progressive return to consciousness of past experiences and, particularly, the resurgence of unresolved conflicts; simultaneously, and normally, these revived experiences and conflicts can be surveyed and reintegrated*” (Butler, 1963, pp. 66, cit. in Merriam, 1995, pp. 8).

Butler foi o primeiro investigador a contrariar os efeitos nocivos atribuídos à reminiscência, encarada como sintoma ou até mesmo causa de deterioração mental e, como tal, sistematicamente desencorajada pelos cuidadores formais ou informais de idosos (Lin, Dal, & Hwang, 2003). Segundo Butler (2002), a reminiscência surgiria de modo progressivo consoante o sujeito envelhece, precipitada pela aproximação biológica e psicológica da morte.

Conquanto possa também verificar-se como resposta a acontecimentos ou crises de vida, apenas no final de vida o processo seria pleno, sendo mais provável a sua ocorrência nas pessoas idosas pela proximidade da morte, pelo tempo para auto-reflexão e pelo abandono da carreira, habitualmente como mecanismo de defesa (Merriam, 1995).

Ou seja, não sendo uma estratégia exclusiva da intervenção com pessoas idosas, a eficácia da reminiscência é potenciada junto desta faixa etária, uma vez que consiste na análise do percurso de vida (Haight *et al.*, 2003), realizando um balanço de vida e, eventualmente, resolvendo conflitos localizados no passado (Bohlmeijer, Valenkamp, Westerhof, Smit, & Cuijpers, 2005).

### 3.2. Objectivos da terapia da reminiscência

Para Butler (2002), pioneiro da utilização das memórias do passado como meio de otimizar a adaptação a etapas finais da vida, a avaliação retrospectiva dos acontecimentos de vida permitia realizar um balanço das experiências significativas, resolvendo potenciais conflitos. Porém, Butler não fazia a apologia acrítica da sua estratégia, considerando que esta podia ter resultados positivos, como alcançar serenidade e sabedoria, expiar culpas e resolver problemas, mas também negativos, como depressão, ansiedade, ruminação, rigidez e em último caso suicídio, caso não fosse bem integrada ou apoiada por um técnico (Merriam, 1995).

A reminiscência, utilizada como técnica de evocação guiada, pode perseguir diferentes propósitos, consoante as características da população a que se destina. Assim,

na intervenção com idosos, a reminiscência pode ser utilizada com moldes preventivos, antecipando resultados negativos ou em formato remediativo, após instalação do problema.

Numa perspectiva de intervenção primária, a terapia da reminiscência (TR) pode ser utilizada para fomentar a adaptação a transições de vida (Hanaoka & Okamura, 2004), promover a auto-estima e a auto-percepção de saúde (e.g., Wang, Hsu, & Cheng, 2005), aumentar o bem-estar e a satisfação de vida (e.g., Arkoff, Meredith, & Dubanoski, 2004; Cappeliez *et al.*, 2005; Jonsdottir *et al.*, 2001), fomentar os sentimentos de mestria (e.g., Bohlmeijer *et al.*, 2005; Watt & Cappeliez, 2000), amplificar a flexibilidade no funcionamento quotidiano (Latorre *et al.*, 2003) e prevenir o surgimento de sintomatologia depressiva (Lin, Dal, & Hwang, 2003; Jones & Beck-Little, 2002).

Após a detecção de padrões patológicos de funcionamento, a TR pode ser utilizada para estimular o funcionamento cognitivo de idosos com demência (Bohlmeijer, Smit, & Cuijpers, 2003), diminuir a incidência de sintomatologia pós-traumática (Maercker, 2002), atenuar o isolamento social (e.g., Lin *et al.*, 2003), auxiliar o processo de luto (e.g., Puyenbroeck & Maes, 2005) e diminuir a sintomatologia depressiva (e.g., Bohlmeijer *et al.*, 2005; Jones & Beck-Little, 2002; Kim, Yun, & Sok, 2006; Nomura & Hasimoto, 2006; Serrano, Latorre, Gatz, & Montanes, 2005; Wang *et al.*, 2005).

Concluimos assim que os resultados da terapia da reminiscência parecem beneficiar os idosos de modo directo e indirecto, pois permitem trabalhar os níveis de auto-estima e depressão das pessoas idosas, ao mesmo tempo que possibilitam o estabelecimento de novos padrões de relacionamento com os seus prestadores de cuidados, formais ou informais (Haight *et al.*, 2003; Head, Portnoy, & Woods, 1990).

### 3.3. Estratégias da terapia da reminiscência

Uma das características da TR é a utilização de temas diferenciados em cada sessão ou conjunto de sessões. Os tópicos são habitualmente seleccionados pelo líder do grupo, tais como acontecimentos de vida ou objectos significativos (Burnside, 1995).

A adição de estratégias para promoção da expressão criativa na TR, como poemas ou desenhos, parece promover a sua eficácia (e.g., Randall, 2001, cit. in Bohlmeijer *et al.*, 2005; Elford *et al.*, 2005). Ao combinar a reminiscência com a

expressão através de metodologias plásticas, disponibiliza-se à pessoa idosa um meio de auto-expressão alternativo, ao mesmo tempo que se assume o simbolismo que acompanha os acontecimentos de vida de cada um de nós.

Quanto ao formato a reminiscência deve ser diferenciada da revisão de vida. A reminiscência é um processo natural de evocação do passado, que permite fazer um balanço de vida e, hipoteticamente, resolver conflitos, enquanto que a revisão de vida é um método mais estruturado da reminiscência, que envolve localização, reavaliação e eventual resolução de problemas e conflitos acontecidos no passado, um enquadramento cronológico da história de vida (Bluck & Levine, 1998; Bohlmeijer *et al.*, 2003; Haight *et al.*, 2003; Lin *et al.*, 2003; Maercker, 2002).

#### 4. Âmbitos de intervenção

Os âmbitos de intervenção da TR são variados. Grande parte dos trabalhos publicados neste domínio focaliza-se sobre a sua utilização em quadros de funcionamento deficitário, nomeadamente para intervenção na sintomatologia depressiva (e.g., Wang, 2004, 2005) ou demencial (e.g., Scott & Clare, 2003). Porém, a TR pode também ser utilizada com moldes preventivos, como por exemplo para promover a interação em contextos institucionais (e.g., Hanaoka & Okamura, 2004) ou a adaptação a transições de vida consideradas significativas (Arkoff, Meredith, & Dubanoski, 2004). Vamos em seguida considerar os principais âmbitos de utilização da TR enquanto estratégia de intervenção.

##### 4.1. Intervenção através da terapia da reminiscência em quadros patológicos

###### 4.1.1. A terapia da reminiscência aplicada à depressão

Apresentamos em seguida estudos que documentam dados sobre a eficácia da TR, enquanto estratégia de intervenção na DG, começando por apresentar as revisões de literatura e em seguida os estudos de intervenção directa com pessoas idosas.

Scogin e colaboradores (2005) realizaram uma revisão de literatura com o intuito de conhecer quais os tratamentos baseados em evidências para a intervenção na depressão geriátrica. Concluíram que a TR é eficaz enquanto estratégia de intervenção

na depressão em sujeitos com mais de 60 anos. Bohlmeijer e colaboradores (2003) utilizaram as expressões “depressão”, “reminiscência” e “revisão de vida” como palavras-chave, concluindo que a TR parece ser mais eficaz quando utilizada junto de idosos a viver em comunidade e com sintomatologia mais severa.

Numa revisão sistemática sobre a eficácia das diversas estratégias de intervenção na depressão geriátrica, Frazer e colaboradores (2005) consideram que existem suportes bem fundamentados para a eficácia da reminiscência na redução da sintomatologia depressiva. Numa escala de I a V, sendo V ausência total de fundamentos, os autores atribuem à terapia da reminiscência grau I de evidências. Tendo compartimentado as intervenções possíveis na depressão geriátrica em três áreas (medicamentosa, psicológica e complementares ou alternativas), os autores atribuíram o mesmo grau de evidência (I) à terapia cognitiva-comportamental, à intervenção medicamentosa com antidepressivos e à terapia electroconvulsiva.

O programa *Searching for the meaning in life*, composto por 12 sessões de 150m e implementado em grupos de 7 a 12 elementos, foi implementado junto de pessoas idosas a viver em comunidade (N=79) e que apresentavam sintomatologia depressiva ligeira (Bohlmeijer *et al.*, 2005). Os resultados indicam que houve mudanças significativas na sintomatologia depressiva e no sentimento de mestria nos participantes com sintomatologia severa, ainda que não alcancem os níveis considerados normais em população não-clínica.

Chao, Jin, Clark, Chu, Liu, Wu e Huang (2006) implementaram uma intervenção em grupo junto de idosos institucionalizados, ao longo de nove semanas, para verificar quais os efeitos da TR na sintomatologia depressiva, satisfação de vida e auto-estima. Os resultados indicam que houve ganhos significativos a nível da auto-estima e da satisfação de vida no grupo experimental (GE) (N=12), não se verificando contudo alterações nas medidas de sintomatologia depressiva em comparação com o grupo de controlo (GC) (N=12).

Jones (2003) desenvolveu um estudo junto de mulheres com idade superior a 60 anos e sintomatologia depressiva, institucionalizadas há mais de 3 meses, com o objectivo de comparar a eficácia da terapia da reminiscência espontânea com a terapia de reminiscência estruturada. Os resultados indicam que ambos os grupos apresentam redução da sintomatologia depressiva, mas que os resultados são mais significativos no GE.

A institucionalização a longo prazo pode representar um factor de risco para a subestimulação cognitiva e consequente subaproveitamento das competências disponíveis. Wang (2004) realizou um estudo de comparação de resultados da TR entre sujeitos institucionalizados (N=24) e a viver em comunidade (N=24), submetidos ao mesmo programa de intervenção (16 sessões 45/60m, individuais, sem estrutura prévia). Os resultados indicam que o grupo institucionalizado beneficiou bastante mais da intervenção, quando comparado com o grupo residente na comunidade, principalmente nas medidas de estado de humor. Wang (2004) sugere que estes resultados sejam interpretados em função da falta de comunicação verificada nos lares, o que deteriora o estado de humor dos residentes.

Para ultrapassar as limitações inerentes às medidas de auto-avaliação (Thompson & Foth, 2005), Wang (2005) desenvolveu uma metodologia de intervenção em grupo durante quatro meses, com desenho longitudinal quasi-experimental, utilizando medidas de avaliação preenchidas pelos sujeitos e pelos prestadores de cuidados. A amostra era constituída por 48 pessoas idosas (GC=23; GE=25), sendo os resultados significativos, a nível de sintomatologia depressiva (percepção subjectiva) e estado de humor (observação externa).

Posteriormente, Wang, Hsu e Cheng (2005) ampliaram o estudo anterior, utilizando uma amostra composta por 94 idosos; os resultados foram similares quanto à diminuição da sintomatologia depressiva, registando-se também ganhos significativos nos níveis de auto-confiança e sentimentos de adequação. Assim, os autores concluem que a TR pode também ser útil em momentos de transição, promovendo a adaptação a novos contextos de vida.

#### 4.1.2. A terapia da reminiscência aplicada a quadros demenciais

Considerando que a reminiscência consiste essencialmente na evocação de acontecimentos localizados no passado, surge um conjunto de questões sobre a sua frequência, padrão e características em quadros de deterioração do funcionamento cognitivo, nomeadamente a demência.

Num artigo de revisão sobre intervenções não farmacológicas na demência, Douglas, James e Ballard (2004) postulam que os principais benefícios da TR em população com sintomatologia do tipo demencial são a promoção do bem-estar, da

interacção social e da motivação, considerando, no entanto, que os estudos existentes sobre a eficácia da estratégia são insuficientes, qualitativa e quantitativamente.

Para conhecer a ocorrência, os conteúdos, as emoções associadas e o tipo de reminiscências surgidas em sujeitos com deterioração cognitiva, Puyenbroeck e Maes (2005) desenvolveram um estudo qualitativo (N=10), através de uma entrevista semi-estruturada, que estimulava memórias sobre acontecimentos gerais (e.g., *Costumava ir a festas?*) ou específicos (e.g., *Alguma vez perdeu alguém que estimava?*). A análise de conteúdo demonstrou que os conceitos gerais de reminiscência também estão presentes nas pessoas com défices cognitivos e os autores concluem que a reminiscência pode ser uma ferramenta útil em quadros demenciais, para lidar com casos de luto e para promover a interacção entre a pessoa idosa e o seu cuidador.

A implementação de técnicas de intervenção em contexto de grupo é uma estratégia com longa tradição em psicoterapia (Rogers, 1985), existindo actualmente protocolos oriundos de diversas correntes, para utilização em quadros diferenciados de funcionamento patológico. Perante a existência de sintomatologia do tipo demencial, nomeadamente a deterioração cognitiva, a eficácia da intervenção em grupo pode ser condicionada, dadas as exigências de processamento de informação e de estabelecimento de relações patentes num grupo. Para responder a esta questão, Scott e Clare (2003) realizaram uma revisão de literatura sobre estratégias e metodologias de intervenção em grupo com pessoas idosas demenciadas, encontrando que a TR providencia um espaço para a interacção, promovendo a comunicação, o comportamento adaptativo e a satisfação subjectiva.

O surgimento e desenvolvimento de sintomatologia demencial atingem não só o sujeito como também toda a sua rede de suporte, formal ou informal. O impacto do diagnóstico de demência na díade sujeito demenciado – cuidador, bem como o consequente *burnout* resultante, é um facto bem documentado na literatura actual (Ribeiro, 2005). Com o intuito de conhecer as potencialidades da revisão de vida enquanto estratégia de intervenção na díade receptor–prestador de cuidados, após diagnóstico de demência, Haight e colaboradores (2003) realizaram uma investigação junto de 22 pares, tendo o resultado final sido um documento denominado livro de vida, onde ficavam registadas as imagens e memórias mais significativas. Para os autores, a realização da revisão de vida permitiu ao sujeito despedir-se de uma parte de si, que será extinta pela deterioração cognitiva, ao mesmo tempo que promove a comunicação entre os elementos da díade.



Baillon, Van Diepen, Prettyman, Redman, Rooke e Campbell (2004) realizaram um estudo para comparar a eficácia da estimulação sensorial (*Snoezelen*) e da terapia da reminiscência para diminuir o comportamento agitado de pessoas idosas com diagnóstico de demência. Os autores concluíram que ambas as estratégias obtiveram resultados positivos, diminuindo o comportamento agitado em idosos com diagnóstico de demência. Como limitações, os autores apontam o número de elementos da amostra, insuficiente para retirar conclusões, e a ausência de um grupo de controlo (Baillon *et al.*, 2004).

Considerando que a partir de determinada etapa da vida existe um declínio irreversível de determinadas competências cognitivas, condicionado pelas características do percurso de vida do sujeito (Baltes, Staundinger, & Lindenberger, 1999), a estimulação proporcionada pelo contexto de envelhecimento é bastante significativa. Com o intuito de comparar qual a eficácia da TR em contextos institucionais diferenciados, Head, Portnoy e Woods (1990) implementaram uma intervenção de seis sessões em grupo, num centro de dia (N=6) e num hospital psiquiátrico com institucionalizações a longo prazo (N=6), ambos direccionados para pessoas idosas com défices cognitivos moderados a severos. Os autores concluem que os resultados foram tão mais significativos quanto a necessidade de estimulação que os idosos possuíam, ou seja, como no centro de dia eram já habituais as actividades de reminiscência através de objectos do quotidiano, este grupo beneficiou menos da intervenção (Head *et al.*, 1990).

#### 4.1.3. A terapia da reminiscência aplicada a outras patologias

Jonsdottir, Jonsdottir, Steingrimsdottir e Tryggvadottir (2001) desenvolveram um programa de intervenção em grupo direccionado a sujeitos em fase terminal de doença pulmonar, com o objectivo de diminuir a depressão e aumentar a auto-estima e o bem-estar. A intervenção era composta por 13 sessões, com um tema específico por sessão (e.g., escola, primeiro namoro, carreira), numa lógica de ciclo de vida. Os resultados traduziram ausência de alteração significativa nas medidas de depressão e auto-estima e um aumento significativo do bem-estar (Jonsdottir *et al.*, 2001). Verificaram-se também alterações significativas a nível da interacção social.

Com o intuito de conhecer a utilização da TR enquanto terapia complementar de intervenção perante patologias do foro do cancro, Kozachik, Wyatt, Given e Given (2006) realizaram um estudo, tendo como amostra os doentes que recebiam tratamento e

os seus familiares. Os autores concluíram que entre os doentes são as mulheres quem adere com maior frequência a intervenções no âmbito da TR, não se registando diferenças de género nos cuidadores.

#### 4.2. Intervenção através da terapia da reminiscência em contextos normativos

Conquanto uma parte considerável da literatura publicada verse sobre a utilização da TR em quadros patológicos, existem também autores que avaliaram a eficácia da estratégia em contextos de funcionamento normativo.

Num estudo realizado com estudantes universitários, Bryant, Smart e King (2005) colocaram como hipótese que pensar sobre acontecimentos passados utilizando estratégias cognitivas, permitia aumentar a adaptação ao novo contexto de vida. Os resultados obtidos pelos autores indicam que o grupo que recebeu instruções do tipo cognitivo registou memórias mais vívidas, com mais detalhes e maiores níveis de felicidade associados, o que pode ser um bom indicador para a prática clínica.

Hanaoka e Okamura (2004) implementaram uma intervenção em grupos de 4 a 10 idosos institucionalizados, com o objectivo de avaliar a eficácia da reminiscência na promoção da satisfação de vida e bem-estar a médio prazo, tal como medidos por instrumentos estandardizados (escalas de depressão, auto-estima, satisfação de vida e personalidade). Os resultados indicam alterações estatisticamente significativas no GE (N=42), traduzindo melhorias mais significativas três meses após terminar a intervenção; no GC (N=40) a sintomatologia depressiva diminuiu imediatamente após a intervenção, devido ao efeito do grupo, mas os resultados não se mantiveram.

As perdas sucessivas e a proximidade da morte, bem como a diminuição da valorização social, condicionam a interpretação que os idosos fazem da sua situação. Westerhof, Bohlmeijer e Valenkamp (2004) desenharam um programa de intervenção baseado na reminiscência, com o objectivo de promover o significado pessoal das pessoas idosas, a nível cognitivo (crenças e avaliações sobre si) e motivacional (estabelecimento de objectivos e busca de propósitos). Os resultados indicam que no final os participantes manifestavam maior apreço pelas interacções sociais e menos atitudes negativas em relação ao *self*.

Com o intuito de trabalhar as questões identitárias com que se deparam as mulheres consoante envelhecem, Arkoff, Meredith & Dubanoski (2004) implementaram um programa para promover a adaptação às transições de vida, denominado *The*

*Illuminated Life*. Composto por 14 sessões implementadas em grupo, este programa abordava em cada sessão uma questão considerada significativa, em torno de temáticas como ganhos e perdas, relações significativas e objectivos ainda por alcançar. Os resultados traduziram um aumento significativo da auto-aceitação e dos sentimentos de mestria e autonomia, bem como uma melhoria nos relacionamentos interpessoais e nos objectivos de vida.

## 5. Limitações da terapia da reminiscência

Ainda que exista um corpo considerável de evidências, que aponta a TR como uma técnica bastante útil na intervenção directa com idosos, nem todos os estudos realizados neste âmbito obtêm resultados positivos (Fry, 1995; Haight, 1995; Head *et al.*, 1990; Merriam, 1995; Scott & Clare, 2003; Wang, 2004).

A ausência de modelos de intervenção estruturados consensuais é apontada como o principal obstáculo à eficácia da TR, pois a heterogeneidade existente, quer na forma quer no conteúdo das estratégias de reminiscência prejudicam a sua eficácia e conduzem aos resultados inconsistentes (Bluck & Levine, 1998; Haight, 1995; Hsieh & Wang, 2003; Lin *et al.*, 2003).

A par com a falta de uma estrutura consistente de intervenção, deparamo-nos com as limitações impostas pela indefinição conceptual da reminiscência, uma vez que existem diversos conceitos que são utilizados como sinónimos, não se criando delimitações específicas (Bluck & Levine, 1998; Haight, 1995). Os resultados incongruentes em torno da eficácia da reminiscência podem também ser explicados pela desvalorização das variáveis sociais envolvidas no processo, com destaque para as variáveis de conteúdo e contexto (David, 1995), pois muitas vezes as intervenções são implementadas sem considerar as especificidades dos participantes.

Seria assim necessário estabelecer critérios específicos para as intervenções implementadas, clarificando quais os objectivos, as estratégias de intervenção e a metodologia de avaliação, factores bastante desvalorizados e que contribuem para a diminuição da eficácia da reminiscência e para a obtenção de resultados pouco satisfatórios (Bluck & Levine, 1998).

Adicionalmente, ultrapassar as restrições referidas implica a definição e diferenciação de conceitos a investigar, abandonando a utilização de sinónimos

(Merriam, 1995). Por último, a optimização da TR na intervenção com pessoas idosas deve contemplar (i) as características específicas da amostra (e.g., género, raça e grau de sintomatologia depressiva); (ii) o impacto da intervenção nos sujeitos e nos cuidadores; (iii) o estabelecimento de protocolos estruturados; e (iv) a obtenção de resultados qualitativos (Hsieh & Wang, 2003).

## 6. Modelos de terapia de reminiscência na intervenção com pessoas idosas

Tal como referido anteriormente, parte significativa dos resultados incongruentes associados à utilização da TR pode ser explicada pela ausência de um modelo estrutural, que permita adoptar parâmetros similares de intervenção. Porém, conquanto não exista um modelo consensualmente aceite para aplicação da TR, existem já várias propostas (e.g., Cappeliez & O'Rourke, 2002; Cappeliez *et al.*, 2005; Jones, 2003; Jones & Beck-Little, 2002).

Consideramos o modelo de Lin e colaboradores (2003) como sendo o mais completo e eficaz, pois ao intencionalizar e estruturar o trabalho dos técnicos junto das pessoas idosas, permitirá não só maximizar a eficácia permitida pela reminiscência junto das problemáticas a que se dirigem, garantindo a persecução dos objectivos, como também obter dados mais fiáveis sobre a reminiscência enquanto metodologia experimental. Descrevemos em seguida o modelo, tal como proposto pelos autores (Lin *et al.*, 2003).

O ponto de partida consiste na listagem dos antecedentes do idoso, considerando dados como as características do seu processo de envelhecimento, as deslocações a que foi submetido ao longo da sua vida, as principais transições ocorridas. A seguinte fase, a avaliação, recorre a instrumentos psicométricos estandardizados, bem como a entrevistas e observação, para obtenção de dados quantitativos e qualitativos que permitam adaptar a intervenção às características do participante. No terceiro passo, o investigador utiliza os dados obtidos para listar os objectivos terapêuticos, definindo as principais necessidades e os resultados esperados. Na quarta etapa é definida a modalidade de reminiscência (individual ou em grupo, com temas predefinidos ou espontâneos). No quinto e último momento, transversal a todo o processo, procede-se à avaliação de resultados, não só a curto prazo (e.g., diminuição da depressão), como também a longo prazo (e.g., aumento da satisfação e qualidade de vida), considerando

quais os elementos da intervenção menos eficazes e o modo como a participação do idoso poderia ter sido mais válida. Sendo que este não é o único modelo possível é, na nossa opinião, uma possibilidade bastante completa, pois a adoção de estratégias intencionais é imprescindível para garantir a eficácia possibilitada pela reminiscência.

## 7. Conclusões

Parece assim possível concluir que a terapia de reminiscência é uma ferramenta útil para trabalhar com pessoas idosas, institucionalizadas ou a viver em comunidade, uma vez que promove competências para lidar com o quotidiano. De igual modo, parece proporcionar fundamentos para intervenções comunitárias, favorecendo o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos.

