

TARCÍSIO GOMES DUTRA



Universidade Federal de Pernambuco
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

Avaliação do Desempenho da Memória Autobiográfica na Depressão Pós-parto: Um Estudo Comparativo

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Neuropsicopatologia

Orientador

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

Prof. Associado do Departamento de Neuropsiquiatria, CCS-UFPE;

Coordenador do Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – UFPE.

RECIFE – PE
2011

Dutra, Tarcísio Gomes

Avaliação do desempenho da memória autobiográfica na depressão pós-parto: um estudo comparativo / Tarcísio Gomes Dutra. – Recife: O Autor, 2011.

114 folhas: il., fig., ; 30 cm.

Orientador: Everton Botelho Sougey

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, 2011.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Memória autobiográfica. 2. Supergeneralização. 4. Depressão pós-parto. I. Sougey, Everton Botelho. II. Título.

UFPE

618.76

CDD (20.ed.)

CCS2011-073

Universidade Federal de Pernambuco

REITOR

Prof. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. José Thadeu Pinheiro

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DIRETOR SUPERINTENDENTE

Prof. George da Silva Telles

DEPARTAMENTO DE NEUROPSIQUIATRIA

CHEFE

Prof. Alex Caetano de Barros

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO

NÍVEL MESTRADO E DOUTORADO

COORDENADOR

Prof. Everton Botelho Sougey

VICE-COORDENADOR

Profa. Sandra Lopes de Souza

CORPO DOCENTE

Ângela Amâncio dos Santos
Belmira Lara da S.A.da Costa
Everton Botelho Sougey
Gilson Edmar Gonçalves e Silva
Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho
João Ricardo Mendes de Oliveira
Kátia Karina do Monte Silva
Lúcio Vilar Rabelo Filho
Luiz Ataíde Junior
Marcelo Moraes Valença
Maria Lúcia de Bustamente Simas
Maria Lúcia Gurgel da Costa
Murilo Costa Lima
Otávio Gomes Lins
Othon Bastos Filho
Patrícia Maria Albuquerque de Farias
Sandra Lopes de Souza
Sílvia Regina Arruda de Moraes

**RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO
DO MESTRANDO TARCÍSIO GOMES DUTRA,**

No dia 25 de fevereiro de 2011, às 9h, no Auditório do 2º andar do Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, os Professores: Izabel Augusta Hazin Pires Loreto Doutora Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Amaury Cantilino da Silva Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria e Everton Botelho Sougey, Doutor Professor do Departamento de Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüiram o Mestrando TARCÍSIO GOMES DUTRA, sobre a sua Dissertação intitulada "**AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA MEMÓRIA AUTOBIOGRÁFICA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UM ESTUDO COMPARATIVO**", orientado pelo professor Everton Botelho Sougey. Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do Mestrando as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profª. Drª. Izabel Augusta Hazin Pires Loreto

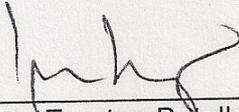
Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva

Prof. Dr. Everton Botelho Sougey

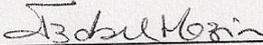
APROVADO

APROVADO

APROVADO



Prof. Dr. Everton Botelho Sougey
Presidente da Banca Examinadora



Profª. Drª. Izabel Augusta Hazin Pires Loreto



Prof. Dr. Amaury Cantilino da Silva

Normatização Adotada

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

“Regulamentação da defesa e normas de apresentação da Pós-Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFPE”.¹

¹Apresentar a **dissertação em formato de artigos**, dos quais pelo menos um artigo deve ser enviado para publicação em revista indexada no mínimo como Qualis Nacional A da CAPES. O formato de apresentação dos artigos segue as normas de “instruções aos autores” das Revistas que serão submetidos. A revisão da literatura pode ser apresentada sob a forma de artigo de revisão a ser submetido à publicação. Ver: www.ufpe.br/posneuro.

Dedicatória

*A meus pais e minhas irmãs
por mais um degrau subido.
Devo absolutamente tudo a vocês!*

*Aos meus verdadeiros amigos que acreditam
veementemente em mim.*

Agradecimentos

Ao meu orientador, o Prof. Dr. *Everton Botelho Sougey* pela confiança em mim depositada e pela sua competência, exemplo e seriedade no que concerne o saber científico;

A Prof. Dra. *Izabel Augusta Hazin Pires de Loreto*, por toda sua disponibilidade, atenção e ajuda prestada na discussão dos procedimentos metodológicos deste trabalho;

Ao Professores Ms. *Giovanni Kuckartz Pergher* e Ms. *Tetsuo Tashiro* pela contribuição valiosa na análise dos dados deste trabalho;

Aos docentes que ministraram as aulas, em especial aos professores: Dr. *Everton Botelho Sougey*, Dra. *Belmira Lara Andrade*, Dra. *Maria Lúcia Gurgel*, Ms. *Tetsuo Tashiro*, Ms. *Miguel Arcanjo* e Dra. *Pompéia Vilachan Lira*.

Ao Dr. *Amaury Cantilino Júnior*, pela atenção e disponibilidade de sempre;

Ao Dr. *João Ricardo Mendes de Oliveira*, pela sua atenção, presteza e cuidado em momentos importantes;

Aos meus queridos colegas de sala: *Jákina Vieira*, *Sandra Martins*, *Leila Lins*, *Daniele Carneiro*, *Luciana Belo*, *Patrícia Balata*, *Erik Trovão*, *José Spencer*, *Reginete Cavalcante*, *Marcelus Almeida*, *Laila Kurtinaitis*, *Marília Pereira*, *Luciano Albuquerque*. Aprendi com todos vocês!