Os resultados positivos da TR podem ser explicados pela ausência de aprendizagem de estratégias, isto é, os participantes fazem o que sempre fizeram, falar sobre passado, com a mesma linguagem que utilizavam anteriormente e sobre um tópico que conhecem bem: a sua vida (Bohlmeijer *et al.*, 2005; Hanaoka & Okamura, 2004; Watt & Cappeliez, 2000).

Porém, conquanto existam diversos estudos que indiquem a eficácia das intervenções em grupo utilizando a TR, parece ser necessário acompanhamento mais personalizado dos sujeitos, com mais tempo para discutir determinadas questões, nomeadamente o significado pessoal de determinadas memórias ou o impacto de vida das situações discutidas.

A adição de estratégias oriundas de outros âmbitos de intervenção, como por exemplo as técnicas utilizadas na TCC seria também benéfica para completar a intervenção (Hanaoka & Okamura, 2004), no sentido de otimizar os resultados, uma vez que por vezes a revisão de vida é acompanhada de por sentimentos de culpa, ansiedade e desespero (Latorre *et al.*, 2003).

Verificamos que os autores são unânimes ao considerar que a eficácia da utilização de estratégias de reminiscência depende de modo considerável da adaptação dos materiais utilizados aos contextos de trabalho (Head *et al.*, 1990), do estabelecimento de objectivos específicos e realistas, a curto e a médio prazo (Lin *et al.*, 2003), da contemplação das especificidades de cada participante (Bohlmeijer *et al.*, 2005) e da definição criteriosa das estratégias de implementação e avaliação de

resultados (Hanaoka & Okamura, 2004). Tal como ocorre noutros âmbitos da intervenção psicoterapêutica, cabe ao técnico a intencionalização destes parâmetros.



SEGUNDA PARTE  
ESTUDO EMPÍRICO





CAPÍTULO IV  
METODOLOGIA





Tal como referenciado anteriormente, a perturbação depressiva é o diagnóstico de doença mental mais frequente em pessoas idosas (Baldwin & Wild, 2004; Katona & Shankar, 1999; 2004), aumentando a sua frequência quando nos reportamos apenas a sintomas e não exclusivamente a diagnóstico da perturbação (Blazer, 2002a; Jones & Beck-Little, 2002).

A maior prevalência de depressão para pessoas idosas também se verifica em Portugal, onde cerca de metade dos idosos institucionalizados apresentam sintomas passíveis de classificação de depressão geriátrica, *major* ou *minor* (Costa, 2005).

A terapia da reminiscência (TR) tem sido utilizada de modo consistente nas últimas quatro décadas (Haight, 1995; Scogin *et al.*, 2005) para trabalhar com idosos, em contextos institucionais (Bohlmeijer *et al.*, 2005; Jones, 2003) ou comunitários (Wang, 2005; Wang *et al.*, 2005), enquanto estratégia de intervenção na depressão em pessoas idosas.

Não sendo uma estratégia exclusiva da intervenção com pessoas idosas (Waite & Tatchell, 2005; Webster, 1997a, 1999), a terapia da reminiscência é utilizada de modo preponderante junto de esta faixa etária, nomeadamente para diminuir a sintomatologia depressiva (e.g., Bohlmeijer *et al.*, 2005; Jones & Beck-Little, 2002; Serrano *et al.*, 2004, 2005).

Estudos recentes indicam ser possível a utilização da TR junto de idosos com sintomatologia depressiva, trabalhando especificamente as estruturas da memória autobiográfica (MA), a nível da sua especificidade (Serrano *et al.*, 2004; Serrano *et al.*, 2005). A relação entre a especificidade da MA e a iniciação (Brewin, 1998; Brewin *et al.*, 1999; Hermans *et al.*, 2004; Latorre *et al.*, 2003; Williams, 1992) e a manutenção (Mathews & MacLeod, 2005; Roberts *et al.*, 2006; Wessel *et al.*, 2001) de sintomatologia depressiva é um fenómeno bem documentado na literatura.

A nossa hipótese de trabalho é que a estimulação de memórias autobiográficas específicas e positivas, através de perguntas direccionadas para todo o ciclo de vida, utilizando assim estratégias características da TR, permitirá diminuir a sintomatologia depressiva em pessoas idosas, utentes de instituições a tempo inteiro, como as residências para idosos, ou a tempo parcial, como os centros de atenção diurna ou centros de dia.

## 1. Estudo exploratório: Estabelecimento de normas de avaliação da valência de palavras

Considerando a nossa pretensão de investigar a memória autobiográfica, optámos pela utilização do *Autobiographical Memory Test* (AMT), uma vez que a sua sensibilidade para a sintomatologia do foro depressivo está já documentada, tal como referido no Capítulo I (e.g., Brittlebank *et al.*, 1993; Hermans *et al.*, 2004; Williams & Broadbent, 1986).

O *Autobiographical Memory Test* foi inicialmente desenvolvido por Williams e Broadbent (1986), junto de sujeitos internados em unidades hospitalares após tentativas de suicídio por ingestão de substâncias tóxicas. Consiste na apresentação de palavras com valência emocional positiva, negativa ou neutra, pelo que se torna fulcral garantir que as palavras seleccionadas possuem para os sujeitos a valência que, *a priori*, lhes é atribuída (ver Procedimentos).

Existem já em Portugal normas de aferição para a valência e familiaridade de substantivos comuns (Marques, 2005), bem como normas para a valência de expressões verbais emocionais (Albuquerque, 2001). Contudo, estas normas são, de um modo geral, obtidas junto de uma população maioritariamente jovem, numa faixa etária bastante distinta daquela que compõe a nossa amostra. Deste modo, consideramos da maior relevância desenvolver um estudo prévio, que garantisse que as palavras utilizadas como estímulos elicitadores das memórias autobiográficas dos nossos participantes fossem, de facto, adequadas à nossa amostra de idosos.

### 1.1. Objectivo

Com este estudo exploratório pretendemos obter normas de valência emocional para substantivos comuns junto de sujeitos com uma idade igual ou superior a 65 anos.

## 1.2. Instrumentos

Elaborámos uma lista composta por 49 palavras, seleccionadas com base nos estudos de construção de normas anteriormente referidos (Albuquerque, 2001; Marques, 2005). O critério de selecção de cada palavra foram os valores anteriormente associados à mesma, isto é, as palavras incluídas na nossa lista foram aquelas cotadas consoante a sua valência, positiva e negativa (Albuquerque, 2001) ou positiva, negativa e neutra (Marques, 2005).

Incluímos também na lista as palavras utilizadas na investigação de Serrano e colaboradores (2005). Dado que o material dos autores supracitados se encontra em castelhano, procedemos à tradução do mesmo. Utilizámos o método de tradução e retroversão para garantir a adequação dos significantes seleccionados, recorrendo ao auxílio de um investigador cuja língua materna era a do estudo original.

Uma vez seleccionadas, as palavras foram alfabeticamente ordenadas e cotadas numa escala tipo *likert* quanto à sua valência (1 – valência negativa; 7 – valência positiva).

As instruções foram adaptadas de Marques (2005) e consistiram em “*As palavras diferem na medida em que nos reportam a acontecimentos de vida positivos, negativos ou neutros. O objectivo principal da tarefa que lhe vamos pedir é o de avaliar uma lista de palavras tendo em conta o seu maior ou menor grau afectivo. Qualquer palavra que o reporte a um acontecimento positivo deverá receber assim uma avaliação de valência positiva, enquanto que qualquer palavra que considere negativo deverá receber uma avaliação de valência negativa. Palavras que considere neutras deverão receber uma avaliação de valor central. As suas avaliações serão realizadas numa escala de sete pontos em que 1 corresponde ao nível de valência negativa e 7 ao nível de valência positiva, os outros pontos representarão níveis intermédios entre estes extremos. Utilize a escala completa de 1 a 7 e não se preocupe em utilizar mais determinado ponto da escala desde que este corresponda ao seu julgamento verdadeiro. Trabalhe depressa mas sem descurar as suas avaliações*” (ver Anexo A).

### 1.3. Amostra

Definimos como critérios de inclusão na amostra para este estudo exploratório (i) a idade dos sujeitos, que deveria ser superior a 65 anos, pois é também este o ponto de corte para inclusão na amostra do estudo principal; e (ii) o nível de literacia, para garantir que a escala era auto-administrada. Considerando os critérios definidos, optámos por contactar com instituições de aprendizagem ao longo do ciclo de vida, pois são frequentadas por idosos alfabetizados.

Foram administradas 61 escalas, das quais 7 foram invalidadas por omissões ou lacunas no seu preenchimento. Validamos os protocolos de 54 participantes (37 mulheres e 17 homens,  $\bar{x}=73.3$  anos).

### 1.4. Procedimentos

Os questionários foram administrados em pequenos grupos de idosos. Após veiculação de instruções para o preenchimento, era sempre garantida a presença de um investigador na sala, para clarificar eventuais dúvidas que pudessem surgir.

### 1.5. Resultados

Partindo da pontuação estatística de tendência central e de dispersão, obtivemos as normas de valência para substantivos comuns. Na Tabela 1 estão listados os resultados globais obtidos para cada palavra (média, desvio-padrão, mediana, valor mínimo e máximo), ordenados de modo ascendente pela sua pontuação média. O objectivo deste estudo exploratório era o de obter normas de valência para substantivos comuns.

Tal como referido, as palavras utilizadas foram seleccionadas a partir de estudos prévios sobre a valência das palavras portuguesas (Albuquerque, 2001; Marques, 2005). Assim, uma vez obtidos os resultados para cada palavra, a selecção foi feita a partir da média, escolhendo as quinze palavras com a média mais elevada (cinco palavras), mais



baixa (cinco palavras) e central (cinco palavras), correspondendo respectivamente a palavras com valência positiva, negativa e neutra.

Tabela 1 – Normas de valência das 49 palavras: média, desvio-padrão, moda, valores mínimos e máximos; a negrito destacam-se as palavras seleccionadas para o estudo.

Palavra	Média	DP	Mediana	Mínimo	Máximo
<b>Ódio</b>	<b>1,60</b>	1.12	1	1	5
Rancor	1,69	1.21	1	1	6
<b>Solidão</b>	<b>1,69</b>	1.18	1	1	7
<b>Desespero</b>	<b>1,73</b>	1.25	1	1	6
Desprezo	1,77	1.17	1	1	4
<b>Sufrimento</b>	<b>1,77</b>	1.15	1	1	7
<b>Tristeza</b>	<b>1,89</b>	1.08	2	1	5
Depressão	1,95	1.14	1	1	6
Amargura	1,96	1.14	2	1	6
Frustração	2,12	1.08	2	1	5
Dor	2,31	1.71	1	1	7
Macaco	3,21	1.19	4	1	6
Urso	3,52	1.36	4	1	7
<b>Trabalho</b>	<b>3,81</b>	1.91	4	1	7
Galinha	3,82	1.55	4	1	7
Tartaruga	3,83	1.46	4	1	7
<b>Tomate</b>	<b>3,83</b>	1.04	4	2	7
<b>Bicicleta</b>	<b>4,19</b>	1.95	4	1	7
Euforia	4,19	1.47	4	1	7
<b>Sapatos</b>	<b>4,19</b>	1.44	4	1	7
<b>Cão</b>	<b>4,21</b>	1.85	4.5	1	7
Cavalo	4,35	1.62	4	1	7
Compaixão	4,39	1.79	4	1	7
Ovelha	4,39	1.31	4	1	7
Gato	4,40	1.43	4	1	7
Avião	4,43	1.77	4	1	7
Saudade	4,81	1.77	5	1	7
Excitação	4,85	1.09	5	1	7
Laranja	4,87	1.43	5	1	7
Paixão	4,90	1.76	5	1	7
Banana	4,98	1.58	5	1	7
Maçã	4,98	1.41	5	1	7
Carro	5,06	1.59	5	1	7
Comboio	5,08	1.34	5	2	7
Morango	5,13	1.50	5	1	7
Cereja	5,25	1.71	6	1	7
Uvas	5,29	1.35	6	1	7
Aldeia	5,40	1.35	6	2	7
Caneta	5,54	1.39	6	1	7
Riso	5,77	1.25	6	3	7
Ternura	6,00	1.14	6.5	1	7
Contentamento	6,02	1.23	6	1	7
<b>Amor</b>	<b>6,06</b>	1.32	7	1	7
<b>Felicidade</b>	<b>6,21</b>	1.32	7	2	7
Família	6,23	1.28	7	2	7
<b>Amizade</b>	<b>6,29</b>	1.06	7	2	7
<b>Carinho</b>	<b>6,35</b>	1.37	7	1	7
<b>Alegria</b>	<b>6,43</b>	0.75	7	4	7
Casa	6,44	0.96	7	3	7

Contudo, verificámos que a inclusão imediata das palavras que correspondiam aos requisitos previamente estabelecidos resultava num conjunto de palavras que não dava resposta aos objectivos iniciais, de obter palavras-pista significativas para eliciação de MA.

Algumas palavras foram desde logo excluídas, por considerarmos que não contemplavam os objectivos do estudo principal, como a palavra “euforia” ( $\bar{x}=4.19$ ), cotada como neutra neste estudo, mas que considerarmos ser habitualmente avaliada com valência positiva. Outras palavras foram excluídas após a administração inicial do *Autobiographical Memory Test* a um conjunto de três idosos, nos quais não foi possível obter qualquer memória autobiográfica para as palavras “desprezo” ( $\bar{x}=1.77$ ) e “rancor” (1.69).

Optámos ainda por excluir as palavras “tartaruga” ( $\bar{x}=3.83$ ) e “galinha” ( $\bar{x}=3.82$ ), incluídas no conjunto de estímulos neutros, por considerarmos que a inclusão de três palavras da mesma categoria semântica, neste caso animal, resultava num padrão de resposta que não o pretendido.

Por fim, excluímos as palavras “casa” ( $\bar{x}=6.44$ ) e “família” ( $\bar{x}=6.23$ ), pois apesar de terem sido cotadas com uma valência elevada, possuem um significado emocional ambivalente, que pudemos constatar nas respostas dadas pelos sujeitos no estudo exploratório.

Assim, seleccionámos para a elaboração do AMT as seguintes palavras-pista positivas: “alegria” ( $\bar{x}=6.44$ ), “carinho” ( $\bar{x}=6.35$ ), “amizade” ( $\bar{x}=6.29$ ), “felicidade” ( $\bar{x}=6.21$ ) e “amor” ( $\bar{x}=6.06$ ). As palavras-pista neutras validadas foram: “cão” ( $\bar{x}=4.21$ ), “bicicleta” ( $\bar{x}=4.19$ ), “sapatos” ( $\bar{x}=4.19$ ), “tomate” ( $\bar{x}=3.83$ ) e “trabalho” ( $\bar{x}=3.82$ ). Quanto às palavras-pista negativas, obtivemos os valores mais significativos nas seguintes: “tristeza” ( $\bar{x}=1.9$ ), “sofrimento” ( $\bar{x}=1.77$ ), “desespero” ( $\bar{x}=1.73$ ), “solidão” ( $\bar{x}=1.69$ ) e “ódio” ( $\bar{x}=1.6$ ).

A apresentação das palavras-pista seguiu as indicações dadas por Serrano e colaboradores (2005). Descrevemos os parâmetros seguidos na secção 3.4, dos procedimentos.

## 2. Estudo principal: Objectivo e hipótese de trabalho

Propusemo-nos a avaliar a eficácia de uma intervenção individual breve, ao longo de 4 sessões, junto de idosos com sintomatologia depressiva, baseado na promoção da MA através da TR, adaptando um protocolo desenvolvido por Serrano e colaboradores (2005).

Baseados na revisão de literatura internacional previamente trabalhada, o desenvolvimento e implementação de uma intervenção nestes moldes tenderia a que: os idosos inseridos no grupo submetido à intervenção de estimulação de MA (GE) apresentariam menos sintomas do foro depressivo, mais satisfação de vida e maior número de MA específicas, em comparação com os idosos inseridos no grupo que não foi submetido a essa intervenção (GC).

## 3. Instrumentos

Considerando as variáveis contempladas pela nossa hipótese, seleccionamos como instrumentos de recolha de dados: (i) *Mini-Mental State Examination*, para estabelecimento do funcionamento cognitivo; (ii) *Geriatric Depression Scale*, para definição da sintomatologia depressiva; (iii) *Life Satisfaction Index*, para obtenção dos níveis de satisfação de vida; e (iv) *Autobiographical Memory Test*, para registo das memórias autobiográficas. Descrevemos em seguida os instrumentos utilizados, bem como o protocolo de intervenção.

### 3.1. Deterioração cognitiva

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) foi desenvolvido por Folstein (1975) e consiste num questionário de avaliação do funcionamento cognitivo, que cota a orientação no tempo e no espaço, a memória a curto prazo e as competências verbais e de escrita (McDowell & Newell, 1996). Tal como nos indicam os autores supracitados, a principal vantagem deste questionário é a sua administração ser breve e simplificada.

Apesar de ser bastante eficaz na detecção de declínio cognitivo, o MMSE não deve ser utilizado como um instrumento de diagnóstico de quadros patológicos, como a

demência, uma vez que os resultados podem ser influenciados por outros factores, como por exemplo níveis reduzidos de instrução (Tombaugh *et al.*, 1992, cit. in McDowell & Newell, 1996).

O instrumento é composto por 30 questões, às quais é atribuído um ponto por cada resposta certa, num total máximo de 30 pontos. O MMSE foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (1993), sendo definidos pontos de corte diferenciados consoante o grau de escolarização dos sujeitos. Assim, os autores consideram existir défice cognitivo quando a pontuação é menor ou igual a 15 pontos para iletrados, 22 pontos para sujeitos com 11 anos ou menos de escolaridade e 27 pontos para pessoas com mais de 11 anos de escolaridade.

Utilizamos neste estudo a tradução realizada por Guerreiro e colaboradores (1993), bem como os pontos de corte por eles definidos.

### 3.2. Sintomatologia depressiva

A *Geriatric Depression Scale* (GDS) é uma escala de avaliação da depressão geriátrica, desenvolvida para colmatar as discrepâncias verificadas entre os sintomas examinados nos instrumentos destinados a faixas etárias mais jovens e aqueles verificados nos quadros de depressão em idosos.

Brink e Yesavage (1982) desenvolveram a GDS para ultrapassar as limitações normalmente associadas com os questionários destinados a jovens ou adultos, através da selecção de itens relacionados com sintomatologia somática (cit. in McDowell & Newell, 1996).

Composta inicialmente por 30 itens, os autores propuseram posteriormente uma versão breve da escala, com 15 itens, para diminuir as probabilidades de fadiga e perda ou quebra da atenção por parte dos idosos (McDowell & Newell, 1996).

A escala pode ser auto-administrada ou aplicada por um técnico, em função das características do idoso e do contexto de interacção (McDowell & Newell, 1996). As instruções indicam ao idoso que deve pensar na última semana para responder às questões colocadas, que abordam temas como a satisfação, motivação e memória.

Esta escala é considerada a mais completa de entre os instrumentos utilizados para avaliar a depressão geriátrica (Baldwin & Wild, 2004), e estudos epidemiológicos realizados anteriormente comprovam a sua validade, tornando redundante a utilização de instrumentos psicométricos adicionais (Coleman *et al.*, 1995).

Em Portugal a GDS foi traduzida pelo Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003). Os pontos de corte propostos por estes autores seguem as indicações dos autores da escala, cotando-se os resultados como normal (0 a 4 pontos), depressão ligeira (5 a 9 pontos) e depressão grave (10 a 15 pontos).

### 3.3. Satisfação de vida

A escala *Life Satisfaction Index* (LSI) foi inicialmente desenvolvida por Neugarten e Havighurst (1961), para avaliar a satisfação de vida e o bem-estar psicológico de pessoas com mais de 60 anos, através de concordância ou discordância com as afirmações da escala (McDowell & Newell, 1996).

A verificação de dificuldades constantes na atribuição de uma resposta exacta conduziu à introdução de uma terceira categoria de cotação, atribuindo-se assim 2 pontos a respostas positivas, 0 pontos a respostas negativas e 1 ponto para ausência de resposta (McDowell & Newell, 1996).

Existem diferentes versões da escala. A versão utilizada no presente estudo foi a LSI-A, adaptada à população portuguesa por Martín (2004). É composta por 18 itens, com pontuação máxima de 36 pontos.

### 3.4. Teste de Memória Autobiográfica

Tal como referido no Capítulo I, o *Autobiographical Memory Test* (AMT) foi utilizado pela primeira vez por Williams e Broadbent (1986), para avaliar os enviesamentos na recordação de memórias pessoais em indivíduos hospitalizados após tentativas de suicídio.

Consiste na apresentação, visual ou oral, de palavras-pista, positivas, negativas e neutras, tendo o sujeito 30 segundos para evocar uma memória autobiográfica, geral ou específica. Para efeitos desta investigação, definimos como memória específica um acontecimento que dure um dia ou menos, que tenha ocorrido num local determinado e num momento concreto, ainda que o sujeito não se recorde quando (Williams & Broadbent, 1986; Williams, 2002).

O objectivo basilar deste questionário é avaliar a capacidade do sujeito para recuperar uma memória específica num espaço delimitado de tempo (Serrano *et al.*,

2005). As memórias surgidas são codificadas em termos da sua valência (positiva, negativa ou neutra) e abrangência (geral ou específica).

Referimos na secção 1 deste capítulo quais os procedimentos adoptados para a obtenção de palavras-pista específicas para a população a que se destinava o nosso estudo, utilizando um total de 15 palavras (5 positivas, 5 negativas e 5 neutras) (ver Anexo B). O critério de selecção das palavras utilizadas foi o de sensibilidade ao item.

A par com a selecção criteriosa das palavras utilizadas como estímulo, consideramos que as instruções dadas aos participantes são também essenciais. A relevância das instruções pode ser explicada pelo condicionamento da compreensão dos objectivos do estudo e consequentes resultados obtidos (Chan *et al.*, 2006), qualquer que seja a amostra com que se trabalhe.

As instruções revestem-se de particular importância em função de especificidades do nosso grupo de trabalho, uma vez que os idosos são mais propensos aos efeitos de enquadramento da pergunta (Kim, Goldstein, Hascher, & Zacks, 2005). Deste modo serão, tendencialmente, uma população mais susceptível a viés nas suas respostas (Huh, Kramer, Gazzaley & Delis, 2006).

Assim, estabelecemos como instruções estandardizadas para o *Autobiographical Memory Test*: “*Vou dizer uma palavra em voz alta. Deve dizer-me a primeira recordação que lhe venha à cabeça, ao ouvir a palavra que vou dizer. Mas tem que ser como uma imagem que está gravada na sua cabeça, isto é, uma recordação de um dia, de um momento determinado, num determinado lugar. Deve dar-me a maior quantidade possível de detalhes desse instante, como se tivesse uma imagem desse momento ou dessa recordação*”.

Para garantir que os sujeitos compreenderam o racional do instrumento, alguns autores sugerem que se introduzam palavras-chave de treino, que não estejam incluídas na lista de itens que compõem o AMT. Estas palavras podem funcionar como treino para o participante, sendo requisitada a formação de memórias, que o investigador vai indicando como correctas ou inadequadas (e.g., Dalglish *et al.*, 2001; Gibbs & Rude, 2004; Renneberg *et al.*, 2005; Watkins *et al.*, 2004). Podem também ser apresentadas pelo investigador como exemplo directo, seguidas de uma MA específica ou geral (Latorre *et al.*, 2003; Serrano *et al.*, 2004; Serrano *et al.*, 2005). Outros autores optam ainda por combinar a apresentação de exemplos com uma sessão de treino, para garantir que os sujeitos perceberam os objectivos do exercício (e.g., Mackinger *et al.*, 2000).

### 3.5. Protocolo de intervenção

O protocolo de intervenção foi adaptado do trabalho de Serrano e colaboradores (2005), com autorização dos autores. No seu artigo, os autores referem que desenvolveram o protocolo com base em trabalhos anteriores no âmbito da TR com idosos (Haight, 1988), sendo que consideram o formato por si proposto como o mais eficaz.

Serrano e colaboradores (2005) indicam que o seu protocolo se caracteriza pela diminuição do número de questões abordadas em cada sessão, o que para os autores é uma vantagem uma vez que permite prevenir o cansaço por parte dos idosos.

O protocolo é composto por 4 sessões consecutivas individuais de terapia de reminiscência através de revisão de vida. As três sessões iniciais abordam uma época específica de vida (Infância, Adolescência e Idade Adulta), e a última sessão focaliza-se numa avaliação mais lata do percurso de vida do sujeito. Não existe um tempo estandardizado para a intervenção, mas cada sessão dura em média uma hora.

Em cada sessão são colocadas ao sujeito 14 questões, desenhadas para elicitare memórias específicas de acontecimentos de vida, sempre com tonalidade positiva. Alguns exemplos representativos das questões colocadas na primeira sessão, direccionada para memórias da Infância, são: *“Qual o instante ou situação mais agradável que recorda da sua vida enquanto criança? Pode voltar atrás no tempo tanto quanto deseje”* (Q1.1), e *“Recorda algum acontecimento de máxima felicidade, ocorrido num dia específico da sua infância, que tivesse lugar em sua casa na companhia dos seus pais?”* (Q1.3).

A segunda sessão aborda o período da Adolescência, através de questões como: *“Recorda algum dia de aniversário da sua adolescência? Fale-me sobre os momentos que recorde, sobre os pais, irmãos, amigos ou professores que estiveram perto de si, recorda algum momento especial que seja inesquecível?”* (Q2.3), e *“Qual foi a situação de que mais gostou, em que fez algo fora do normal, enquanto era adolescente?”* (Q2.9).

Na terceira sessão abrange-se o período denominado de Idade Adulta, sendo algumas questões representativas: *“Fale-me do seu trabalho. Gostava do seu trabalho? Fale-me sobre o dia em que se sentisse mais orgulhoso no seu trabalho de adulto”* (Q3.6), e *“Recorda um dia, sendo adulto, em que sentiu muito feliz por ter oferecido algo a alguém? Como decorreu esse momento? O que sentiu?”* (Q3.14).

Com a última sessão pretende-se realizar uma análise global das experiências de vida, colocando questões mais abertas, como: “*Caso voltasse a viver toda a sua vida de novo, que momento de grande felicidade gostaria de voltar a viver? Descreva-mo*” (Q4.2), e “*Como crê que foram os últimos 10 anos? Crê que poderia ter sido melhor ou pior? Que momento dos últimos 10 anos destacaria como sendo o mais feliz?*” (Q4.11).

As respostas dadas pelos sujeitos são depois codificadas, em termos da sua abrangência (geral ou específica) e valência (positiva, negativa ou neutra), sendo também considerada a ausência de resposta. Os autores sugerem que se considerem também os tempos de latência associados a cada pergunta. Os procedimentos para tradução do protocolo seguiram as indicações presentes na literatura (Acquadro, Kopp, Coyne, Corcos, Tubaro, & Choo, 2006; Mathias, Fifer, & Patrick, 1994), através de um sistema de tradução e retroversão (ver Anexo C).

#### 4. Amostra

A obtenção da amostra para o presente estudo foi conseguida através de um conjunto de acções continuadas. Consideramos ser relevante a sua apresentação neste espaço, reservando para o ponto seguinte, de Procedimentos, todos parâmetros directamente relacionados com a metodologia de investigação.

Deste modo, apresentamos em seguida o processo seguido para estabelecimento de contacto, desde o nível institucional até ao nível individual.

##### 4.1. Procedimentos de contacto

Foi definido que a amostra seria recolhida junto de utentes de instituições de internamento, a tempo inteiro ou parcial, na cidade de Braga. Entende-se por instituição de internamento todas aquelas que os utentes habitam, de modo permanente, como os convencionais lares de idosos, ou temporário, como o internamento hospitalar (Rodriguez, 1999).

Por instituições de internamento a tempo parcial designam-se os contextos em que os idosos passam algum tempo significativo do seu dia ou noite, regressando às suas casas após um determinado período de tempo. As instituições de internamento a



tempo parcial mais comuns são os Centros de Dia (Samuelsson, Malmberg, & Hansson, 1998).

Contactámos através de carta diversas instituições da área de Braga, tendo obtido resposta positiva de três delas. Foi então calendarizada uma reunião com um membro da direcção, em que se apresentou o protocolo de intervenção e estabeleceu as características da colaboração, nomeadamente a nível de horários em que seria permitida a presença do investigador na instituição e qual o tempo previsto para a implementação da investigação, bem como os resultados esperados.

#### 4.2. Estabelecimento de contacto com os participantes

A integração do experimentador nas instituições foi um processo gradual e cumulativo. O contacto inicial com os participantes foi feito através de técnicos, conhecedores das normas associadas à instituição e das características dos seus utentes. A apresentação do investigador foi colectiva. Posteriormente, foi estabelecido contacto individual com os participantes, apresentando de modo sucinto o objectivo da investigação. Considerando que nem todas as pessoas avaliadas seriam incluídas na amostra, as instruções iniciais foram genéricas, sendo o consentimento informado obtido oralmente.

Após recolha dos dados das medidas de inclusão e selecção dos participantes, contactámos de modo individual com cada um deles, veiculando o racional subjacente à investigação e garantindo a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Obtivemos o consentimento informado escrito sempre que possível.

As dificuldades de obtenção do consentimento informado junto de determinadas populações é uma temática significativa na investigação em geral (Krosin, Cheng, Ranney, Klitzman, & Levin, 2006), pelo que dedicamos particular atenção a este ponto. Em caso de iliteracia, garantimos a compreensão e aceitação oral por parte das participantes.

Uma preocupação transversal a todo o projecto de investigação foi garantir a compreensão dos procedimentos e dos objectivos por parte dos participantes. Considerando as características da nossa amostra, condicionada por défices sensoriais e literacia baixa, tentámos que as instruções dadas aos participantes fossem bastante claras e explícitas, utilizando uma linguagem acessível e directa, tal como recomendado em estudos realizados com população idosa (Chan *et al.*, 2006).

### 4.3. Adaptação ao contexto de investigação

Importa referir neste momento as dificuldades associadas à implementação do nosso estudo. Os contextos institucionais de internamento permanente ou temporário de pessoas idosas são regidos por um conjunto simultaneamente explícito e tácito de regras, em que aos horários impostos pelas actividades formais se juntam as normas de socialização e interacção dos utentes.

A alteração dos objectivos intermédios e a substituição das tarefas programadas foram constantes ao longo do processo de recolha de dados, factores que tentámos controlar ao máximo para minimizar o seu impacto no rigor da intervenção.

Outra questão essencial neste estudo foi o local de realização da intervenção: o contexto de trabalho com a pessoa idosa era muitas vezes o seu quarto, o que se constituía como uma vantagem, uma vez que era para ela um espaço familiar e onde se sentia segura.

Por fim, não podemos deixar de sublinhar a diferença existente entre os estudos aplicados em contexto laboratorial controlado e a prática clínica em contexto real, pois aqui as pessoas apresentam co-morbilidade, problemas físicos e sociais, que seriam critério de exclusão em muitas das investigações que atestam eficácia (Laidlaw, 2001). Uma parte considerável da nossa amostra referiu ao longo de toda a intervenção problemas de índole económica, que condicionavam de modo preponderante o acesso aos sistemas de saúde e habitacional e interferiam inevitavelmente com o seu estado de ânimo.

## 5. Procedimentos

Descrevemos em seguida os procedimentos seguidos para a obtenção dos dados relativos à nossa hipótese. Consideramos quais os critérios para inclusão na amostra caracterizamos a amostra final, composta por 22 participantes.

### 5.1. Critérios de inclusão e exclusão na amostra

Os critérios de inclusão dos idosos na amostra foram definidos como (i) idade superior a 65 anos, (ii) presença de sintomatologia depressiva, (iii) ausência de

deterioração cognitiva, (iii) inexistência de medicação antidepressiva ou manutenção desta por um período superior a três meses.

Assim, foram definidos como instrumentos de avaliação inicial (i) o Mini Mental State Examination (MMSE, Guerreiro *et al.*, 1993), para despiste de défice cognitivo; e (ii) o Geriatric Depression Scale (GDS, Barreto *et al.*, 2003), para obtenção de dados relativos à sintomatologia depressiva.

A administração dos questionários para aquisição dos critérios de inclusão e exclusão na amostra foi acompanhada por uma entrevista semi-estruturada, com o objectivo principal de conhecer a medicação tomada.

Os efeitos da medicação antidepressiva são notórios 3 a 4 semanas depois do início da toma, sendo que após 6 a 8 semanas de tratamento medicamentoso as alterações do estado de ânimo potenciadas pelos psicofármacos podem ser avaliadas pelo médico (Blazer, 2002a), pelo que optamos por incluir na amostra todos os idosos que mantivessem a posologia medicamentosa há 12 semanas ou mais.

## 5.2. Avaliação inicial

Foram inicialmente avaliados 61 idosos, dos quais 32 foram excluídos por presença de défice cognitivo (N=11), ausência de sintomatologia depressiva (N=20), alteração da medicação psicotrópica nos últimos três meses (N=15) e falta de interesse em participar na investigação (N=3).

Importa dizer que alguns dos idosos combinavam mais do que um critério de exclusão. Não conseguimos encontrar características diferenciadoras dos idosos que manifestaram objecções à sua participação, a nível da idade, da pontuação obtida na escala de depressão ou no funcionamento cognitivo.

Assim, num universo de 32 idosos elegíveis, obtivemos consentimento para participação de 29, numa taxa de adesão superior a 90%.

## 5.3. Caracterização da amostra

A amostra final era constituída por 29 idosas, maioritariamente autónomas. Não nos foi possível incluir homens na nossa amostra, o que consideramos ser possível explicar por diversas razões: (i) pelo rácio diferenciado da população idosa, uma vez que em função da esperança média de vida a percentagem de idosas é superior aos

idosos (INE, 2002); (ii) pela organização do espaço das instituições em que trabalhámos, onde os homens passavam o seu tempo em actividades continuadas, como jogar às cartas, o que dificultava a interacção, enquanto que as mulheres estavam sentadas a ver televisão, o que facilitava o contacto; (iii) pela tendência manifestamente superior das mulheres em colaborar com actividades conversacionais (e.g., Jonsdottir *et al.*, 2001; Kozachik *et al.*, 2006); e (iv) pela similaridade de género do investigador.

Deste modo, a nossa amostra foi constituída apenas por mulheres ( $\bar{x}$ =80.7 anos DP=4.51, com um intervalo de idades entre 71 e 88 anos), com baixas habilitações literárias (cerca de 59% da nossa amostra não sabia ler nem escrever), sendo predominante o estado civil de viúva (55%). De um modo bastante compensatório, uma parte significativa das participantes mantinha autonomia nas suas actividades de vida diárias (69%), sendo que apenas uma idosa era totalmente dependente, em tarefas básicas como a higiene e a alimentação. As características sociodemográficas detalhadas estão apresentadas na tabela 2.

Tabela 2 – Características sociodemográficas da amostra quanto à idade, estado civil e habilitações literárias.

Variável			Média	DP
Idade			80.7	4.5
	N	Frequência %		
Estado civil				
Casada	3	10.34		
Viúva	16	55.17		
Solteira	5	17.24		
Divorciada	5	17.24		
Habilitações literárias				
Iliteracia	17	58.62		
Estudos primários	12	41.38		

Quanto aos resultados das medidas de inclusão na amostra, verificámos a existência de relativa homogeneidade no MMSE, com uma pontuação média de 25 pontos em 30. Na medida de sintomatologia depressiva, a GDS, os resultados foram significativamente diferenciados, desde depressão ligeira (5) até casos de depressão severa (13). Na Tabela 3, apresentamos os resultados das medidas de inclusão na amostra, ordenada por ordem crescente com base na pontuação obtida na escala de sintomatologia depressiva (GDS). Codificamos as habilitações literárias em 1 (iliteracia) e 2 (escolaridade básica).

Tabela 3 – Medidas de inclusão na amostra, ordenada por ordem crescente pela pontuação obtida na escala de sintomatologia depressiva (GDS).

N	Idade	Habilitações	MMSE	GDS
1	86	1	24	5
2	81	2	26	5
3	86	1	24	5
4	81	2	29	6
5	81	2	28	6
6	82	2	24	7
7	83	1	25	7
8	80	1	23	7
9	83	1	28	7
10	82	1	25	7
11	74	1	17	7
12	81	1	21	7
13	82	1	20	8
14	74	1	26	9
15	74	2	25	9
16	88	1	24	9
17	77	2	28	10
18	77	2	27	10
19	76	1	21	10
20	87	2	24	10
21	83	1	25	10
22	82	1	25	10
23	83	2	25	11
24	71	2	27	11
25	83	1	17	11
26	83	1	17	12
27	88	2	27	13
28	77	2	27	13
29	76	1	27	13

Partindo da pontuação obtida na GDS, procedemos a um planeamento de grupo emparelhados. Assim, distribuimos de forma aleatória cada par de idosas entre o GE, submetido ao protocolo de intervenção breve, e o GC, não submetido ao protocolo. Administramos a ambos os grupos as medidas de pré e pós-teste. A Tabela 4 representa as medidas de comparação entre o GC e o GE.

Tabela 4 – Características de homogeneidade do GC e GE nas medidas de inclusão na amostra

Variável	GC		GE		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Idade	81.25	(4.53)	78.9	(4.13)	1.35	0.19
MMSE	23.75	(3.75)	24.91	(3.30)	-0.78	0.44
GDS	8.50	(2.15)	10.10	(1.78)	-1.87	0.08

Pela análise dos resultados, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre ambos, a nível da idade ( $t(20)=1.35$ ,  $p \geq .05$ ), do funcionamento cognitivo ( $t(20) = -0.784$ ,  $p \geq .05$ ) e da sintomatologia depressiva ( $t(20) = -1.87$ ,  $p \geq .05$ ). Concluimos assim que os grupos em estudo são homogéneos à partida.

#### 5.4. Mortalidade da amostra

Durante o decorrer do nosso estudo, sete participantes foram excluídas, por motivos diferenciados. Assim, três idosas foram excluídas por limitações do procedimento experimental, nomeadamente a inclusão no *Autobiographical Memory Test* de palavras-estímulo que posteriormente foram consideradas como não estando adaptadas aos objectivos do próprio instrumento. Houve uma idosa que iniciou um novo medicamento antidepressivo, o que interferia com os critérios de exclusão na amostra. Duas idosas mudaram de instituição, quer por mudança de residência familiar quer por necessidades de acompanhamento clínico específico. Por fim, uma idosa manifestou falta de interesse em continuar no estudo, explicando-nos que este condicionava as suas rotinas.

Considerando a manutenção de 22 participantes, obtivemos uma taxa de permanência de aproximadamente 76%.

## 6. Resultados

Apresentamos em seguida os resultados obtidos, tecendo algumas considerações sobre a recolha de dados. Consideramos inicialmente a homogeneidade nas medidas de pré-teste para o grupo de controlo e o grupo experimental, realizando em seguida uma comparação entre ambos os grupos. Realizamos algumas considerações sobre os dados individuais das participantes.

### 6.1. Resultados nas medidas de pré-teste

Algumas das características do plano de intervenção foram indubitavelmente regularizadas pela selecção do protocolo implementado, outras optamos por alterar, por decisão própria ou por condicionantes externas. Assim, a estrutura e o conteúdo das

sessões foram adaptadas de Serrano e colaboradores (2005), mas a frequência das sessões e o contexto residencial dos participantes distam do estudo original.

A intervenção decorreu ao longo de quatro semanas, nas instituições onde as participantes se encontravam. Neste sentido, houve uma ligeira alteração aos procedimentos da investigação original, uma vez que optámos por realizar duas sessões por semana, ao contrário de Serrano e colaboradores (2005), que realizavam apenas uma sessão por semana.

A decisão de aumentar a frequência de sessões por semana teve por base dados encontrados em estudos do âmbito da memória (Rapp, Brenes, & Marsh, 2002; Schaie, 1990) e da reminiscência (Cusack, Thompson, & Rogers, 2003; Hanaoka & Okamura, 2004; Hsieh & Wang, 2003), que nos indicam que contacto e estimulações frequentes são mais eficazes na produção de resultados. A decisão de trabalhar com idosos em contexto institucional é explicada pela acessibilidade e disponibilidade da amostra.

Após definição dos elementos do GC e GE, administrámos na primeira semana de trabalho as medidas complementares ao GDS de pré-teste, o LSI e o AMT. Tal como referido anteriormente, a administração do AMT deve ser acompanhada de alguns cuidados, nomeadamente para garantir a compreensão do racional por parte das participantes. Seguindo as indicações encontradas na literatura internacional sobre a MA (e.g., Dalglish *et al.*, 2001; Gibbs & Rude, 2004; Renneberg *et al.*, 2005; Watkins *et al.*, 2004), utilizámos duas palavras para treino, seleccionadas de entre as palavras cotadas com valência positiva no estudo exploratório, especificamente as palavras *casa* e *trabalho*.

Durante este período de treino, era dada à participante uma definição de memória específica, sendo depois apresentada a palavra-pista, juntamente com as instruções para a sua recuperação. Caso o participante não conseguisse fazê-lo após duas estimulações, o investigador dava um exemplo de MA específica associada à palavra, tal como sugerido em estudos prévios sobre o mesmo âmbito (e.g., Serrano *et al.*, 2004, 2005).

Uma vez compreendida a dinâmica do exercício, transitámos para a apresentação das palavras-pista. As palavras positivas e negativas eram encabeçadas sempre pela frase introdutória: “*Tente recordar algum dia, momento ou situação em que sentisse...*”, enquanto que para as palavras neutras utilizámos a frase: “*Tente recordar um dia, momento ou situação específica que apareça na sua memória a partir da*

*palavra...*”. Ambas as instruções foram baseadas nas sugestões de Serrano e colaboradores (2005).

Tal como sugerido por Serrano e colaboradores (2005), as palavras positivas e negativas foram apresentadas alternadamente e as palavras neutras foram apresentadas no final. Para cada palavra eram dadas até duas estimulações<sup>7</sup>. Caso o participante não respondesse em 60 segundos, transitávamos para a palavra seguinte. Apesar dos autores do estudo que replicámos sugerirem a utilização de 30 segundos como tempo limite para a resposta, optámos por utilizar um limite temporal maior, situação também verificada na literatura (Brewin *et al.*, 1999; Dalgleish *et al.*, 2001; Raes *et al.*, 2005; Renneberg *et al.*, 2005; Williams, 2002).

Os tempos de latência foram sucessivamente cronometrados, isto é, desde que as instruções terminavam e a resposta da idosa se iniciava o tempo era registado. Caso a primeira memória surgida fosse específica, apresentávamos a palavra seguinte; quando a memória era geral ou o participante afirmava não ter memórias associadas, utilizávamos até duas estimulações, registando o tempo adicional até surgir a resposta. Após duas estimulações, passávamos para outra palavra-pista.

Importa referir que a utilização de estimulações para a palavra-pista não é referida por Serrano e colaboradores (2005). Contudo, consideramos essencial a sua utilização, uma vez que pretendíamos garantir a compreensão das questões por parte dos participantes. Existem também outros estudos que indicam a importância de estimular as MA específicas (Dalgleish *et al.*, 2001; Hermans *et al.*, 2004).

A cotação do AMT foi feita através da abrangência da memória (geral ou específica) e pela sua valência (positiva, negativa ou neutra), sendo ainda considerada a possibilidade de se cotar como omissão.

A Tabela 5 contém os resultados associados às medidas de pré-teste (GDS, LSI e AMT), em função dos grupos de controlo e experimental.

Podemos observar a homogeneidade do GC e GE no momento do pré-teste, nas três variáveis dependentes do nosso estudo. Verificamos assim a homogeneidade entre grupos a nível da sintomatologia depressiva, avaliada pela escala GDS ( $t(20) = -1.87$ ,  $p > .05$ ), na satisfação de vida mensurada através da LSI ( $t(20) = -0.17$ ,  $p > .05$ ) e também nas características das memórias autobiográficas, obtidas com o AMT. Considerando os diferentes parâmetros do AMT, estabelecemos como mais representativos para o

---

<sup>7</sup> Do inglês *prompt*.



nosso estudo os valores obtidos na abrangência das memórias, como sendo a sua classificação como geral ( $t(20) = -0.04, p > .05$ ) ou específica ( $t(20) = -0.74, p > .05$ ). Porém, os resultados na valência das memórias do pré-teste atestam também a homogeneidade dos grupos, nas memórias cotadas quer como positivas ( $t(20) = -1.21, p > .05$ ), quer como negativas ( $t(20) = 0.28, p > .05$ ).

Tabela 5 – Média e desvio-padrão das medidas GDS, LSI e AMT no pré-teste, para o grupo de controlo e experimental

Variável	GC (N=12)		GE (N=10)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
GDS	8.50	(2.15)	10.10	(1.78)	- 1.87	0.08
LSI	13.17	(4.86)	13.40	(2.9)	- 0.17	0.90
AMT						
Positivas	4.33	(1.50)	5.20	(1.90)	- 1.21	0.24
Negativas	7.90	(1.3)	7.70	(1.90)	0.28	0.79
Gerais	7.17	(2.37)	7.20	(1.80)	- 0.04	0.97
Específicas	6.17	(2.86)	7.00	(2.38)	- 0.74	0.47

Importa referir os procedimentos para cotação das respostas obtidas no *Autobiographical Memory Test*. Ao contrário do que sucede com as outras medidas utilizadas neste estudo, em que a resposta aos itens é dicotómica, o AMT é um instrumento com resposta aberta. Deste modo, e tal como referenciado na secção 3.4 deste capítulo, as respostas são cotadas em função da sua abrangência (geral ou específica) e valência (positiva, negativa ou neutra), podendo também considerar-se a ausência de resposta (Serrano *et al.*, 2005; Williams & Broadbent, 1986).

Conquanto existam directrizes para a cotação das memórias autobiográficas (e.g., Barnard *et al.*, 2006; Brewin *et al.*, 1999; Wessel & Hauer, 2006; Williams, 2006; Williams & Broadbent, 1986), muitas vezes as respostas dos sujeitos são passíveis de diferentes interpretações, ou seja, a cotação do AMT torna-se mais subjectiva. Com o intuito de aumentar a validade da cotação associada a cada memória, resolvemos submeter algumas das respostas dadas a uma avaliação de acordo inter-observadores.

Considerando que o AMT foi administrado em dois momentos (pré-teste e pós teste) a cada uma das participantes, gerando 15 respostas possíveis em cada uma das administrações, obtivemos um total hipotético de 660 respostas. Do conjunto total de dados, procedemos à selecção de respostas fornecidas pelas participantes do grupo de

controle, durante o pré-teste (10 respostas) e o pós-teste (10 respostas), seleccionando em seguida respostas das participantes do grupo experimental, respeitantes ao pré-teste (10 respostas) e ao pós-teste (10 respostas).

Obtivemos assim um conjunto de 40 respostas, fornecidas por todas as participantes do nosso estudo em diferentes momentos da recolha de dados. Recrutámos a ajuda de dois investigadores com formação específica em psicologia, a quem foram veiculados os princípios inerentes à cotação das memórias. Conquanto ambos os investigadores estivessem a par das características gerais do nosso estudo, eram alheios aos seus objectivos específicos.

Após cotação da abrangência e valência das 40 memórias seleccionadas, conseguimos obter uma taxa de acordo inter-observadores de aproximadamente 85%. Ponderando os resultados obtidos em estudos no âmbito da memória autobiográfica que recorreram ao AMT como medida de avaliação (e.g., Hermans *et al.*, 2004; Latorre *et al.*, 2003), consideramos esta taxa de acordo entre observadores como satisfatória.

Uma vez obtidos os resultados das medidas de pré-teste, o GE foi então submetido ao protocolo experimental (Serrano *et al.*, 2005), com 2 sessões por semana, enquanto que o GC respondeu às medidas de pré e pós-teste no mesmo compasso de tempo.

Tendo sido anteriormente dito aos participantes que estávamos a desenvolver uma investigação sobre os estados de ânimo em idosos e a sua relação com a memória autobiográfica, convidámos neste ponto os participantes incluídos no GE a colaborar de modo sistematizado, explicando que o objectivo basilar das sessões seria a evocação de memórias pessoais, tarefa já iniciada com a administração do AMT.

O GE foi submetido então ao protocolo experimental (Serrano *et al.*, 2005). Realizámos duas sessões por semana para 8 dos participantes; em 2 casos pontuais não foi possível efectuar a intervenção no tempo previsto, por compromissos por parte dos participantes. Ambas as intervenções foram terminadas uma semana após o previsto. Cada sessão durou em média cerca de 50 minutos, registando-se sessões com 120 minutos e outras sessões com 30 minutos, variando com as características do participante.

Tal como referido anteriormente, na secção dos Instrumentos, o protocolo de intervenção é composto por 14 questões por sessão, com o intuito de despoletar MA específicas nos participantes. Deste modo, é também passível de cotação, em função da sua abrangência e especificidade. Adicionalmente, Serrano e colaboradores (2005)

sugerem que os tempos de latência sejam também assinalados.

Porém, nesta fase específica do nosso estudo decidimos não realizar registos dos tempos associados ao processo de intervenção, por considerar que a eficácia desse registo seria feita em detrimento da qualidade do próprio processo, uma vez que poderia interferir com as competências de escuta activa, indissociáveis do contexto psicoterapêutico.

## 6.2. Resultados nas medidas de pós-teste: comparação entre grupos

Baseamos o nosso estudo na hipótese de que o GE, submetido a uma intervenção através da terapia de reminiscência, apresentaria diminuição dos níveis prévios de sintomatologia depressiva e aumento da satisfação de vida.

Considerando ainda que a intervenção foi focalizada para a promoção de memórias autobiográficas específicas, postulámos também que no momento de pós-teste o grupo experimental revelaria mais memórias autobiográficas deste tipo.

Ponderamos que a alteração das variáveis dependentes no GE iria verificar-se não só em comparação com o momento de pré-teste mas também em comparação com o grupo de controlo. Após obtenção dos resultados respeitantes às medidas de pré-teste e pós-teste, utilizámos para tratamento estatístico o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na sua versão 14.0.

### 6.2.1. Comparação entre o grupo de controlo e o grupo experimental no momento do pós-teste, quanto à sintomatologia depressiva, satisfação de vida e memória autobiográfica

Na tabela 6 estão apresentados os resultados obtidos no pós-teste, para o GE e GC, nas variáveis definidas como sintomatologia depressiva (GDS), satisfação de vida (LSI) e memória autobiográfica (AMT).

Verificamos anteriormente que o GC e o GE não apresentavam diferenças significativas no momento do pré-teste, sob o ponto de vista estatístico. No momento do pós-teste, realizámos comparações entre (i) os resultados de ambos os grupos; (ii) os resultados das participantes do GE; (iii) os resultados das participantes do GC.

Tabela 6 – Média e desvio-padrão das medidas GDS, LSI e AMT no pós-teste, para o grupo de controlo e experimental, com análise estatística através de t-Student para medidas independentes.

Variável	GC (N=12)		GE (N=10)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
GDS	7.75	(2.09)	5.00	(1.33)	3.58	0.002
LSI	15	(4.39)	21.20	(2.86)	- 3.83	0.001
AMT						
Positivas	5.17	(2.08)	8.30	(1.16)	- 4.23	0.001
Negativas	7.75	(2.05)	5.60	(0.70)	3.16	0.005
Gerais	6.58	(1.62)	3.70	(2.54)	3.23	0.004
Específicas	7.83	(1.85)	11.20	(2.70)	- 3.46	0.002

Os resultados traduzem diferenças estatisticamente significativas no GC e GE no segundo momento de avaliação nas três variáveis dependentes do nosso estudo. A nível da sintomatologia depressiva, os valores são obtidos através da escala GDS ( $t(20) = 3.58, p < .05$ ). A satisfação de vida é mensurada através da LSI ( $t(20) = - 3.83, p < .05$ ).

Por fim, verificamos também diferenças significativas nas características das memórias autobiográficas, obtidas com o AMT, uma vez que existem diferenças significativas nas memórias cotadas como gerais ( $t(20) = 3.23, p < .05$ ) ou específica ( $t(20) = - 3.46, p < .05$ ) e positivas ( $t(20) = - 4.23, p < .05$ ) ou negativas ( $t(20) = 3.16, p < .05$ ).

Podemos também observar que as participantes do GC manifestaram no pós-teste uma ligeira alteração dos valores registados no primeiro momento de avaliação. Assim, verificamos que houve um ligeiro aumento do número de MA específicas ( $t(20) = -2.13, p > .05$ ) e dos níveis de satisfação de vida ( $t(20) = -1.42, p > .05$ ), bem como uma pequena diminuição da sintomatologia depressiva ( $t(20) = 1.22, p > .05$ ), embora estes valores não fossem estatisticamente significativos, tal como podemos observar na Tabela 7.

Tabela 7 – Comparação dos resultados das medidas GDS, LSI e AMT, entre o pré-teste e o pós-teste, para o grupo de controlo e experimental, com análise estatística através de t-Student e ANOVA.

Variável	Pré-teste		Pós-teste		t	F	p
	Média	DP	Média	DP			
GDS							
Controlo	8.50	(2.15)	7.75	(2.09)	1.22		0.248
Experimental	10.10	(1.79)	5.00	(1.33)	6.01		0.001
Total	9.23	(2.11)	6.50	(2.24)		17.93	0.001
LSI							
Controlo	13.17	(4.86)	15.00	(4.39)	-1.42		0.179
Experimental	13.40	(3.53)	21.20	(2.86)	-5.65		0.001
Total	13.27	(4.21)	17.82	(4.86)		9.93	0.005
AMT positivo							
Controlo	4.33	(1.50)	5.17	(2.08)	-1.15		0.276
Experimental	5.20	(1.87)	8.30	(1.16)	-5.23		0.001
Total	4.73	(1.70)	6.59	(2.32)		5.57	0.029
AMT específica							
Controlo	6.17	(2.86)	7.83	(1.85)	-2.13		0.056
Experimental	7.00	(2.36)	11.20	(2.70)	-3.40		0.008
Total	6.55	(2.61)	9.36	(2.80)		3.21	0.088

### 6.2.2. Comparação entre grupo de controlo e grupo experimental quanto à sintomatologia depressiva

Na Figura 1 podemos observar as mudanças nos resultados do GC e do GE, no primeiro e segundo momento de avaliação, a nível da sintomatologia depressiva, medidas através da escala GDS.

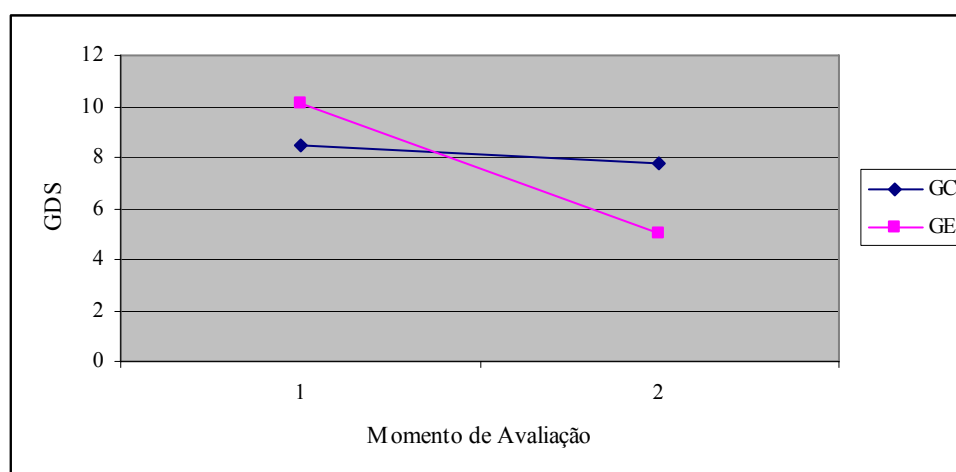


Figura 1 – Resultados do GC e GE no GDS no pré-teste e pós-teste.

Tal como podemos observar na Figura 1, existe uma redução estatisticamente significativa da sintomatologia depressiva no GE, desde o primeiro momento de avaliação (pré-teste) para o segundo momento de avaliação (pós-teste), desde uma pontuação média de 10.10 (DP=0.63) até uma pontuação média de 5.00 (DP=0.57).

O GC registou também uma pequena oscilação decrescente nos valores registados, desde 8.50 (DP=0.58) até 7.75 (DP=0.52), diferenças que não são consideradas significativas ( $t(20)= 1.22, p>.05$ ).

### 6.2.3. Comparação entre grupo de controlo e grupo experimental quanto à satisfação de vida

A Figura 2 ilustra a evolução dos resultados na escala LSI, de satisfação de vida, entre o pré-teste e o pós-teste.

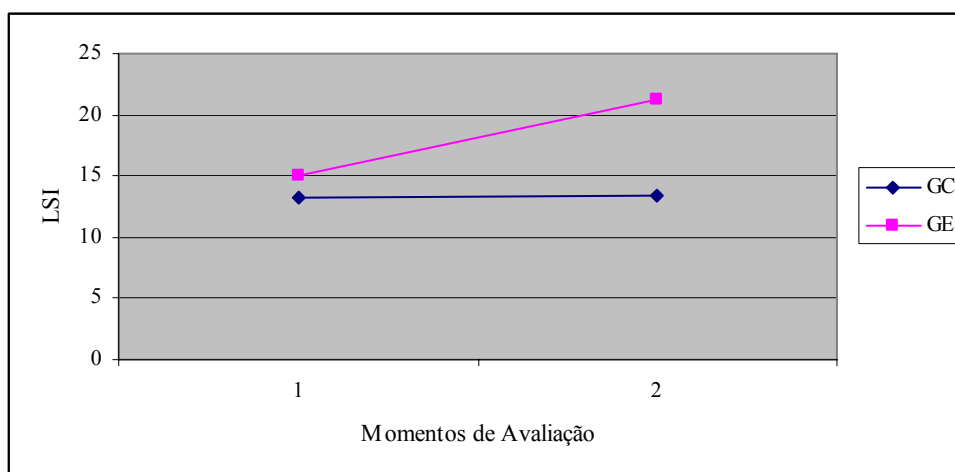


Figura 2 – Resultados do GC e GE no LSI no pré-teste e pós-teste.

A Figura 2 permite observar a subida da pontuação obtida na LSI pelo GE, resultado que traduz aumento da satisfação de vida desde a recolha de dados no pré-teste até ao pós-teste, partindo de uma pontuação média 13.40 (DP=3.53) até 21.20 (DP=2.86).

Podemos também observar uma ligeira subida dos valores obtidos pelo GC, de 13.17 (DP=4.86) no primeiro momento até 15.00 (DP=4.39) no segundo momento de avaliação, aumento que não é significativo ( $t(20)= -1.42, p>.05$ ).

#### 6.2.4. Comparação entre grupo de controlo e grupo experimental quanto à memória autobiográfica: abrangência e valência.

Tal como referido anteriormente, as respostas obtidas com o *Autobiographical Memory Test* podem ser cotadas em função da sua abrangência e valência, podendo também ser considerada a ausência de resposta, quer porque o sujeito não evoca nenhuma memória quer porque a resposta dada não consiste numa memória.

Considerando que as possibilidades de cotação a nível da abrangência são complementares, isto é, as memórias são gerais ou específicas, optámos por referir as oscilações nos resultados apenas a nível da sua especificidade. Quanto à valência, os resultados podem assumir três valores distintos, positivo, negativo ou neutro. Porém, tendo em conta a reduzida percentagem de respostas cotadas como neutras, bem como a sua manutenção do pré-teste para o pós-teste, em ambos os grupos, decidimos também apresentar as alterações em ambos os grupos a nível da positividade das memórias autobiográficas.

Na Figura 3 podemos observar as mudanças nos resultados do GC e do GE, no primeiro e segundo momento de avaliação, a nível da especificidade das memórias autobiográficas, obtidas com o AMT. A Figura 4 demonstra os resultados obtidos por ambos os grupos a nível das memórias autobiográficas cotadas como positivas.

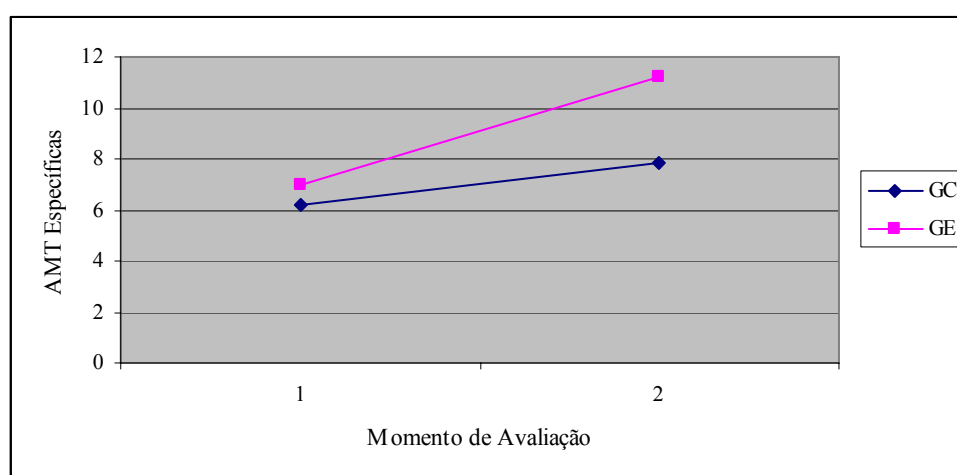


Figura 3 – Resultados do GC e GE quanto à especificidade das MA, no pré-teste e pós-teste

Na Figura 3 podemos observar as oscilações patentes pelas participantes de ambos os grupos, a nível da especificidade das suas memórias autobiográficas.

Verificamos assim que o GE registou um aumento significativo na especificidade da MA, desde uma pontuação média de 7.00 (DP=2.56) até uma pontuação de 11.20 (DP=2.70) no pós-teste.

Houve também aumento da especificidade das respostas do GC, desde 6.17 (DP=2.86) até 7.83 (DP=1.85), do primeiro para o segundo momento de avaliação. Esta oscilação é marginalmente não significativa ( $t(20) = -2.13, p > .05$ ).

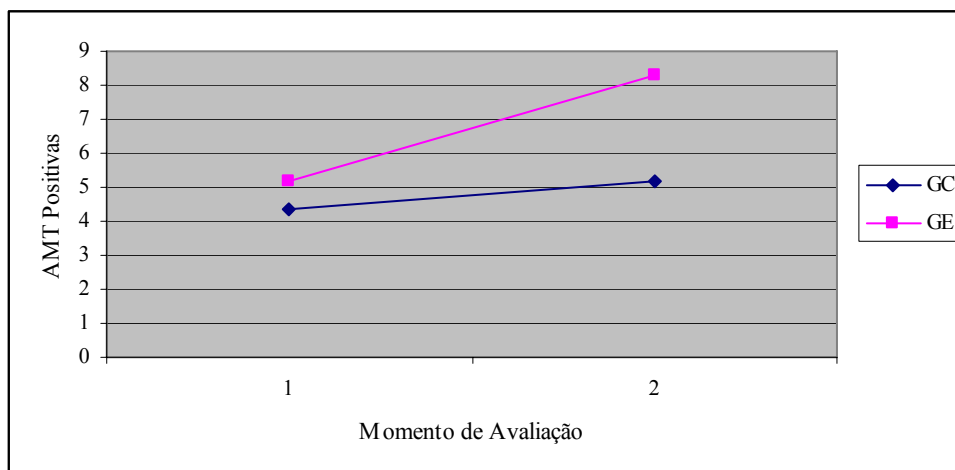


Figura 4 – Resultados do GC e GE quanto à valência positiva das MA, no pré-teste e pós-teste

A Figura 4 representa a pontuação registada por ambos os grupos, durante o pré-teste e o pós-teste, quanto ao número médio de memórias autobiográficas cotadas como positivas. Podemos verificar que o GE apresenta um aumento significativo, subindo de um registo médio de 5.20 (DP=1.87) até 8.30 (DP=1.16) memórias autobiográficas positivas.

Tal como se pode verificar na Figura 4, o GC apresentou também uma ligeira subida nos valores associados à valência positiva das memórias autobiográficas, desde 4.33 (DP=1.50) até 5.17 (DP=2.10), alteração que é considerada não significativa, sob um ponto de vista estatístico ( $t(20) = -1.15, p > .05$ ).

### 6.3. Resultados nas medidas de avaliação: análise dos valores individuais

Tal como referido anteriormente, baseamos o nosso estudo na hipótese de que as participantes submetidas ao protocolo de intervenção, direccionado para a



estimulação da especificidade das memórias autobiográficas, apresentariam diminuição dos níveis prévios de sintomatologia depressiva e aumento da satisfação de vida. De um modo geral, tal como vimos no ponto anterior, os resultados obtidos foram estatisticamente significativos, para todas as medidas utilizadas.

Vamos agora considerar os dados individuais obtidos pelas participantes inseridas no grupo experimental.

### 6.3.1. Análise dos resultados obtidos na escala de sintomatologia depressiva

Observamos anteriormente que houve uma redução significativa sob ponto de vista estatístico na sintomatologia depressiva das participantes submetidas ao protocolo de intervenção (ver Figura 1), passando de uma pontuação média de 10.10 (DP=0.63) até uma pontuação média de 5.00 (DP=0.57). Sob o ponto de vista clínico, estes resultados são considerados parcialmente satisfatórios, uma vez que passamos desde a prevalência de depressão grave (10) para um valor que traduz depressão ligeira (5).

Ao analisarmos os valores obtidos pelas participantes do GE de modo individual (Tabela 8), verificamos que algumas das participantes registaram no final da intervenção uma diminuição da sintomatologia depressiva bastante significativa, alcançando níveis subclínicos (participantes n.º 1, 2, 7 e 9), enquanto que noutros casos a sintomatologia se manteve ligeira (participantes n.º 3, 4, 5, 6, 8, 9 e 10). Na Figura 5 podemos observar a mudança ocorrida em cada uma das participantes do GE.

As oscilações da sintomatologia depressiva verificadas no GC traduzem também diminuição parcial da sintomatologia depressiva, embora não possam considerar-se estatisticamente significativas ( $t(20)= 1.22, p>.05$ ).

Tabela 8 – Resultados obtidos pelas participantes inseridas no GE na escala de avaliação de sintomatologia depressiva (GDS), no pré-teste e pós-teste

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pré-teste	6	9	10	10	11	11	13	10	10	11
Pós-teste	3	4	6	5	7	7	4	5	4	5

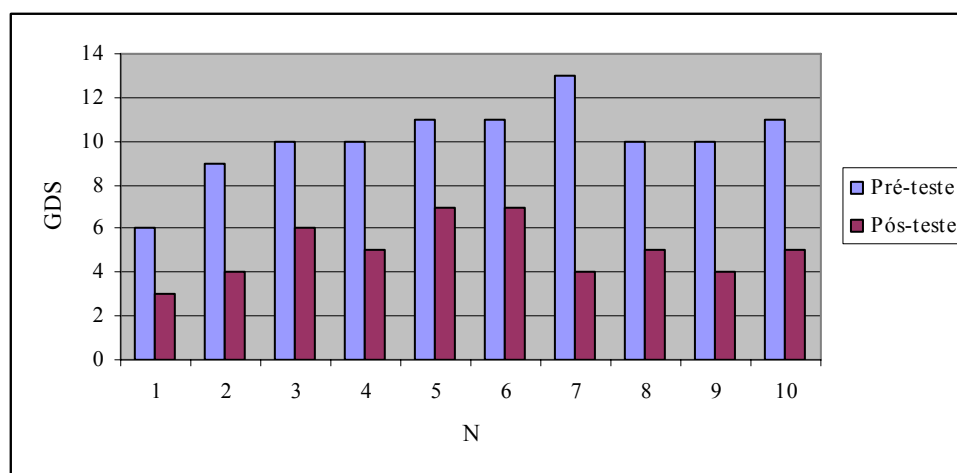


Figura 5 – Variação da sintomatologia depressiva do pré para o pós-teste no GE  
6.3.2. Análise dos resultados obtidos na escala de satisfação de vida

Tal como referido, houve um aumento considerado estatisticamente significativo na satisfação de vida das participantes submetidas ao protocolo de intervenção (ver Figura 2), passando de uma pontuação média de 13.40 (DP=3.53) para uma pontuação média de 21.20 (DP=2.86). Sob o ponto de vista clínico, estes resultados são relevantes, pois traduzem um aumento considerável da satisfação de vida.

Ao analisarmos os valores obtidos pelas participantes de modo individual (Tabela 9), verificamos que algumas das participantes registaram no final da intervenção um aumento considerável dos níveis de satisfação de vida (participantes n.º 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 e 9), enquanto que noutros casos a satisfação de vida se manteve num nível relativamente reduzido (participante n.º 1). Na Figura 6 podemos observar a mudança ocorrida em cada uma das participantes.

Quanto aos resultados obtidos pelo GC na escala de satisfação de vida, verificamos também um ligeiro aumento dos valores registados, embora sem significância estatística ( $t(20) = -1.42, p > .05$ ).

Tabela 9 – Resultados obtidos pelas participantes inseridas no GE na escala de avaliação de satisfação de vida (LSI), no pré-teste e pós-teste

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pré-teste	16	14	10	12	18	12	18	8	16	10
Pós-teste	16	26	22	22	24	20	22	22	20	18

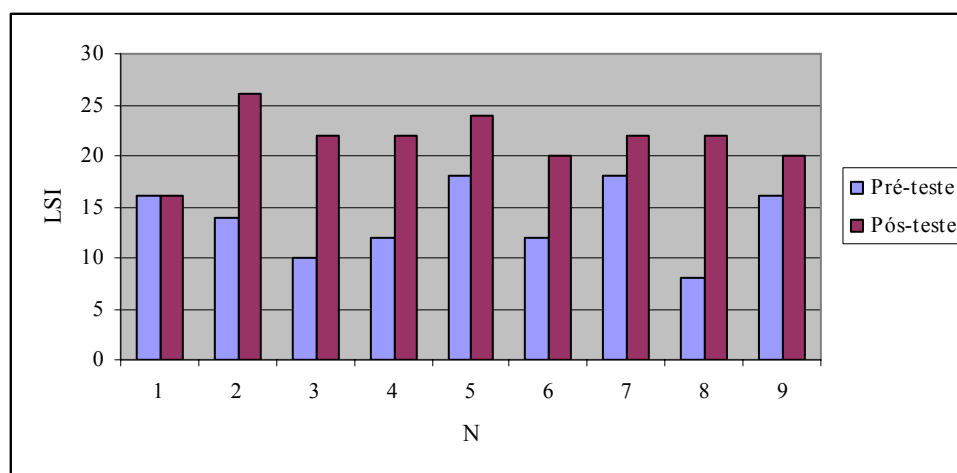


Figura 6 – Variação da satisfação de vida do pré para o pós-teste no GE

### 6.3.3. Análise dos resultados obtidos na escala de memória autobiográfica: abrangência e valência

Os dados anteriormente apresentados mostram as alterações obtidas pelas participantes do grupo experimental a nível da especificidade e da valência das suas memórias autobiográficas (ver Figura 3 e 4).

Ao analisarmos os valores obtidos pelas participantes de modo individual (Tabela 10), verificamos que quase todas as participantes registaram no momento do pós-teste um número significativo de memórias autobiográficas específicas. Podemos observar a mudança ocorrida em cada uma das participantes, a nível da abrangência (Figura 7) e valência (Figura 8).

Quanto aos valores obtidos pelo GC, verificamos que houve resultados marginalmente não significativos, respeitantes à especificidade das memórias autobiográficas ( $t(20) = -2.13, p > .05$ ).

Tabela 10 – Resultados obtidos pelas participantes inseridas no GE na escala de avaliação da memória autobiográfica (AMT), quanto à especificidade e positividade, no pré-teste e pós-teste

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Específicas	Pré-teste	10	5	8	6	8	5	3	6	10	9
	Pós-teste	12	7	10	12	12	10	14	11	10	14
Positivas	Pré-teste	5	5	6	5	8	4	6	7	5	1
	Pós-teste	7	8	9	10	8	9	7	10	8	7

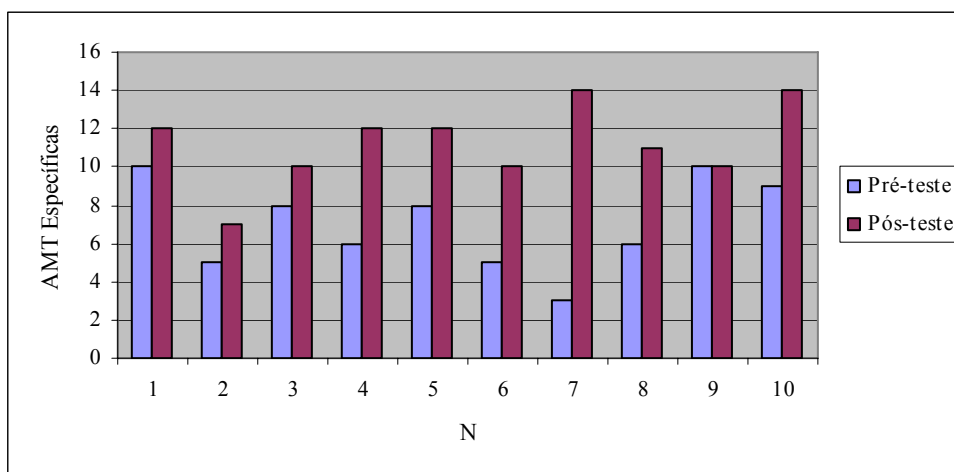


Figura 7 – Variação da especificidade da memória autobiográfica do pré para o pós-teste no GE

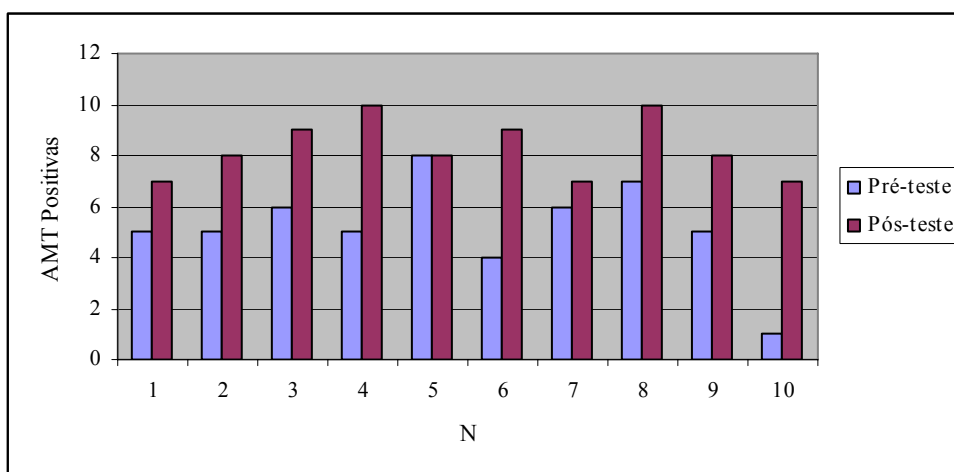


Figura 8 – Variação da positividade da memória autobiográfica do pré para o pós-teste no GE

#### 6.4. Conclusões

Os dados apresentados parecem indicar alterações estatisticamente significativas no desempenho do grupo experimental, em todas as medidas utilizadas para avaliação. Assim, verificamos que houve uma redução da sintomatologia

depressiva, bem como um aumento da satisfação de vida e das memórias autobiográficas, quer específicas quer positivas. Todas as alterações registaram valores estatisticamente significativos.

Os resultados associados ao grupo de controlo sofreram também uma oscilação no mesmo sentido do grupo experimental, do primeiro para o segundo momento de avaliação, nas escalas de sintomatologia depressiva, satisfação de vida e memória autobiográfica, apesar de não alcançarem nunca valores estatisticamente significativos.



CAPÍTULO V  
DISCUSSÃO DE RESULTADOS E LIMITAÇÕES





Iniciámos este trabalho com o intuito de analisar o impacto que uma intervenção individualizada breve, focalizada na promoção da especificidade e da valência das memórias autobiográficas, teria sobre a sintomatologia depressiva e a satisfação de vida em idosos institucionalizados. Tal como referido no capítulo anterior, dadas as características das instituições em que trabalhámos (Jonsdottir *et al.*, 2001), bem como os dados demográficos actuais (INE, 2002), realizámos este trabalho com uma amostra composta apenas por mulheres.

A nossa hipótese era que após a administração do protocolo seleccionado o grupo submetido à intervenção apresentaria um número superior de memórias autobiográficas, quer positivas quer específicas. Consideramos também que seria constatável neste grupo menor sintomatologia depressiva e maior satisfação de vida. Apresentamos em seguida as principais conclusões que julgamos ser possível delinear do nosso trabalho. Expomos também as limitações com que nos deparamos.

## 1. Discussão de resultados

O mecanismo de interacção entre a especificidade da memória autobiográfica e o surgimento ou manutenção da sintomatologia depressiva foi já extensamente documentado na literatura. Desde o estudo de Williams e Broadbent (1986), passando pelo estabelecimento de novas hipóteses de funcionamento do referido mecanismo, como as de Brewin e colaboradores (1999) e de Goddard e colaboradores (1996), até ao momento actual, de contínua procura de teorias (Williams, 2006) e dados empíricos (Raes *et al.*, 2006; Wessel & Hauer, 2006), vários autores tentaram responder a esta questão, sobre a relação possível entre a memória autobiográfica e a sintomatologia depressiva.

Os resultados que apresentámos mostram que as participantes inseridas no grupo experimental, que foram submetidas ao treino de recuperação de memórias autobiográficas, recordaram maior número de memórias autobiográficas específicas e registaram uma diminuição estatisticamente significativa na sintomatologia depressiva e um aumento de igual modo significativo na satisfação de vida.

Não podemos aqui atribuir os resultados finais, de diminuição da

sintomatologia depressiva e aumento da satisfação de vida, à estimulação da especificidade da memória autobiográfica, uma vez que podem estar subjacentes mecanismos oriundos de outros âmbitos, nomeadamente a recuperação e consequente processamento de episódios de vida classificados pelas participantes como sendo importantes. Ou seja, podemos postular que foi a diminuição da sintomatologia depressiva, conseguida através do processamento continuado de acontecimentos pessoais do passado das participantes, que contribuiu para a diminuição da sobregeneralização que caracterizava o seu estilo de recuperação (Latorre *et al.*, 2003; Serrano *et al.*, 2004, 2005), tal como indicado pelos resultados do primeiro momento de avaliação. Este é um dilema que acompanha ainda a investigação em torno dos mecanismos da memória autobiográfica e da sua relação com alguns estados de ânimo, nomeadamente os estados de humor (Williams *et al.*, 2006a).

Contudo, torna-se visível no nosso trabalho que o aumento da especificidade das memórias autobiográficas recuperadas pelas nossas participantes está associado com a diminuição da sintomatologia depressiva auto-relatada, bem como com o aumento da satisfação percebida de vida (Dalglish *et al.*, 2001; Goddard *et al.*, 1996; Newcomb *et al.*, 2006; Peeters *et al.*, 2002). Na verdade, este pode até ser o processo através do qual a terapia da reminiscência e da revisão de vida alcança os resultados positivos que habitualmente são encontrados em estudos realizados com idosos, hipótese também avançada por Serrano e colaboradores (2004, 2005).

Tal como referimos no Capítulo I, é habitualmente atribuída à memória autobiográfica uma organização hierárquica, em que a abrangência temporal diminui consoante aumentam os detalhes associados às memórias (Barry *et al.*, 2005; Conway, 1990b, 2005; Conway *et al.*, 2004; Latorre *et al.*, 2003; Williams, 2006; Williams & Broadbent, 1986). Durante a intervenção que realizámos foi possível observar a transição continuada das memórias recuperadas pelas participantes, desde a adopção de uma perspectiva global (e.g., “quando morava na aldeia”), até à geração de memórias circunscritas a um momento singular (e.g., “e parece que estou a ver o meu filho ali de vassoura na mão”).

Este aumento progressivo da recuperação de memórias autobiográficas específicas é um dos objectivos subjacentes ao protocolo de intervenção que utilizámos: conquanto os mecanismos de interacção entre a sobregeneralização da memória autobiográfica e a sintomatologia depressiva não estejam ainda explicitados (Raes *et al.*, 2006; Williams, 2006), existe já um conjunto considerável de resultados

que indica que a dificuldade de recuperação de acontecimentos de vida específicos se constitui como um factor de vulnerabilidade para quadros depressivos (Gibbs & Rude, 2004; Kaviani *et al.*, 2003; Lemogne *et al.*, 2006).

Perante os resultados obtidos, parece também possível concluir que a sobregeneralização que acompanha a memória autobiográfica é modificável através de treino direccionado para a promoção da sua especificidade. Estes resultados parecem corroborar dados referidos em estudos anteriores, em que foi concluído que através da utilização adequada de estratégias de estimulação da especificidade da memória autobiográfica, a sobregeneralização da mesma, característica dos quadros depressivos, pode ser revertida (Hermans *et al.*, 2004; Serrano *et al.*, 2004, 2005; Watkins & Teasdale, 2004).

Em segundo lugar, consideramos que as alterações registadas através das escalas de avaliação clínica são claramente satisfatórias, não apenas sob o ponto de vista estatístico mas também de objectivos clínicos. Todas as participantes do grupo experimental apresentaram diminuição da sintomatologia depressiva e aumento da satisfação de vida, do primeiro para o segundo momento de avaliação. Esta mudança pode ser parcialmente explicada por factores contextuais, que contribuíram também para as ligeiras oscilações verificadas no grupo de controlo.

Em relação às oscilações referidas, verificadas no grupo de controlo, consideramos que as mudanças registadas nos valores inerentes ao *Autobiographical Memory Test* são explicadas pelo efeito de repetição do teste, uma vez que este estava a ser colocado pela segunda vez num espaço temporal reduzido. A oscilação dos valores nas escalas de avaliação da sintomatologia clínica apresenta valores normativos (Joyce, Mulder, Luty, Sullivan, McKenzie, Abbott, & Stevens, 2002), explicáveis por factores contextuais, como as alterações climáticas (Lam & Levitan, 2000) ou a proximidade das férias, ocasião em que as participantes poderiam reencontrar familiares que estavam ausentes do país, factor relevante para o estado de ânimo (Katona & Shankar, 1999, 2004). Contudo, importa referir que nenhuma das mudanças observadas nos dados referentes ao grupo de controlo apresentou resultados considerados significativos, sob o ponto de vista estatístico.

Torna-se óbvio que as participantes inseridas no grupo experimental foram também expostas aos mesmos factores contextuais referidos para o grupo de controlo. Porém, quando comparamos os resultados obtidos pelo grupo experimental e pelo grupo de controlo verificamos que as idosas submetidas à intervenção apresentam

resultados bastante diferenciados daquelas que não tiveram treino de estimulação da memória autobiográfica.

A terceira questão significativa é a utilização de estratégias oriundas da terapia da reminiscência, especificamente através da revisão de vida, que demonstrou ser uma opção útil para o trabalho com idosos. As características desta técnica de intervenção psicoterapêutica, nomeadamente a utilização continuada das memórias do paciente, sem necessidade de recorrer à aprendizagem de novas estratégias ou exercícios, tornam-na uma ferramenta apelativa e pouco exigente sob o ponto de vista intelectual para os idosos (Bohlmeijer *et al.*, 2005; Butler, 2002; Merriam, 1995).

Este é um factor bastante valorizado pelos técnicos quando se trabalha com uma população idosa com determinadas particularidades (e.g., Haight *et al.*, 2003; Lin *et al.*, 2003; Watt & Cappeliez, 2000). Na verdade, quando nos reportámos às características da nossa amostra, caracterizada predominantemente pela iliteracia, verificamos a complexidade de utilização de outras técnicas da psicoterapia, em que é recorrente o recurso a material escrito ou a estratégias exigentes, sob o ponto de vista narrativo ou lógico (e.g.: Clark & Steer, 1996; Young, Beck, & Weinberger, 1999).

Durante o decorrer do nosso trabalho foram diversas as manifestações de satisfação por parte das participantes, por poder recordar os acontecimentos de vida mais significativos para si. Não pretendemos com isto afirmar que não houve instantes em que as memórias recuperadas se caracterizavam por uma forte carga emocional negativa, facto incontornavelmente verificado nos resultados no *Autobiographical Memory Test* quer no primeiro quer no segundo momento de avaliação, em ambos os grupos.

Porém, mesmo a recuperação de memórias de episódios caracterizados no momento da sua ocorrência pelo sofrimento e, como tal, imbuídas também de sofrimento actual, foi quase invariavelmente seguida de manifestações, verbais e não verbais, de algum contentamento pelos acontecimentos de vida em si e pelo significado que tiveram para a participante. Adicionalmente, as alterações conseguidas no âmbito da sintomatologia depressiva e da satisfação de vida, por nós indicadas nos resultados, indiciam de facto que a terapia de revisão de vida foi eficaz no trabalho desenvolvido.

Em quarto lugar, importa referir as características do plano de intervenção que seguimos e que poderiam condicionar os resultados obtidos, nomeadamente a opção por uma modalidade individual de intervenção, o contexto residencial dos participantes, e a estrutura da intervenção, a nível do número, da duração e do

planeamento das sessões.

Tal como é transversal aos procedimentos psicoterapêuticos, a terapia de reminiscência pode ser implementada de modo individual (e.g., Wang, 2004, 2005) ou em grupo (e.g., Hanaoka & Okamura, 2004; Jones, 2003) (ver Capítulo III). O contexto habitacional é também uma variável a ter em conta, uma vez que a institucionalização é não só bastante frequente nesta etapa de vida mas também um potencial cenário de subestimulação (e.g., Chao *et al.*, 2006; Lin *et al.*, 2003; Wang *et al.*, 2005). Existem ainda variações no número de sessões (e.g., Serrano *et al.*, 2004, 2005; Wang, 2005), através de um plano de intervenção previamente esquematizado (e.g., Hsieh & Wang, 2003) ou espontâneo (e.g., Bohlmeijer *et al.*, 2005).

A selecção de uma modalidade de intervenção individual aumenta sempre de modo considerável os custos associados, uma vez que consome bastantes recursos humanos. No entanto, justifica-se pela possibilidade de acompanhar de modo directo e continuado o participante, ultrapassando as limitações associadas às intervenções em grupo, como por exemplo a ausência de um espaço para debater necessidades específicas do idoso (Bohlmeijer *et al.*, 2005; Hanaoka & Okamura, 2004), ou trabalhar a especificidade das memórias individuais (Jones & Beck-Little, 2002; Maercker, 2002).

A implementação de planos de intervenção em instituições, onde os utentes têm um contacto continuado entre si, tem como potencial factor intrusivo a contaminação dos resultados através da comunicação partilhada pelos idosos (Wang, 2005). Por outro lado, estes ambientes são pouco estimuladores e a habitual ausência de agentes de escuta empática, característicos dos contextos de institucionalização de idosos, aumentam a probabilidade de eficácia da terapia de reminiscência (Head *et al.*, 1990; Wang, 2004). Os estudos anteriores não obtiveram resultados consensuais quanto à primazia dos benefícios, sendo que os resultados atribuem de modo alternado mais ganhos aos idosos institucionalizados (e.g., Jones & Beck-Little, 2002; Wang, 2004) ou a viver em comunidade (Bohlmeijer *et al.*, 2003).

Tendo em conta que não temos dados recolhidos junto de idosos a viver em comunidade, não nos é possível comparar os resultados. Porém, consideramos que os resultados por nós alcançados, traduzidos na redução da sintomatologia depressiva e no aumento da satisfação de vida, ambas estatisticamente significativas, permitem acentuar o valor da terapia da reminiscência, aqui na sua modalidade de revisão de vida, como uma ferramenta de trabalho útil para o trabalho com idosos.

O quinto ponto que consideramos como significativo relaciona-se com a adequação dos temas trabalhados com as participantes, isto é, com o potencial de elicitação de memórias autobiográficas não só específicas como também significativas que o protocolo utilizado permitia. Na verdade, a falta de significado que os temas apresentam para os participantes (Burnside, 1995) e a aplicação de modalidade de intervenção formatadas são por vezes apontada como factores explicativos do insucesso da terapia de reminiscência (David, 1995; Head *et al.*, 1990, Jonsdottir *et al.*, 2001).

No nosso trabalho com as participantes pudemos verificar que as questões do protocolo estavam bastante adaptadas às experiências predominantes de vida que caracterizam os idosos portugueses, trabalhando de modo enfático as relações familiares e sociais, bem como as tradições religiosas. Não estamos aqui a considerar as questões sobre a escolarização ou sobre o matrimónio, que obviamente não obtiveram resposta por parte de sujeitos iletrados ou solteiros, uma vez que o próprio protocolo contempla esta hipótese e apresenta alternativas.

Porém, verificamos que perante algumas das questões colocadas, nomeadamente em torno de acontecimentos familiares, não estimularam uma memória autobiográfica relacionada de modo directo com o acontecimento referido, mas antes despertaram a negação do mesmo e a recuperação de situações que se localizavam nas antípodas. As reacções foram similares quanto a algumas questões sobre o emprego desenvolvido ao longo da vida. Deste modo, seria vantajoso do ponto de vista terapêutico, proceder à adaptação do protocolo em função das características de cada participante. Na verdade, a inadequação do material terapêutico é muitas vezes apontado como uma das maiores limitações à eficácia da psicoterapia (Beutler, Moleiro, & Talebi, 2002), sendo, contudo, um obstáculo de complexa transposição.

## 2. Limitações

Gostaríamos de terminar a discussão do nosso trabalho analisando as limitações transversais ao mesmo, algumas de cariz metodológico e como tal passíveis de ser contornadas numa hipotética replicação, outras do âmbito institucional e inevitavelmente fora do nosso controlo.

A ausência de um terceiro grupo, submetido a uma outra intervenção que não a de terapia da reminiscência, impede a atribuição dos resultados à intervenção em si, uma vez que estes também podem ser explicados por mecanismos subjacentes ao processo, como por exemplo o processamento de memórias de acontecimentos pessoais, factor que por si só pode promover o bem-estar de algumas das participantes. Adicionalmente, a avaliação dos resultados poderia ser submetida a um seguimento, para comprovar a estabilidade das alterações a nível da sintomatologia depressiva, satisfação de vida e especificidade da memória autobiográfica, obtidas com a intervenção.

A par com a continuidade de avaliação dos resultados, referimos a necessidade de estabelecer estratégias qualitativas de recolha de dados, uma vez que permitiria enriquecer as possíveis conclusões a retirar deste trabalho. Consideramos também como uma limitação significativa o contacto que existia entre as idosas do grupo de controlo e do grupo experimental, o que poderá ter contribuído para o enviesamento de algumas medidas de recolha de dados (Wang, 2005).

Não podemos deixar de considerar como uma limitação preponderante para a obtenção de resultados significativos o número reduzido de elementos da nossa amostra. Contudo, importa referir que o trabalho directo com idosos é uma tarefa consideravelmente complexa, onde às dificuldades associadas às intervenções terapêuticas de campo se adicionam especificidades subjacentes àquela faixa etária específica.

Tal como referido no decorrer deste trabalho, não só os idosos apresentam características idiossincráticas de funcionamento, a nível físico e cognitivo, como as dinâmicas existentes nas instituições de acolhimento condicionam o desenvolvimento de trabalhos de cariz interventivo. Assim, os denominados protocolos de intervenção, descritos em manuais ou documentos técnicos, sofrem adaptações incontornáveis quando levados para o trabalho de campo. De igual modo, os resultados previamente encontrados em ensaios clínicos apresentam reduções drásticas quando são implementados no terreno, isto é, em contextos quotidianos de vida, institucionais ou comunitários (e.g., Laidlaw, 2001).

Por fim, é essencial estar alerta para as consequências negativas que podem advir da prática clínica, neste caso específico quando se trabalha com idosos. Com grande pesar nosso, verificamos por vezes a utilização de algumas estratégias com base na premissa “mal não pode fazer”, advogando que os resultados serão sempre benéficos

para os idosos. Porém, diversos estudos traduzem resultados adversos advindos da terapia da reminiscência (e.g., Cappeliez *et al.*, 2005; Haight, 1995; Merriam, 1995), particularmente possíveis caso o técnico não estabeleça de modo explícito os objectivos e metodologias de implementação e avaliação subjacentes às estratégias que vai utilizar.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Aberg, A., Sidenvall, B., Hepworth, M., O'Reilly, K., & Lithell, H. (2005). On loss of activity and independence, adaptation improves life satisfaction in old age – a qualitative study of patients' perceptions. *Quality of Life Research*. 14: 1111-1125.
- Acquadro, C., Kopp, Z., Coyne, K.S., Corcos, J., Tubaro, A., & Choo, MS. (2006). Translating overactive bladder questionnaires in 14 languages. *Urology*. 67(3): 536, 540.
- Addis, D.R., McIntosh, A.R., Moscovitch, M., Crawley, A.P., & McAndrews, M.P. (2004). Characterizing spatial and temporal features of autobiographical memory retrieval networks: a partial least squares approach. *NeuroImage*. 23: 1460-1471.
- Albuquerque, P.B. (2001). *Memória implícita e processamento: Do subliminar à formação de imagens*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia.
- Alea, N., & Bluck, S. (2003). Why are you telling me that? A conceptual model of the social function of autobiographical memory. *Memory*. 11 (2), 165-178.
- Alea, N., Bluck, S., & Semegon, A. (2004). Young and older adults' expression of emotional experience: do autobiographical narratives tell a different story? *Journal of Adult Development* . 11(4), 235-250.
- Alea, N., Dihel, M., & Bluck, S. (2004). Personality and Emotion in late life. *Encyclopedia of Applied Psychology*. 1-10. San Diego, CA: Elsevier.
- Alexopoulos, G.S. (2003). Clinical and Biological Interactions in Affective and Cognitive Geriatric Syndromes. *American Journal of Psychiatry*. 160: 811-814.
- Al-Shammari, S.A., & Al-Subaie, A. (2004). Prevalence and correlates of depression among Saudi elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14, 739-747.
- American Psychiatric Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- American Psychiatric Association (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*. 59(4), 236-260.
- Arkoff, A., Meredith, G., & Dubanoski, J. (2004). Gains in well-being achieved through retrospective-proactive life review by independent older women. *Journal of Humanistic Psychology*, 44 (2), 204-214.
- Backman, L., Mantyla, T., & Herlitz, A. (1990). The optimization of episodic remembering in old age. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Canada: Cambridge University Press. Pp. 118-163.
- Baddeley, A.D. (1999). *Essentials of Human Memory*. Cap. 11, pp. 219-236. UK: Psychology Press.
- Baillon, S., Van Diepen, E., Prettyman, R., Redman, J., Rooke, N., & Campbell, R. (2004). A comparison of the effects of Snoezelen and reminiscence therapy on the

- agitated behaviour of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19: 1047-1052.
- Baldwin, R., & Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10: 131-139.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1-34). Canada: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B., Staundinger, U.M., & Lindenberger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual Reviews*, 50, 471-507.
- Barnard, P.J., Watkins, E.R., & Ramponi, C. (2006). Reducing specificity of autobiographical memory in nonclinical participants: the role of rumination and schematic models. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 328-350.
- Barnhofer, T., Kuhen, E., & Jong-Meyer, R. (2005). Specificity of autobiographical memories and basal cortical levels in patients with major depression. *Psychoneuroendocrinology*. 30, 403-411.
- Barry, E.S., Naus, M.J., & Rhem, L.P. (2005). Depression, implicit memory, and self: A revised memory model of depression. *Clinical Psychology Review*. In press.
- Beauchard-Fields, F., Stein, R., & Watson, T.L. (2004). Age differences in emotion regulation strategies in handling everyday problems. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*. 59B(6), 265-269.
- Béland, F., Zunzunegui, M.V., Alvarado, B., Otero, A., & Del Ser, T. (2005). Trajectories of cognitive decline and social relations. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*. 60B(6), 320-330.
- Belsky, J. (1996). *Psicología del Envejecimiento: Teoría, Investigaciones y Intervenciones*. Cap. 10, pp. 309-346. Madrid: Masson, SA.
- Belsky, J. (1999). *Psicología del Envejecimiento*. Cap. 9, pp. 263-294. Madrid: International Thompson Editores.
- Bergdahl, E., Gustavsson, J., Kallin, K., Wagert, P., Lundman, B., Bucht, G., & Gustafson, Y. (2005). Depression among the oldest old: the Umea 85+ study. *International Psychogeriatrics*. 17:4, 557-575.
- Berntsen, D., & Rubin, D.C. (2002). Emotionally charged autobiographical memory across the life span: The recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychology and Aging*, 17, 636-652.
- Beutler, L., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). How practioners can systematically use empirical evidence in treatment selection. *Journal of Clinical Psychology*. 58(10), 1199-1212.

- Bisschop, M.I., Kriegsman, D.M., Derg, D.J., Beekman, A.T., & van Tilburg, W. (2004). The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Clinical Epidemiology*. 57, 187-194.
- Blazer, D.G. (2002a). *Depression in Late Life*. USA: Springer Publishing Company, Inc.
- Blazer, D.G. (2002b). Self-efficacy and depression in late life: a primary intervention proposal. *Aging and Mental Health*. 6(4): 315-324.
- Bluck, S. (2003). Autobiographical memory: Exploring its functions in everyday life. *Memory*. 11 (2), 113-123.
- Bluck, S., & Alea, N. (2002). Exploring the functions of autobiographical memory: Why do I remember the Autumn?. In J.D. Webster & B.K. Haight (Eds). *Critical Advances in Reminiscence: From Theory to Application* (pp.61-75). New York: Springer.
- Bluck, S., & Habermas, T. (2000). The life story schema. *Motivation and Emotion*. 24(2), 121-147.
- Bluck, S., & Levine, L. (1998). Reminiscence as autobiographical memory: a catalyst for reminiscence theory development. *Aging and Society*. 18: 185-208.
- Bluck, S., & Li, K. (2001). Predicting memory completeness and accuracy: Emotion and exposure in repeated autobiographical recall. *Applied Cognitive Psychology*. 15: 145-158.
- Bluck, S., Alea, N., Habermas, T., & Rubin, D. (2005). A tale of three functions: the self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition*. Vol. 23, No.1, pp.91-117.
- Bohlmeijer, E., Smit, F., & Cuijpers, P. (2003). Effects of reminiscence and life review on late-life depression: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 18: 1088-1094.
- Bohlmeijer, E., Valenkamp, M., Westerhof, G., Smit, F., & Cuijpers, P. (2005). Creative reminiscence as an early intervention for depression: Results of a pilot study. *Aging & Mental Health*. 9(4): 302-304.
- Bortz, W.M. & Bortz, S.S. (1996). Prevention, Nutrition, and Exercise in the Aged. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Cap. 2, pp. 36-53. USA: SAGE Publications.
- Bowling, A., & Farquhar, M. (1996). Outcome of anxiety and depression at two and a half years after baseline interview: associations with changes in psychiatric morbidity among three samples of elderly people living at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 11: 119-129.
- Brewin, C., Reynolds, M., & Tata, P. (1999). Autobiographical Memory Processes and the course of Depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 108 (3), 511-517.

- Brewin, C.R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Reviews on Psychology*. 47: 33-57.
- Brewin, C.R. (1998). Intrusive autobiographical memories in depression and post-traumatic stress disorder. *Applied Cognitive Psychology*. 12, 359-370.
- Brittlebank, A.D., Scott, J., Williams, J.M., & Ferrier, I. N. (1993). Autobiographical Memory in Depression: state or trait marker? *The British Journal of Psychiatry*. 162: 118-121.
- Bryan, K., Axelrod, L., Maxim, J., Bell, L., & Jordan, L. (2002). Working with older people with communication difficulties: an evaluation of care worker training. *Aging and Mental Health*. 6(3), 248-254.
- Bryant, F.B., Smart, C.M., & King, S.P. (2005). Using the past to enhance the present: Boosting happiness through positive reminiscence. *Journal of Happiness Studies*. 6(3): 227-260.
- Burke, M., & Mathews, A. (1992). Autobiographical memory and clinical anxiety. *Cognition and Emotion*. 6(1), 23-35.
- Burnside, I. (1995). Themes in reminiscence groups with older women. In J. Hendricks (Ed.) *The meaning of reminiscence and life review*. Pp. 159-171. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Burt, C., Watt, S., Mitchell, D., & Conway, M. (1998). Retrieving the sequence of autobiographical memory components. *Applied Cognitive Psychology*. 12, 321-338.
- Busatto, G., Garrido, B., Cid, C., Bottino, C., Camargo, C., Cheda, C., Glabus, M., Alvarez, A., Castro, C., Jacob, W., & Buchpiguel, C. (2001). Padrões de activação cerebral em idosos sadios durante tarefa de memória verbal de reconhecimento. *Revista Brasileira de psiquiatria*. 23(2), 71-78.
- Buss, C., Wolf, O.T., Witt, J., & Hellhammer, D.H. (2004). Autobiographical memory impairment following acute cortisol administration. *Psychoneuroendocrinology*. 29, 1093-1096.
- Butler, R.N. (2002). Age, death and Life Review. *Living with Grief: Loss in later life*. Obtained online on September, 5<sup>th</sup>, 2006, at [www.hospicefoundation.org](http://www.hospicefoundation.org)
- Cañas, J.J., & Bajo, M.T. (1991). Memoria Autobiografica. In J. M. Ruíz-Vargas. *Psicología de la memoria*. Cap. 13, 369-382. Madrid: Alianza *Psicología*.
- Cappeliez, P., & O'Rourke, N. (2002). Profiles of reminiscence among older adults: Perceived stress, life attitudes and personality variables. *International Journal of Aging and Human Development*. 54(4): 255-266.
- Cappeliez, P., O'Rourke, N., & Chaudhury, H. (2005). Functions of reminiscence and mental health in later life. *Aging and Mental Health*. 9(4): 295-301.

- Chan, S.W., Chiu, H.F., Chien, W., Thompson, D.R.; & Lam, L. (2006). Quality of life in Chinese elderly people with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 21: 312-318.
- Chao, S.Y., Jin, S.F., Clark, M.J., Chu, T.I., Liu, H.Y., Wu, C-Y., & Huang, T.S. (2006). The effects of group reminiscence therapy on depression, self esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *Journal of Nursing Research*. 14 (1) 36-45.
- Chi, I., & Chou, K.L. (2000). Depression predicts cognitive decline in Hong Kong Chinese older adults. *Aging & Mental Health*. 4(2): 148-157.
- Clark, D.A. & Steer, R.A. (1996). Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression. In P.M. Salkovskis (Ed). *Frontiers of Cognitive Therapy*. Cap. 4, pp. 75-96. New York: The Guilford Press.
- Coleman, P., Ivani-Chalian, C., & Robinson, M. (1999). Self and identity in advanced old age: validation of theory through longitudinal case analysis. *Journal of Personality* 67:5.
- Coleman, P., Philip, I., & Mullee, M. (1995). Does the use of geriatric depression scale make redundant the need for separate measures of well-being on geriatric wards? *Age and Aging*. 24(5), 416-420.
- Coleman, P.G. (2000). Aging and the satisfaction of psychological needs. *Psychological Inquiry*. 11, 291-293.
- Colombo, G., Buono, M.B., Smania, K., Raviola, R., & De Leo, D. (2006). Pet therapy and institutionalized elderly: A study on 144 cognitively impaired subjects. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 42: 207-216.
- Conway, M. (1990). *Autobiographical Memory: an introduction*. Philadelphia: Open University Press.
- Conway, M. (1990). On bias in autobiographical recall: Retrospective adjustments following disconfirmed expectations. *The Journal of Social Psychology*. 130(2), 183-189.
- Conway, M. (2003). Cognitive-affective mechanisms and processes in autobiographical memory. *Memory*, 11: 217-224.
- Conway, M.A. (2005). Memory and the self. *Journal of Memory and Language*. 53: 594-628.
- Conway, M.A., & Haque, S. (1999). Overshadowing the reminiscence bump: Memories of a struggle for independence. *Journal of Adult Development*. 6(1) 35-44.
- Conway, M.A., Bruce, D., & Schulster, J.R. (1998). New directions in autobiographical research. *Applied Cognitive Psychology*. 12, 297-303.

- Conway, M.A., Pleydell-Pearce, C.W., & Whitecross, S.E. (2001). The neuroanatomy of autobiographical memory: A slow cortical potential study of autobiographical memory retrieval. *Journal of Memory and Language*. 45: 493-524.
- Conway, M.A., Singer, J.A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and Coherence. *Social Cognition*. 22(5), 491-529.
- Conway, M.A., Pleydell-Pearce, C.W., Whitecross, S., & Sharpe, H. (2003). Neurophysiological correlates of autobiographical memory for experienced and imagined events. *Neuropsychologia*, 41(3), 334-340.
- Costa, A. (2005). A depressão nos idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Cap. 6, pp. 157-176. Lisboa: Climepsi Editores.
- Cowley, E. (2006). Remembering the impressions of others as our own: How post-experience decisions can distort autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*. 20, 227-238.
- Cummings, E.M., Davies, P., & Campbell, S.B. (2000). *Developmental psychopathology and family process*. Cap. 2, pp.35-55. New York: Guilford Publications, Inc.
- Cusack, S.A., Thompson, W.J., & Rogers, M.E. (2003). Mental fitness for life: Assessing the impact of an 8-week mental fitness program on healthy aging. *Educational Gerontology*. 29: 393-403.
- Dagleish, T., Spinks, H., Yiend, J., & Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*. 110(2), 335-340.
- David, D. (1995). Reminiscence, adaptation, and social context in old age. In J. Hendricks (Ed.) *The meaning of reminiscence and life review*. Pp. 53-65. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Denkova, E., Botzung, A., Schiber, C., & Manning, L. (2006). Implicit emotion during recollection of past events: A nonverbal fMRI study. *Brain Research*. 1073, 143-150.
- Dhondt, T., Derksen, P., Hooijer, C., Ten Ham, B.V., Van Gent, P.P., & Heeren, T. (1999). Depressogenic medication as an aetiological factor in major depression: An analysis in a clinical population of depressed people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14: 875-881.
- Dick, L.P., Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L.W. (1999). Cognitive-Behavioural Therapy. In R. T. Woods (Ed.). *Psychological Problems of ageing. Assessment, Treatment and Care*. Cap. 10, pp. 253-291. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Dickson, J.M., & Bates, G.W. (2005). Influence of repression on autobiographical memory and expectations of the future. *Australian Journal of Psychology*. 57(1), 20-27.



- Douglas, S., James, I., & Ballard, C. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10: 171-177. The Royal College of Psychiatrists.
- Draper, B., & Low, L.-F. (2005) what is the effectiveness of acute hospital treatment for older people with mental disorders? *International Psychogeriatrics*. 17:4, 539-555.
- Dritschel, B.H., Williams, J.M.G., Baddeley, A.D., & Nimmo-Smith, I. (1992). Autobiographical fluency: A method for the study of personal memory. *Memory & Cognition*. 20(2), 133-140.
- Drummond, L.E., Dritschel, B., Astell, A., O'Carroll, R.E., & Dalgleish, T. (2006). Effects of age, dysphoria, and emotion-focusing on autobiographical memory specificity in children. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 488-505.
- Duarte Silva, M.E. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada: uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coods.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de cuidados*. Pp. 137-158. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ebmeier, K.P., Donaghey, C., & Steele, J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*. 367, 137-167.
- Edelstein, B.A. & Semenchuk, E.M. (1996). Interviewing older adults. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Cap. 7, pp. 153-173. USA: SAGE Publications.
- Eich, E., Macaulay, D., & Lam, R.W. (1997). Mania, depression, and mood dependent memory. *Cognition and Emotion*. 11(5/6), 607-618.
- Elford, H., Wilson, F., McKee, K.J., Chung, M.C., Bolton, G., & Goudie, F. (2005). Psychosocial benefits of solitary reminiscence writing: An exploratory study. *Aging & Mental Health*. 9(4): 305-314.
- Elnick, A.B., Margrett, J.A., Fitzgerald, J.M., & Labouvie-Vief, G. (1999). Benchmark memories in adulthood: Central domains and predictors of their frequency. *Journal of Adult Development*. 6(1)45-59.
- Farrar, M.J., Fasig, L., & Welch-Ross, M. (1997). Attachment and emotion in autobiographical memory development. *Journal of Experimental Child Development*. 67, 389-408.
- Fernández-Ballasteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J., & Díaz Veiga, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez roca. Pp. 110-143.
- Fonseca, A.M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Cap. 6, pp. 161-186. Lisboa: CLIMEPSI Editores.
- Form, A.F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the life span. *Psychological Medicine*. 30, 11-22.

- Francois, I., Moutel, G., Plu, I., Pfitzenmeyer, P., & Hervé, C. (2006). Concerning mistreatment of older people: Clinical and ethical thoughts based on a study of known cases. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 42: 257-263.
- Frazer, C., Christensen, H., & Griffiths, K. (2005). Effectiveness of treatments for depression in older people. *Medical Journal of Australia*. 182, 12, 627-632.
- Frazer, D.W., Leicht, M.L., & Baker, M.D. (1996). Psychological manifestations of physical disease in the elderly. In L.L. Carstensen, B.A. Edelman, & L. Dornbrand (Eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Cap. 10, pp. 3217-237. USA: SAGE Publications.
- Friedman, W.J., & College, O. (2004). Time in autobiographical memory. *Social Cognition*. 22(5), 591-605.
- Fromholt, P., Mortensen, D.B., Torpdahl, P., Bender, L., Larsen, P., & Rubin, D.C. (2003). Life narrative and word-cued autobiographical memories in centenarians: comparisons with 80-year-old control, depressed, and dementia groups. *Memory*, 11(1), 81-88.
- Gallassi, R., Di Sarro, R., Morreale, A., & Amore, M. (2006). Memory impairment in patients with late-onset major depression: The effect of antidepressant therapy. *Journal of Affective Disorders*. 91: 243-250.
- Gallo, J.J., Rebok, G.W., Tennstedt, S., Wadley, V.G., Horgas, A., & ACTIVE Study Investigators. (2003). Linking depressive symptoms and functional disability in late life. *Aging & Mental Health*. 7(6) 469-480.
- Gardini, S., Cronoldi, C., De Beni, R., & Venneri, A. (2006). Left mediotemporal structures mediate the retrieval of episodic autobiographical mental images. *Neuroimage*. 30(2), 645-655.
- Gatz, M., & Fiske, A. (2003). Aging women and depression. *Professional Psychology: Research and Practice*. 34(1), 3-9.
- Gensichen, J., Beyer, M., Muth, C., Gerlach, F.M., Von Korff, M., & Ormel, J. (2006). Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine*. 236, 7-14.
- Gibbs, B.R., & Rude, S.S. (2004). Overgeneral Autobiographical Memory as Depression Vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*. 28(4): 511-526.
- Gibson, F. (2004). The Northern Ireland Reminiscence Network: promoting social wellbeing by valuing memories. *Health Information and Libraries Journal*. 21 (Suppl.2), 62-65.
- Gilboa, A. (2004). Autobiographical and Episodic Memory – one and the same? Evidence from prefrontal activation in neuroimaging studies. *Neuropsychologia*. 42, 1336-1349.

- Gluck, J., Bluck, S., Baron, J., & McAdams, D. (2005). The wisdom of experience: Autobiographical narratives across adulthood. *International Journal of Behavioral Development* . 29 (3) 197-208.
- Goddard, L., Dristchel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 105(4), 609-616.
- Greenberg, D.L., Rice, H.J., Cooper, J.J., Cabeza, R., Rubin, D.C., & LaBar, K.S. (2005). Co-activation of the amygdale, hippocampus and inferior frontal gyrus during autobiographical memory retrieval. *Neuropsychologia*. 43:n 659-674.
- Gross, J.L., Carstensen, L., Pasupathi, M., Tsai, J., Skorpen, C.G., & Hsu, A.Y. (1997). Emotion and aging: Experience, expression, and control. *Psychology and Aging*. 12(4), 590-599.
- Haight, B., Bachman, D., Hendrix, S., Wagner, M., Meeks, A., & Johnson, J. (2003). Life Review: Treating the Dyadic: Family Unit with Dementia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 10, 165–174
- Haight, B.K. (1995). Reminiscing: The state of the art as a basis for practice. In J. Hendricks (Ed.) *The meaning of reminiscence and life review*. Pp. 21-52. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Hampton, R.R., & Schwartz, B.L. (2004). Episodic memory in non-humans: what, and where, is when? *Current opinions in Neurobiology*. 14(2), 192-197.
- Hanaoka, H., & Okamura, H. (2004). Study on effects of Life Review activities on the quality of life of the elderly: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 73: 302-311.
- Hannestad J., Taylor, W., McQuoid, D., Payne, M.E., Krishnan, K.R., Steffens, D.C., & Macfall, J.R. (2006). White matter lesion volumes and caudate volumes in late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 5. Obtained online on October, 2<sup>nd</sup>, 2006.
- Haque, S., & Conway, M.A. (2001). Sampling the process of autobiographical memory construction. *European Journal of Cognitive Psychology*, 13(4), 529-547.
- Harvey, A., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Cap. 3, pp. 73-134. London: Oxford Press.
- Hauer, B. J., Wessel, I., & Merckelbach, H. (2006). Intrusions, avoidance and Overgeneral memory in a non-clinical sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 13, 264-268.
- Head, D.M., Portnoy, S., & Woods, R. (1990). The impact of reminiscence groups in two different settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 5: 295-302.

- Helawell, S.J., & Brewin, C.R. (2004). A comparison of flashbacks and ordinary autobiographical memories of trauma: content and language. *Behaviour Research and Therapy*. 42, 1-12.
- Hepple, J. (2004). Psychotherapies with older people: an overview. *Advances in Psychiatric Treatment*. 10: 371-377.
- Hepple, J., Wilkinson, P., & Pearce, J. (2002). Psychological therapies with older people: An overview. In J. Hepple, J. Pearce & P. Wilkinson (Eds.). *Psychological Therapies with Older People: Developing Treatments for Effective Practice*. Cap. 7, pp. 161-176. East Sussex: Taylor & Francis.
- Hermans, D., den Broeck, K.V., Belis, G., Raes, F., Pieters, G., & Eelen, P. (2004). Trauma and autobiographical memory specificity in depressed inpatients. *Behaviour Research and Therapy*. 775-789.
- Holmes, A., & Conway, M.A. (1999). Generation identity and the reminiscence bump: Memory for public and private events. *Journal of Adult Development*. 6 (1), 21-34.
- Horgas, A.L., Wahl, H.W., & Baltes, M.M. (1996). Dependency in Late Life. In L.L. Carstensen, B.A. Edelman, & L. Dornbrand (Eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Cap. 3, pp. 54-75. USA: SAGE Publications.
- Horiike, A., Kuroki, T., Sato, K., Terada, K., Li-qun, W., Nakane, H., & Nishimura, C. (2004). An fMRI study on autobiographical memory retrieval. *International Congress Series*. 1270: 306-310.
- Hou, C.E., Miller, B.L., & Kramer, J.H. (2005). Patterns of autobiographical memory loss in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20: 809-815.
- Howe, M.L., Courage, M.L., & Edison, S.C. (2003). When autobiographical memory begins. *Developmental Review*. No.23, pp.471-494.
- Hsieh, H.F., & Wang, J.J. (2003). Effect of reminiscence therapy on depression in older adults: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 40: 335-345.
- Huh, T.J., Kramer, J.H., Gazzaley, A., & Delis, D.C. (2006). Response bias and aging on a recognition memory task. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 12, 1-7.
- Hyman, I.E., & Loftus, E.F. (1998). Errors in Autobiographical Memory. *Clinical Psychology Review*. 8, 933-947.
- Iliffe, S., & Drenan, V. (2004). Assessment of older people in the community: from “75-and-over checks” to Nacional service Frameworks. *Reviews in Clinical Gerontology*. 14: 257-267.
- INE (2002). *O envelhecimento em Portugal*. Portugal: Serviço de Estudos para a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e de População.

- Jones, E.D. (2003). Examination of Reminiscence Therapy For Depressed Older Women Residing In A Long-term Care Facility Using The Nursing Intervention Classification. *Journal of Gerontological Nursing*. (29)7, 27-33.
- Jones, E.D., & Beck-Little, R. (2002). The Use of Reminiscence Therapy For the Treatment of Depression in Rural-dwelling Older Adults. *Issues in Mental Health Nursing*, 23(3), 279-290
- Jonsdottir, H., Jonsdottir, G., Steingrimsdottir, E., & Tryggvadottir, B. (2001). Group reminiscence among people with end-stage chronic lung diseases. *Issues and Innovations in Nursing Practices*. 35 (1), 79-87.
- Josephson, B.R., Singer, J.A., & Salovey, P. (1996). Mood regulation and memory: Repairing sad moods with happy memories. *Cognition & Emotion*. 10(4), 437-444.
- Joubert, S., Barbeau, E., Walter, N., Ceccaldi, M., & Poncet, M. (2003). Preservation of autobiographical memory in a case of pure progressive amnesia. *Brain and Cognition*. 53: 235-238.
- Joyce, P.R., Mulder, R.T., Luty, S.E., Sullivan, P.F., McKenzie, J.M., Abbott, R.M., & Stevens, I.F. (2002). Patterns and predictors of remission, response and recovery in major depression treated with fluoxetine or nortriptyline. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 36(3), 384-391.
- Kalayam, B., & Alexopoulos, G.S. (2002). Prefrontal Dysfunction and Treatment Response in Geriatric Depression. *Archives of General Psychiatry*. 56(8): 713-718.
- Katona, C., & Shankar, K. (1999). Depression in old age. *Reviews in Clinical Gerontology*. 9, 343-361.
- Katona, C., & Shankar, K. (2004). Depression in old age. *Reviews in Clinical Gerontology*. 14: 283-306.
- Kaviani, H., Rahimi, M., Rahimi-Darabad, P., Kamyar, K., & Naghavi, H. (2003). How autobiographical memory deficits affect problem solving in depressed patients. *Acta Medica Iranica*, 41(3), 194-198.
- Kim, K.B., Yun, J.H., & Sok, S.R. (2006). Effects of individual reminiscence therapy on older adults' depression, morale and quality of life. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*. 36(5), 813-820.
- Kim, S., Goldstein, D., Hascher, L., & Zacks, T. (2005). Framing effects in younger and older adults. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*. 60B(4), 215-218.
- King, J.A., Hartley, H.J., Maguire, E.A., & Burgess, N. (2005). Anterior prefrontal involvement in episodic retrieval reflects contextual interference. *NeuroImage*. 28: 256-267.

- Klein, S.B., German, T.P., Cosmides, L., & Gabriel, R. (2004). A theory of autobiographical memory: Necessary components and disorders resulting from their loss. *Social Cognition*. 22(5), 460-490.
- Kleinknecht, E., & Beike, D.R. (2004). How knowing and doing inform an autobiography: relations among preschoolers' theory of mind, narrative, and event memory skills. *Applied Cognitive Psychology*. 18, 745-764.
- Knipscheer, C.P., Van Groenou, M.I., Leene, G.J., Beekman, A.T., & Deeg, D.H. (2000). The effects of environmental context and personal resources on depressive symptomatology in older age: a test of the Lawton model. *Ageing and Society*. 20: 183-202.
- Kockler, M., & Heun, R. (2002). Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 17, 65-72.
- Kozachik, S. L., Wyatt, G., Given, C.W., & Given, B.A. (2006). Patterns of use of complementary therapies among cancer patients and their family caregivers. *Cancer Nursing*. 29(2), 84-94.
- Kremers, I.P., Spinhoven, P., Van der Voes, W., & Van Dick, R. (2006). Autobiographical memory in depressed and non depressed patients with borderline personality disorder after long-term psychotherapy. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 448-465.
- Krosin, M.T., Cheng, J., Ranney, M.L., Klitzman, R., & Levin, B. (2006). Problems in comprehension of informed consent in rural and peri-urban Mali, West Africa. *Clinical Trials*. 3(3): 306-313.
- Kuyken, W. & Howell, R. (2006). Facets of autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder and never-depressed controls. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 466-487.
- Laidlaw, K. (2001). An empirical review of cognitive therapy for late life depression: Does research evidence suggest adaptations are necessary for cognitive therapy with older adults. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 8, 1-14.
- Lam, R.W. & Levitan, R.D. (2000). Pathophysiology of seasonal affective disorder: a review. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 25(5): 469-480.
- Lamme, S., & Baars, J. (1995). Including social factors in the analysis of reminiscence in elderly individuals. In J. Hendricks (Ed.) *The meaning of reminiscence and life review*. Pp. 125-138. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Larsen, K., Schroll, M., & Avlund, K. (2006). Depressive symptomatology at age 75 and subsequent use of health and social services. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 42: 125-139.
- Latorre Postigo, J.M. *et al.* (2003). Memoria autobiográfica y depresión en la vejez: entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos com

sintomatologia depressiva. Madrid, IMSERSO, Estudios I+D+I, n.º13. Fecha publicación: 19.05.2005. <http://www.imsersomayores.csic.es>

- Ledoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Cap 7, pp. 179-224. New York: Touchstone Edition.
- Lee, K.M., Volans, P.J., & Gregory, N. (2003). Attitudes toward psychotherapy with older persons among trainee clinical psychologists. *Aging & Mental Health*. 7(2): 133-141.
- Leibetseder, M.M., Rohrer, R.R., Mackinger, H.F., & Fartacek, R.R. (2006). Suicide attempts: Patients with and without an affective disorder show impaired autobiographical memory specificity. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 516-526.
- Lemogne, C., Piolino, P., Friszer, S., Claret, A., Girault, N., Jouvent, R., Allilaire, J.-F., & Fossati, P. (2006). Episodic autobiographical memory in depression: Specificity, autoegetic consciousness, and self-perspective. *Consciousness and Cognition*. 15(8), 258-268.
- Levine, B. (2004). Autobiographical memory and the self in time: Brain lesion effects, functional neuroanatomy, and lifespan development. *Brain and Cognition*. 55: 54-68.
- Levine, B., Svoboda, E., Hay, J.F., Winocur, G., & Moscovitch, M. (2002). Aging and autobiographical memory: dissociating episodic from semantic retrieval. *Psychology of Aging*. 17(4):677-89
- Levine, L.J., & Bluck, S. (1997). Experienced and remembered emotional intensity in older adults. *Psychology and Aging*. 12(3), 514-523.
- Levine, L.J., & Bluck, S. (1997). Experienced and remembered emotional intensity in older adults. *Psychology and Aging*. 12(3), 514-523.
- Levine, L.J., & Bluck, S. (2004). Painting with broad strokes: Happiness and the malleability of event memory. *Cognition & Emotion*. 18, 559-574.
- Levy, E.A., & Mineka, S. (1998). Anxiety and mood-congruent autobiographical memory: A conceptual failure to replicate. *Cognition and Emotion*. 12(5), 625-634.
- Lin, Y., Dal, Y., & Hwang, S.L. (2003). The effect of reminiscence on the elderly population: A systematic review. *Public Health Nursing*. Vol. 20, N4, 297-306.
- Luchi, R.J., Gammack, J.K., Narcisse, V.J., & Storey, C.P. (2003). Standards of care in geriatric practice. *Annual Reviews on Medicine*. 54: 185-196.
- Mackinger, H.F., Leibetseder, M.F., Kunz-Dorfer, A., Fartacek, R., Whitworth, A.B., & Feldinger, F.F. (2004). Autobiographical memory predicts the course of depression during detoxification therapy in alcohol dependent men. *Journal of Affective Disorders*. 78, 61-65.

- Mackinger, H.F., Pachinger, M.M., Leibetseder, M.M., & Fartacek, R.R. (2000). Autobiographical Memories in woman remitted from major depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 109 (2), 331-334.
- Maercker, A. (2002). Life review technique in the treatment of PTSD in elderly patients: Rational and three single case studies. *Journal of Clinical Geropsychology*. 8(3), 239-249.
- Marques, J.F. (2005). Normas de imagética e concreta para substantivos comuns. *Laboratório de Psicologia*. (1) 1: 65-75.
- Martín, I. (2002). Psicossociologia da doença de Machado-Joseph: Estudos sobre os doentes e seus cuidadores. Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Doutor. Manuscrito não publicado. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Mast, B.T., Azar, A.R., MacNeill, S.E., & Lichetenberg, P.A. (2004). Depression and activities of daily living predict hospitalization within 6 months of discharge from geriatric rehabilitation. *Rehabilitation Psychology*. 49(3), 219-223.
- Mather, M., & Carstensen, L. (2005). Aging and motivated cognition: the positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*. 9(10) 496-502.
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review on Psychology*. 1: 167-195.
- Mathias, S.D., Fifer, S.K., Patrick, D.L. (1994). Rapid translation of quality of life measures for international clinical trials: Avoiding errors in the minimalist approach. *Quality of Life Research*. 3(6): 403-412.
- McDowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health: A guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- McNally, R.J., Lancy, S.A., Barrett, H.M., Parker, H.A., Ristuccia, C.S., & Perlman, C.A. (2006). Autobiographical memory specificity in adults reporting repressed, recovered, or continuous memories of childhood sexual abuse. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 527-535.
- Merriam, S.B. (1995). Butler's life review: How universal is it? In J. Hendricks (Ed.) *The meaning of reminiscence and life review*. Pp. 7-20. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Mills, M. (1997). Narrative identity and dementia: a study of emotion and narrative in older people with dementia. *Ageing and Society*. 17, 673-698.
- Mills, T.L. (2001). Comorbid depressive symptomatology: isolating the effects of chronic medical conditions on self-reported depressive symptoms among community-dwelling older adults. *Social Science & Medicine*. 53: 569-578.
- Mirowsky, J., & Reynolds, J.R. (2000). Age, depression, and attrition in the National Survey of Families and Households. *Sociological Methods and Research*. 28(4), 476-504.



- Mitra, M., Allen, D., & Klen Walker, D. (2005). Prevalence and correlates of depression as a secondary condition among adults with disabilities. *American Journal of Orthopsychiatry*. 75(1), 76-85.
- Moscovitch, M., Nadel, L., Winocur, G., Gilboa, A., & Rosenbaum, R.S. (2006). The cognitive neuroscience of remote episodic, semantic and spatial memory. *Current Opinion in Neurobiology*. 16, 179-190.
- Mullen, M., & Yi, S. (1995). The cultural context of talk about the past: Implications for the development of autobiographical memory. *Cognitive Development*. 10, 407-419.
- Mulsant, B., Houck, P., Gildengers, A., Andreescu, C., Dew, M., Pollock, B., Miller, M., Stack, J., Mazumdar, S., & Reynolds III, C. (2006). What is the optimal duration of a short-term antidepressant trial when treating geriatric depression? *Journal of Clinical Psychopharmacology*. 26(2), 113-121.
- Murphy, S. (2000). Provision of psychotherapy services for older people. *Psychiatric Bulletin*. 24: 181-184.
- Nakash O., & Brody L. (2006). The effects of social roles and personality motives on autobiographical memory. *Sex Roles: Journal of Research*; 54:39-56
- Neisser, U. (2004). Memory development: new questions and old. *Developmental Review*. 24, 154-158.
- Nelson, K., & Fivush, R. (2004). The Emergence of Autobiographical Memory: A social Cultural Developmental Theory. *Developmental Review*. 2, 486-511.
- Nessler, D., Johnson Jr., R., Bersick, M., & Friedman, D. (2006). On why the elderly have normal semantic retrieval but deficient episodic encoding: A study of left inferior frontal ERP activity. *Neuroimage*. 30, 299-312.
- Newman, L.S., & Hedberg, D.A. (1999). Repressive coping and the inaccessibility of negative autobiographical memories: converging evidence. *Personality and Individual Differences* .27: 45-53.
- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*. 17(1), 116-124.
- Nomura, N. & Hashimoto, T. (2006). Group reminiscence for Japanese elderly community. *Shinrigaku Kenkyu*. 77(1), 32-39.
- Osvath, P., Voros, V., & Fekete, S. (2004). Life events and psychopathology in a group of suicide attempters. *Psychopathology*. 37: 36-40.
- Pahkala, K., Kivela, S.L., & Laipall, P. (1993). Relationships between social and health factors and depression in old age in a multivariate analysis. *International Psychogeriatrics*. 5(1), 15-32.

- Parrott, W.G., & Spackman, M.P. (2000). Emotion and Memory. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of Emotions*. 2<sup>nd</sup> Edition. Cap. 30, pp. 476-490. New York: The Guilford Press.
- Pasupathi, M., & Carstensen, L. (2003). Age and emotional experience during mutual reminiscing. *Psychology and Aging*. 18(3), 430-442.
- Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness, and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*. 11(2). 221-232.
- Pergher, G.K., Stein, L.M., & Wainer, R. (2004). Estudos sobre memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 31(2) 82-90.
- Peteers, F., Wessel, I., Merckelbach, H., & Boon-Vermeeren, M. (2002). Autobiographical memory specificity and the course of major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (5), 344-350.
- Philippot, P., Schaefer, A., & Herbert, G., (2003). Consequences of specific processing of emotional information: Impact of general versus specific autobiographical memory priming on emotion elicitation. *Memory*. 3(3), 270-283.
- Piefke, M., & Fink, G.R. (2005). Recollections of one's own past: the effects of aging and gender on the neural mechanisms of episodic autobiographical memory. *Anatomy & Embryology*. 210(5-6), 497-512.
- Pillemer, D.B., Wink, P., DiDonato, T., & Sanborn, R. (2003). Gender differences in autobiographical memory styles of older adults. *Memory*. 11(6), 525-532.
- Piolino, P., Desgranges, B., Benali, K., & Eustache, F. (2002). Episodic and semantic autobiographical memory in ageing. *Memory*. 10(4), 239-257.
- Piolino, P., Desgranges, B., Guillery-Girard, B., Taconnat, L., Isingrini, M., & Eustache, F. (in press). Autobiographical memory, autothetic consciousness and self-perspective in aging. *Psychology and Aging*. Obtained online on July, 3<sup>rd</sup>, 2006, at <http://www.lpelab.org>
- Puyenbroeck, J., & Maes, B. (2005). Reminiscence in ageing people with intellectual disabilities: an exploratory study. *British Journal of Developmental Disabilities*. 51(100) 3-16.
- Rabins, P.V. (1998). Comorbidity and mental health in later life. *Aging and Mental Health*. 2(4), 262-263.
- Radvansky, G.A., Copeland, D.E., & Zwann, R.A. (2005). A novel study: investigating the structure of narrative and autobiographical memories. *Memory*. 13 (8), 796-814.
- Raes, F., Hermans, D., Philippot, P., Kremers, I. (2006). Autobiographical memory specificity and psychopathology: The broader context of cognition and emotion research. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 324-327.

- Raes, F., Hermans, D., Williams, J.M., & Eelen, P. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and affect regulation. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 402-429.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J.M., Demyttenaere, K., Sabbe, B., Pieters, G., & Eelen, P. (2005). Reduced specificity of autobiographical memory: A mediator between rumination and ineffective social problem-solving in depression?. *Journal of Affective Disorders*. 87: 331-335.
- Ranga, K., Krishnan, R., DeLong, M., Kraemer, H., Carney, R., Spiegel, D., Gordon, C., McDonald, W., Dew, M., Alexopoulos, G., Buckwalter, K., Cohen, P., Evans, D., Kaufmann, P., Olin, J., Otey, E., & Wainscott, C. (2002). Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biological Psychiatry*. 52: 559-588.
- Rapp, S., Brenes, G., & Marsh, A.P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging and Mental Health*. 6(1): 5-11.
- Rekart, K.N., Mineka, S., & Zinbarg, R.E. (2006). Autobiographical memory in dysphoric and non-dysphoric college students using a computerised version of the AMT. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 506-515.
- Renneberg, B., Theobald, E., Nobs, M., & Weisbrod, M. (2005). Autobiographical memory in borderline personality disorder and depression. *Cognitive Therapy and Research*. 29 (3): 343-358.
- Ribeiro, O. (2005). Quando o cuidador é um homem. Envelhecimento e orientação para o cuidado. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Cap. 9, pp. 235-258. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rimes, K.A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgment in depression. *Behaviour Research and Therapy*. 43,1673-1681.
- Riutort, M., Cuervo, C., Danion, J.M., Peretti, C.S., & Salamé, P. (2003). Reduced levels of specific autobiographical memories in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 117, 35-45.
- Roberts, J.E., Carlos, E.L., & Kashdan, T.B. (2006). The impact of depressive symptoms, self-esteem and neuroticism on trajectories of Overgeneral autobiographical memory over repeated trials. *Cognition and Emotion* 20(3-4), 383-401.
- Robertson, S., Myerson, J., & Hale, S. (2006). Are there age differences in intraindividual variability in working memory performance?. *Journal of Gerontology. Psychological Sciences*. 61B(1), 18-24.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Cap. 8, pp. 177-200. Lisboa: Moraes Editores. 7ª Edição.

- Rottenberg, J., Joorman, J., Brozovich, F., & Gotlib, I. (2005). Emotional intensity of idiographic sad memories in depression predicts symptoms levels 1 year later. *Emotion* . 5(2) 238-242.
- Rubin, D.C. (2005). A basic-systems approach to autobiographical memory. *Current Directions in Psychological Science*. 14(2), 79-83.
- Rubin, D.C., & Schulkind, M.D. (1997a). Distribution of important and word-cued autobiographical memories in 20-, 35-, and 70-year-old adults. *Psychology and Aging*. 12(3), 524-535.
- Rubin, D.C., & Schulkind, M.D. (1997b). The distribution of autobiographical memories across the life span. *Memory & Cognition*, 25 (6), 859-866.
- Rubin, D.C., & Siegler, I.C. (2004). Facets of personality and the phenomenology of autobiographical memory. *Applied Cognitive Psychology*. 18: 913-930.
- Rude, S.S., Hertel, P.T., Jarrold, W., Covich, J., & Hedlund, S. (1999). Depression-related impairments in prospective study. *Cognition and Emotion*. 13(3), 267-276.
- Rybash, J.M. (1999). Aging and Autobiographical memory: the long and bumpy road. *Journal of Adult Development*. 6(1): 1-11.
- Rybash, J.M., & Monaghan, B.E. (1999). Episodic and semantic contributions to older adults' autobiographical recall. *Journal of General Psychology*. 126(1), 85-96.
- Sanz, J. (1996). Memory biases in social anxiety and depression. *Cognition & Emotion*. 10(1), 87-105.
- Saz, P., & Dewey, M.E. (2001). Depression, depressive symptoms and mortality in persons aged 65 and over living in the community: a systematic review of the literature. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 16: 622-630.
- Schaie, K.W. (1990). The optimization of cognitive functioning in old age: Predictions based on cohort-sequential and longitudinal data. In P. Baltes & M. Baltes. *Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*. Canada: Cambridge University Press. Pp. 94-117.
- Schaie, K.W., & Willis, S.L. (2002). *Adult Development and Aging*. Cap. 14, pp. 431-469. New Jersey: Prentice Hall.
- Schneider, J. (1996). Geriatric psychopharmacology. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Cap. 22, pp. 481-540. USA: SAGE Publications.
- Schrauf, R.W., & Rubin, D.C. (1998). Bilingual autobiographical memory in older adult immigrants: a test of cognitive explanations of the reminiscence bump and the linguistic encoding of memories. *Journal of Memory and Language*. 39, 437-457.
- Schrauf, R.W., & Rubin, D.C. (2001). Effects of voluntary immigration on the distribution of autobiographical memory over the lifespan. *Applied Cognitive Psychology* . 15: 75-88.

- Schroots J., & Dijkum C. (2004). Autobiographical Memory Bump – A Dynamic Lifespan Model. *Dynamical Psychology: An International, Interdisciplinary Journal of Complex Mental Processes*. (<http://www.goertzel.org>)
- Scogin, F., Shackelford, J., Rohen, N., Stump, J., Floyd, M., McKendree-Smith, N., & Jamison, C. (2001). Residual geriatric depression symptoms: a place for psychotherapy. *Journal of Clinical Geropsychology*. 7(4)271-283.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence-Based Psychoterapies for Depression in Older Adults. *Clinical Psychology – Science and Practice* 12 (3): 222-237
- Scott, J., & Clare, L. (2003). Do people with dementia benefit from interventions offered on a group basis? *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 10, 186-196. Published online in Wiley InterScience.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., & Montañes, J. (2005). Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*. 40(4), 228-235.
- Serrano, J.P., Latorre, J.M., Gatz, M., & Montañes, J. (2004). Life review using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*. 19(2) 272-277.
- Setliff, A.E., & Marmurek, H.H.C. (2002). The mood regulatory function of autobiographical memory is moderated by self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 32: 761-777.
- Settersten, R.A., & Mayer, K.U. (1997). The measurement of age, age structuring, and the life course. *Annual Review of Sociology*. 23: 233-261.
- Shah, A., & Hoxey, K. (2001). Depression in acutely medically ill elderly inpatients: prevalence, correlates and longitudinal stability. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 10(3), 147-156.
- Shaver, P., & Tancredy, C. (2001). Emotion, attachment and bereavement: a conceptual commentary. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.). *Handbook of bereavement research: Consequences, coping and care*. Pp. 63-88. Washinton, DC: APA.
- Shim, Y.S., & Yang, D.W. (2006). Depression as a prognostic factor: 6 months follow-up in a geriatric institution. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 43: 277-283.
- Smalbrugge, M., Pot, A.M., Jongenelis, L., Gundy, C.M., Beekman, A.T., & Eefsting, J.A. (2006). The impact of depression and anxiety on well being, disability and use of health care services in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 21: 325-332.
- Staundinger, U.M. & Kunzmann, U. (2005). Positive adult personality: Adjustment and/or Growth? *European Psychology*. 10(4): 320-329.

- Steffens, D.C., Otey, E., Alexopoulos, G.S., Butters, M.A., Cuthbert, B., Ganguli, M., Geda, Y.E., Hendrie, H.C., Krishnan, R.R., Kumar, A., Lopez, O.L., Lyketsos, C.G., Mast, B.T., Morris, J.C., Norton, M.C., Peavy, G.M., Petersen, R.C., Reynolds, C.F., Salloway, S., Welsh-Bohmer, K.A., & Yesavage, J. (2006). Perspectives on depression, mild cognitive impairment, and cognitive decline. *Archives of General Psychiatry*. 63(2): 130-138.
- Steffens, D.C., Pieper, C.F., Bosworth, H.B., MacFall, J.R., Provenzale, J.M., Payne, M.E., Carroll, B.J., George, L.K., & Krishnan, K.R. (2005) Biological and social predictors of long-term geriatric depression outcome. *International Psychogeriatrics*. 17(1): 41-56.
- Steinvorth, S., Corkin, S., & Halgren, E. (2006). Ecphory of autobiographical memories: An fMRI study of recent and remote memories. *Neuroimage*. 30(1), 285-298.
- Subramanian, H., & Mitchell, A.J. (2005). The prognosis of depression in late life vs. mid-life. *International Psychogeriatric*. 17:4. 533-537.
- Suedfeld, P., & Bluck, S. (1993). Changes in integrative complexity accompanying significant life events: Historical evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* . 64(1), 124-130.
- Sutton, J. (2002). Cognitive conceptions of language and the development of autobiographical memory. *Language & Communication*. 22: 375-390.
- Svoboda, E.M. (2001). *Autobiographical Interview: Age related differences in episodic retrieval*. Thesis for the Degree of Master of Arts. University of Toronto. Obtained online on July, 3<sup>rd</sup>, 2006, at [www.collectionscanada.ca](http://www.collectionscanada.ca)
- Swales, M.A., Williams, M.G., & Wood, P. (2001). Specificity of autobiographical memory and mood disturbance in adolescences. *Cognition & Emotion*. 15(3), 321-331.
- Tafaro, L., Cicconetti, P., Zannino, G., Tedeschi, G., Tombolilla, M., Ettore, E., & Marigliano, V. (2002). Depression and aging: A survival study on centenarians. *Archives of Gerontology and Geriatrics. Supplement*. 8, 371-376.
- Taylor, W.D., & Doraiswamy, P.M. (2004). A systematic review of antidepressant placebo-controlled trials for geriatric depression: Limitations of current data and directions for the future. *Neuropsychopharmacology*. 29: 2285-2299.
- Teasdale, J.D., & Green, H.A. (2003). Ruminative self-focus and autobiographical memory. *Personality and Individual Differences* . 36: 1934-1943.
- Thompson, C.P., Skowronski, J.J., Larsen, S.F., & Betz, A. (1996). *Autobiographical memory: Remembering what and Remembering when*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Thompson, G., & Foth, D. (2005). Cognitive-Training Programs for Older Adults: What they are and can they enhance mental fitness?. *Educational Gerontology*. 31: 603-626.

- Tugade, M.M., Fredrickson, B.L., & Barrett, L.F. (2004). Psychological resilience and positive emotional granularity: Examining the benefits of positive emotions on coping and health. *Journal of Personality*. 72(6). 1161-1190.
- Tulving, E. (2002). Episodic Memory: From mind to brain. *Annual Review of Psychology*. 53:1-25.
- Turk-Charles, S., Rose, T., & Gatz, M. (1996). The significance of gender in the treatment of older adults. In L.L. Carstensen, B.A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Cap. 5, pp. 107-128. USA: SAGE Publications.
- Valente, S.M. (2005). Detecting and Evaluating depression among elderly patients in home health. *Home Health Care Management & Practice*. 17(2): 101-108.
- Van Vreeswijk, M., & de Wilde, E. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of Autobiographical Memory Test: a meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 42: 731-743.
- Vandenplas-Hopler, C. (2000). *Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e durante a Velhice: Maturidade e Sabedoria*. Cap. IV, pp. 137-168. Porto: Edições ASA.
- Vega, J.L., & Bueno, B. (1995). *Desarrollo Adulto y envejecimiento*. Cap. 1, pp. 17-57. Madrid: Síntesis.
- Versluis, C.E., van der Mast, R.C., van Buchem, M.A., Bollen, E.L., Blauw, G.J., Eekhof, J.A., van der Wee, N.J., & de Craen, A.J. (2006). Progression of cerebral white matter lesions is not associated with development of depressive symptoms in elderly subjects at risk of cardiovascular disease. The PROSPER study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 21: 375-381.
- Vondras, D.D., Powless, M.R., Olson, A.K., Wheeler, D., & Snudden, A.L. (2005). Differential effects of everyday stress on the episodic memory test performances of young, mid-life, and older adults. *Aging and Mental Health*. 9(1): 60-70.
- Voyer, P., & Martin, L.S. (2003). Improving geriatric mental health nursing care: Making a case for going beyond psychotropic medications. *International Journal of Mental Health Nursing*. 12: 11-21.
- Waite, P.J., & Tatchell, T. (2005). The perceived health benefits of community service-learning: reminiscence therapy's impact on novice practitioners. *College Student Journal*. 39.
- Walker, W.R., Skowronski, J.J., Gibbons, J.A., Vogl, R. J., & Thompson, C.P. (2003). On the emotions that accompany autobiographical memories: Dysphoria disrupts the fading affect bias. *Cognition and Emotion*. 17(5), 703-723.
- Wang, J. (2004). The comparative effectiveness among institutionalized and non-institutionalized elderly people in Taiwan of reminiscence therapy as a psychological measure. *Journal of Nursing Research*. 12: 3. 237-245.

- Wang, J. (2005). The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20: 57-62.
- Wang, J., Hsu, Y., & Cheng, S. (2005). The effects of reminiscence in promoting mental health of Taiwanese elderly. *International Journal of Nursing Studies*. 42: 31-36.
- Watkins, E., & Teasdale, J.D. (2004). Adaptative and maladaptative self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*. 82: 1-8.
- Watkins, E., Teasdale, J.D., & Williams, R.M. (2000). Decentring and distraction reduce Overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*. 30: 911-920.
- Watt, L.M., & Cappeliez, P. (2000). Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: intervention strategies and treatment effectiveness. *Aging and Mental Health*. 4(2) 166-177.
- Webster, J. D. (1997a). The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions. *Memory*. 11(2), 203-215.
- Webster, J.D. (1997b). The Reminiscence Functions Scale: A Replication. *Aging and Human Development: A Journal of Psychosocial Gerontology*. 44(2): 136-148.
- Webster, J.D. (1998). Attachment styles, reminiscence functions, and happiness in young and elderly adults. *Journal of Aging Studies*. 12(3), 315-330.
- Webster, J.D. (1999). World views and narrative gerontology: Situating reminiscence behaviour within a lifespan perspective. *Journal of Aging Studies*. 13(1), 29-42.
- Webster, J.D. (2001). The future of the past: Continuing challenges for Reminiscence Research. In G. Kenyon, P. Clark & B. Vries (Eds.). *Narrative Gerontology: Theory, Research and Practice*. USA: Springer Publishing Company.
- Welch-Ross, M.K. (1995). An integrative model of the development of Autobiographical Memory. *Developmental Review*. 15, 338-365.
- Wenzel, A., & Jordan, J. (2005). Autobiographical memory in angry and anxious individuals. *Behaviour Research & Therapy*. 43: 1099-1109.
- Wenzel, A., Pinna, K., & Rubin, D.C. (2004). Autobiographical memories of anxiety-related experiences. *Behaviour Research & Therapy*. 42, 329-341.
- Wessel, I. & Hauer, B.J. (2006). Retrieval-induced forgetting of autobiographical memory details. *Cognition & Emotion*, 20(3/4), 430-447.
- Wessel, I., Meeren, M., Peeters, F., Arntz, A., & Merckelbach, H. (2001). Correlates of autobiographical memory specificity: the role of depression, anxiety and childhood trauma. *Behaviour Research and Therapy*. 39: 409-421.



- Westerhof, G., Bohlmeijer, E., & Valenkamp, M. (2004). In search of meaning: a reminiscence program for older persons. *Educational Gerontology*. 30: 751-766.
- Whishaw, I.Q., & Wallace, D.G. (2003). On the origins of autobiographical memory. *Behavioural Brain Research*. 138, 113-119.
- Whitbourne, S.K. (1996). Psychological perspectives on the normal aging. In L.L. Carstensen, B.A. Edelman, & L. Dornbrand (Eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Cap. 1, pp. 3-35. California: SAGE Publications.
- Wilkinson, P. (2002). Cognitive behaviour therapy. In J. Hepple, J. Pearce & P. Wilkinson (Eds.). *Psychological Therapies with Older People: Developing Treatments for Effective Practice*. Cap. 3, pp. 45-75. East Sussex: Taylor & Francis.
- Williams, J. M. (2006). Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 548-568.
- Williams, J.M. (2002). Autobiographical Memory Test. Department of Psychiatry, University of Oxford.
- Williams, J.M., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*. 95(2), 144-149.
- Williams, J.M., Chan, S., Crane, C., Barnhofer, T., Eade, J., & Healy, H. (2006). Retrieval of autobiographical memories: The mechanisms and consequences of truncated search. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 351-382.
- Williams, J.M., Teasdale, J.D., Seagl, Z.V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces Overgeneral Autobiographical Memory in formerly Depressed Patients. *Journal of Abnormal Psychology*. 109(1): 150-155.
- Williams, J.M.G. (1992). Autobiographical memories and emotional disorders. In S. A. Christianson (Ed.) *The Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory*. Cap. 19, pp. 451-477. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Williams, J.M.G. (1996). Memory processes in psychotherapy. In P.M. Salkovskis (Ed). *Frontiers of Cognitive Therapy*. Cap. 5, pp. 97-113. New York: The Guilford Press.
- Williams, L.J., Jacka, F., Pasco, J., Dodd, S., & Berk, M. (2006). Depression and pain: an overview. *Acta Neuropsychiatrica*. 18(2): 79-87.
- Wilson, A.E., & Ross, M. (2003). The identity function of autobiographical memory: Time is on our side. *Memory*. 11(2), 137-149.
- Winthorpe, C. & Rabbitt, P. (1988). Working memory capacity, IQ, age, and the ability to recount autobiographical events. In M.M. Gruneberg, P.E. Morris, & R.N. Sykes (Eds.). *Practical Aspects of Memory: Current Research and Issues*. Vol. 2: *Clinical and Educational Implications*. Pp. 175-179. USA: John Wiley & Sons.

- Wolfe, R., Morrow, J., & Fredrickson, B.L. (1996). Mood disorders in older adults. In L.L. Carstensen, B.A. Edelman, & L. Dornbrand (Eds.). *The Practical Handbook of Clinical Gerontology*. Cap. 13, pp. 274-303. USA: SAGE Publications.
- Wood, N., Brewin, C.R., & McLeod, H.J. (2006). Autobiographical deficits in schizophrenia. *Cognition and Emotion*. 20(3/4), 536-547.
- Woods, R.T. (1999a). Mental health problems in later life. In R. T. Woods (Ed.). *Psychological Problems of ageing. Assessment, Treatment and Care*. Cap. 4, pp. 73-110. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Woods, R.T. (1999b). Psychological Assessment of Older People. In R. T. Woods (Ed.). *Psychological Problems of ageing. Assessment, Treatment and Care*. Cap. 9, pp. 219-252. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Wright, D.B. (1998). Modelling clustered data in autobiographical memory research: The multilevel approach. *Applied Cognitive Psychology*. 12, 339-357.
- Yang, J.A., & Rhem, L.P. (1995). A study of autobiographical memories in depressed and nondepressed elderly individuals. In J. Hendricks (Ed.) *The meaning of reminiscence and life review*. Pp. 107-123. New York: Baywood Publishing Company, Inc.
- Young, J.E, Beck, A.T., & Weinberger, A. (1999). Depressão. In D.H. Barlow (Ed.). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Cap. 6, pp. 274-312. Porto Alegre: Artes Médicas. (2ª Edição).
- Zhan, L., Clutterbuck, J., Keshian, J., & Lombardi, L. (1998). Promoting Health: Perspectives from Ethnic Elderly Women. *Journal of Community Health Nursing*. 15(1): 31-44.

## **ANEXOS**



ANEXO A:

Escala de Avaliação de Valência de Palavras



**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA VALÊNCIA DE PALAVRAS**

Versão para Investigação (Gonçalves, D. & Albuquerque, P., 2006)

As palavras diferem na medida em que nos reportam a acontecimentos de vida positivos, negativos ou neutros. O objectivo principal da tarefa que lhe vamos pedir é o de avaliar uma lista de palavras tendo em conta o seu maior ou menor grau afectivo. Qualquer palavra que o reporte a um acontecimento positivo deverá receber assim uma avaliação de valência positiva, enquanto que qualquer palavra que considere negativo deverá receber uma avaliação de valência negativa. Palavras que considere neutras deverão receber uma avaliação de valor centra. As suas avaliações serão realizadas numa escala de sete pontos em que **1** corresponde ao nível de valência negativa e **7** ao nível de valência positiva, os outros pontos representarão níveis intermédios entre estes extremos. Utilize a escala completa de **1** a **7** e não se preocupe em utilizar mais determinado ponto da escala desde que este corresponda ao seu julgamento verdadeiro. Trabalhe depressa mas sem descurar as suas avaliações.

Sexo: Feminino  Masculino

	<i>Valência Negativa</i>	<i>Valência Positiva</i>
Aldeia	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Alegria	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Amargura	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Amizade	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Amor	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Avião	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Banana	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Bicicleta	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Caneta	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Cão	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Casa	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Carinho	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Carro	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Cavalo	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Cereja	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Comboio	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Compaixão	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Contentamento	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Depressão	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
Desespero	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	

---

Desprezo	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Dor	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Euforia	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Excitação	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Família	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Felicidade	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Frustração	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Galinha	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Gato	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Laranja	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Maçã	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Macaco	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Morango	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Ódio	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Ovelha	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Paixão	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Rancor	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Riso	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Sapatos	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Saudade	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Sufrimento	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Solidão	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Tartaruga	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Ternura	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Tomate	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Trabalho	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Tristeza	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Urso	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7
Uvas	1	—	2	—	3	—	4	—	5	—	6	—	7



ANEXO B:  
Teste de Memória Autobiográfica



**PROVA DE PRÉ E PÓS-TESTE SOBRE MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA**  
Versão para Investigação (Gonçalves, D. & Albuquerque, P., 2006)

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Pré-teste (1)

*Vou dizer uma palavra em voz alta. Deve dizer-me a primeira recordação que lhe venha à cabeça, ao ouvir a palavra que vou dizer. Mas tem que ser como uma imagem que está gravada na sua cabeça, isto é, uma recordação de um dia, de um momento determinado, num determinado lugar. Deve dar-me a maior quantidade possível de detalhes desse instante, como se tivesse uma imagem desse momento ou dessa recordação.*

Instruções para palavras com valência afectiva

“Tente recordar algum dia, momento ou situação em que sentisse...”

1. Amor TL \_\_\_\_\_ TR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Solidão TL \_\_\_\_\_ TR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Felicidade TL \_\_\_\_\_ TR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Sofrimento TL \_\_\_\_\_ TR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Amizade TL \_\_\_\_\_ TR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Tristeza TL \_\_\_\_\_ TR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Carinho TL \_\_\_\_\_ TR \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Ódio TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

9. Alegria TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

10. Desespero TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

Instruções para palavras neutras

“Tente recordar um dia, momento ou situação específica que apareça na sua memória a partir da palavra...”

11. Bicicleta TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

12. Cão TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

13. Sapatos TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

14. Tomate TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

15. Trabalho TL\_\_\_\_\_ TR\_\_\_\_\_

---

---

Obs.: TL – Tempo de Latência; TR – Tipo de recordação (Geral ou Específico; Positivo, Negativo ou neutro).



ANEXO C:  
Protocolo de Intervenção







**TREINO EM EVENTOS ESPECÍFICOS POSITIVOS NA MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA**  
**BASEADO NA REVISÃO DE VIDA**  
(Serrano, 2002)

Nome: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Primeira sessão de treino**

*Vamos agora conversar sobre as recordações da sua infância, quando era criança e vivia com a sua família na vossa casa. Vou fazer-lhe perguntas sobre acontecimentos muito específicos, ou seja, têm que ser momentos que só se passaram uma vez e não se repetiram, ou então situações e momentos que seja quase capaz de vê-los agora, mesmo que se tenham passado há muito tempo. De acordo? Deve responder-me com a primeira ideia que lhe venha à cabeça, a primeira recordação que lhe surja na mente. Certo? Pode dar-me todos os detalhes que entenda, falar dos seus sentimentos naquele momento, de como se sente agora ao recordar esses acontecimentos, conte-me o que entender, com toda a liberdade.*

Infância, família e lar

Q1. Qual o instante ou situação mais agradável que recorda da sua vida enquanto criança? Pode voltar atrás no tempo tanto quanto deseje.

Q2. Que outro momento ou instante, passado quando era criança, recorda como tendo sido muito feliz?

Q3. Recorda algum acontecimento de máxima felicidade, ocorrido num dia específico da sua infância, que tivesse lugar em sua casa na companhia dos seus pais?

Q4. Pode contar-me algo que o seu pai ou a sua mãe tenha feito quando você era criança, que tenha vivido com muita alegria?

Q5. Tinha irmãos ou irmãs? Consegue recordar um dia que passassem juntos, quando eram muito pequenos, que ficou gravado na sua cabeça por ter sido muito divertido? (Se não tinha irmãos, pense em alguém especial para si.)

Q6. Houve alguém próximo de si que lhe tivesse oferecido um presente quando era criança ou jovem, que o tivesse feito muito feliz?

Q7. Recorda algum dia especial, em que estivesse com um amigo e se divertisse imenso? Porque crê que esse dia o (a) fez sentir tão feliz?

Q8. Recorda um momento ou dia da sua infância em que deixou os seus pais felizes por algo que tenha feito?

Q9. Recorda um dia da sua infância que fosse muito divertido em que estivesse a brincar com um jogo ou um brinquedo preferido?

Q10. Consegue contar-me um dia em que fosse criança ou muito jovem, em que os seus pais o (a) levassem a um lugar para fazê-lo (a) feliz e em que se sentisse especial?

Q11. Como recorda um dia ou momento, quando era muito jovem, de grande felicidade em sua casa?

Q12. Recorda-se de algum instante concreto em que se sentisse protegido ou querido por alguém?

Q13. Quem era a pessoa de quem mais gostava e que lhe deu um abraço ou um beijo, um dia em sua casa, e que nunca mais esqueceu?

Q14. Qual foi a coisa que o seu pai ou a sua mãe fizeram uma dia e que o (a) maravilhou?

### **Segunda sessão de treino**

*Vamos agora conversar sobre as recordações que tem da sua adolescência, entre os 14 e os 20 anos. Vou fazer-lhe perguntas sobre acontecimentos muito específicos, ou seja, têm que ser momentos que só se passaram uma vez e não se repetiram, ou então situações e momentos que seja quase capaz de vê-los agora, mesmo que se tenham passado há muito tempo. De acordo? Deve responder-me com a primeira ideia que lhe venha à cabeça, a primeira recordação que lhe surja na mente. Certo? Pode dar-me todos os detalhes que entenda, falar dos seus sentimentos naquele momento, de como se sente agora ao recordar esses acontecimentos, conte-me o que entender, com toda a liberdade.*

### Adolescência

Q1. Pense em quando era adolescente. Recorda algum dia desta época em que se sentisse especialmente contente por algo? Sentiu-se bem consigo mesmo nesse momento?

Q2. Que outro acontecimento destacaria do início desta fase, da adolescência, como sendo algo que recorda desde sempre por ter corrido muito bem?

Q3. Recorda algum dia de aniversário da sua adolescência? Fale-me sobre os momentos que recorde, sobre os pais, irmãos, amigos ou professores que estiveram perto de si, recorda algum momento especial que seja inesquecível?

Q4. Recorda um dia especial passado na igreja (ou noutro local) com um grupo de amigos?

Q5. Ia à escola? Recorda algum dia de muita diversão na sua turma, um dia de celebração na escola que fosse uma festa para todos? Ou, se não ia à escola uma festa com os seus amigos?

Q6. Enquanto era adolescente, recorda um dia em que se divertisse muito a ajudar os seus pais no trabalho, sentindo-se feliz no final do dia por ter conseguido fazer um trabalho muito duro?

Q7. Conte-me um dia vivido nesta época, que tenha sido muito bonito e especial para si, passado na companhia dos seus melhores amigos. Que seja da adolescência.

Q8. Recorda-se de estar acompanhado num momento ou situação vivida na adolescência, sentindo-se protegido e querido?

Q9. Qual foi a situação de que mais gostou, em que fez algo fora do normal, enquanto era adolescente?

Q10. Considerando as questões que lhe fiz, qual é para si o momento ou instante que considere como mais feliz durante a sua adolescência?

Q11. Descreva a primeira recordação que lhe venha à cabeça sobre um dia específico em que vivesse um momento especial da sua etapa de adolescente?

Q12. Recorda um dia em que fez algo divertido ou especial na companhia do seu pai ou mãe (amigo/a)? O que fizeram juntos?

Q13. Que dia recorda com os seus avós, sendo jovem, que o deixou muito feliz?

Q14. Que momento recorda como especial na adolescência, como tendo sido partilhado com alguém por quem estava apaixonado (a)?

### **Terceira sessão de treino**

*Vamos agora conversar sobre as recordações que tem de quando era adulto, dos 20 aos 60 anos. Vou fazer-lhe perguntas sobre acontecimentos muito específicos, ou seja, têm que ser momentos que só se passaram uma vez e não se repetiram, ou então situações e momentos que seja quase capaz de vê-los agora, mesmo que se tenham passado há muito tempo. De acordo? Deve responder-me com a primeira ideia que lhe venha à cabeça, a primeira recordação que lhe surja na mente. Certo? Pode dar-me todos os detalhes que entenda, falar dos seus sentimentos naquele momento, de como se sente agora ao recordar esses acontecimentos, conte-me o que entender, com toda a liberdade.*

Idade adulta

Q1. Recorda algum dia quando era adulto em que alcançasse um objectivo que tinha definido, sentindo-se por isso feliz?

Q2. Recorda algum instante, enquanto era adulto, em que se sentisse muito feliz ao participar num acto religioso ou estando na igreja?

Q3. Recorde agora a sua vida enquanto adulto, desde que tinha 20 anos até ao dia de hoje. Conte-me qual foi o acontecimento mais importante da sua vida.

Q4. Como foi a sua vida dos 20 aos 30 anos? Conte-me um dia em que se tivesse divertido muito.

Q5. Como é que se divertia? Recorde algum acontecimento importante sendo uma pessoa adulta.

Q6. Fale-me do seu trabalho. Gostava do seu trabalho? Fale-me sobre o dia em que se sentisse mais orgulhoso no seu trabalho de adulto.

Q7. Conte-me algum momento em que se tenha apercebido que tinha uma relação muito importante com outra pessoa, e pela qual se sentia muito feliz?

Q8. Casou? [sim] Conte-me alguma coisa que a sua esposa (o seu marido) tenha feito e que tenha demonstrado o amor que tinha por si. [não] Porque não? Sente-se satisfeito (a) com a decisão que tomou? Recorda um momento em que se apercebesse que estava apaixonado (a) por alguém?

Q9. Qual o momento de maior felicidade que recorda ao lado da sua companheira (do seu companheiro)?

Q10. Poderia descrever o seu casamento como tendo sido muito feliz? Que momento especial recorda melhor?

Q11. Houve alguém próximo de si que recuperou de uma doença grave? Como foram esses instantes de felicidade, vividos já como adulto?

Q12. Recorda algum dia especialmente feliz, quando era adulto, em que tivesse evitado um acidente?

Q13. Houve algum dia em que se sentisse muito contente por ter escapado ao trabalho? O que aconteceu?

Q14. Recorda um dia, sendo adulto, em que sentiu muito feliz por ter oferecido algo a alguém? Como decorreu esse momento? O que sentiu?

#### **Quarta sessão de treino**

*Vamos agora conversar sobre as recordações que da sua vida em geral, ao longo de toda a sua vida. Vou fazer-lhe perguntas sobre acontecimentos muito específicos, ou seja, têm que ser momentos que só se passaram uma vez e não se repetiram, ou então situações e momentos que seja quase capaz de vê-los agora, mesmo que se tenham passado há muito tempo. De acordo? Deve responder-me com a primeira ideia que lhe venha à cabeça, a primeira recordação que lhe surja na mente. Certo? Pode dar-me todos os detalhes que entenda, falar dos seus sentimentos naquele momento, de como se sente agora ao recordar esses acontecimentos, conte-me o que entender, com toda a liberdade.*

#### Resumo de vida

Q1. De um modo global, como crê que tem sido a sua vida? Descreva um momento, o primeiro que recorde, que seja para si o mais feliz que viveu.

Q2. Caso voltasse a viver toda a sua vida de novo, que momento de grande felicidade gostaria de voltar a viver? Descreva-mo.

Q3. Estivemos a falar sobre a sua vida durante algum tempo. Vamos agora discutir os sentimentos e ideias que tem sobre a sua vida. Qual é a primeira satisfação que sente, aquela que considera como sendo mais importante?

Q4. Qual é a segunda satisfação que recorda como sendo mais importante na sua vida?

Q5. Toda a gente sofre desilusões na sua vida. Contudo, qual foi a maior alegria que alguém lhe deu na sua vida?

Q6. Qual foi a situação mais importante e feliz com que teve de lidar na sua vida? Descreva-a.

Q7. Qual foi o período mais feliz da sua vida? O que é que o fez sentir tão feliz durante este período? Pense num dia e descreva-mo.

Q8. Qual é o momento ou instante de toda a sua vida que recorde com maior carinho agora?

Q9. Qual foi o momento da sua vida em que sentisse mais orgulho?

Q10. Se pudesse escolher um momento ou instante da sua vida em que ficasse a viver para sempre, qual escolheria? Porquê?

Q11. Como crê que foram os últimos 10 anos? Crê que poderia ter sido melhor ou pior? Que momento dos últimos 10 anos destacaria como sendo o mais feliz?

Q12. Qual acha que foi a coisa mais importante que fez em toda a sua vida, que ainda hoje o encha de alegria?

Q13. Recorda-se de algum dia, quase como se fosse hoje, em que tivesse alguém nos seus braços (filho, neto ou outro), e em que tivesse sentido uma felicidade máxima?

Q14. A quem está eternamente agradecido por algo que tenha feito por si num determinado momento?