À amiga *Moema Tenório* pelo constante apoio nas horas difíceis. A você minha eterna gratidão!

À amiga *Marta Marinho*. Sua presença está sempre comigo, principalmente nas horas difíceis.

À Sra. *Gildete Pisarro*, pessoa cara a mim. Obrigado pelo seu exemplo de fortaleza, carinho, amizade e cuidado. Este trabalho também é seu.

Aos funcionários do Ambulatório de Puericultura do Hospital das Clínicas que aceitaram a realização do estudo: Dr. *José Henrique*, Dr. *Cilo*, Dra. *Márcia*, Dra. *Rosemary*. Agradecimento especial às enfermeiras *Dili*, *Marleide* e *Iva*.

A todas as mulheres que aceitaram participar desta pesquisa, mesmo diante de suas dificuldades;

Às secretárias da pós-graduação *Solange Martins*, *Fátima Gomes* e *Dayane Silva*. Muito obrigado pela atenção e eficiência de vocês!

Resumo

Introdução: Têm-se observado que pessoas acometidas de transtornos do humor, mais especificamente a depressão, apresentam déficits na recordação de eventos pessoais. Acontece que quando solicitados a recuperar memórias pessoais que sejam específicas, ou seja, recordações que possuem localização temporal e espacial definidas e cuja duração é inferior a um dia; os indivíduos recordam seu passado de forma sintética, genérica e inespecífica. Tal fenômeno é conhecido como supergeneralização da memória autobiográfica e tem sido relacionado a maior vulnerabilidade para transtornos depressivos, déficits na resolução de problemas, dificuldades para imaginar o futuro e maior propensão a atos suicidas e para-suicidas, além de pior prognóstico no curso do tratamento. Atualmente, tal característica tem sido investigada em diversos grupos clínicos além da depressão maior, com o intuito de observar como esse aspecto neurocognitivo pode estar implicado na instalação e manutenção das psicopatologias. De nosso conhecimento, este é o primeiro estudo brasileiro a investigar a supergeneralização em uma amostra clínica, mas especificamente na depressão pós-parto. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da memória autobiográfica, em relação à especificidade e latência de evocação em mulheres com depressão pós-parto, comparando-as com mulheres no período puerperal, isentas dessa condição clínica. **Método:** Foram investigadas 74 puérperas, das quais 26 apresentavam depressão pós-parto e as demais constituíram o grupo controle. Os instrumentos utilizados foram a versão em português do Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) e o Teste de Memória Autobiográfica (TMA). **Resultados:** As mulheres com depressão pós-parto foram menos específicas nas suas memórias em relação aos controles, verificando-se diferença significativa em relação à evocação com as palavras de valência positiva no TMA ($p < 0.05$). Não houve diferença significativa entre os grupos em relação à latência de recuperação. **Conclusão:** Identificamos que a supergeneralização da memória autobiográfica foi observada em mulheres acometidas de depressão pós-parto. Sugere-se mais estudos neste sentido, principalmente de caráter longitudinal, no sentido de verificar os efeitos da perda de especificidade, nos períodos relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher.

Palavras-chave: Memória autobiográfica, supergeneralização, depressão pós-parto.

Abstract

Introduction: Deficit on retrieving personal events has been observed in people with mood disorders, specifically depression. When individuals are requested to recover specific personal memories, that is, memories that possess defined temporal and spacial localization and whose length is inferior to a day; the individuals remind their past in a synthetic, generic and non-specific way. Such phenomenon is known as autobiographical memory overgeneralization and has been related to major vulnerability for depressive disorders, deficit on solving-problems skills, difficulties on imagining future and a major pretension to suicide and parasuicide acts, besides a worse prognostic during treatment. Currently, such characteristic has been investigated in many clinical groups besides major depression, intending to observe how this neurocognitive aspect may be implicated in installing and maintenance of psychopathologies. From our knowledge, this is the first Brazilian study to investigate overgeneralization within a clinical sample, specifically in *postpartum* depression. **Objective:** Evaluate the performance of autobiographical memory in relation to specificity and latency of retrieval in women with *postpartum* depression, comparing them with women in puerperal period exempt from this clinical condition. **Method:** Seventy-four women were investigated, from which 26 presented postpartum depression and the others were control group. version in Portuguese from Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Autobiographical Memory Test (AMT) were the instruments administered. **Results:** Women with postpartum depression were less specific in their memories, observing expressive difference in relation to retrieval with cue-words of positive valence at AMT ($p < 0.05$). There was no expressive difference among groups in relation to retrieval latency. **Conclusion:** We identified that the autobiographical memory overgeneralization was observed in women that had *postpartum* depression. More studies in this sense are suggested, mainly with longitudinal character, to verify effects of loss of specificity in the cognitive processes and in mood, in periods related to the reproductive cycle of the woman.

Key-words: autobiographical memory, overgeneralization, *postpartum* depression.

Lista de Tabelas

ARTIGO DE REVISÃO

A Supergeneralização da Memória Autobiográfica nos Transtornos Psiquiátricos: Uma Revisão.

TABELA I - Características dos artigos incluídos na revisão 68

ARTIGO ORIGINAL

Evaluation of the Autobiographical Memory Performance in *Postpartum* Depression: A Comparative Study

TABLE I – General characteristics of the sample 97

TABLE II – Average of specificity of the memories and of the responses latency 97

TABLE III – Percentage of types of recalled memories 98

Lista de Siglas

AMT – Autobiographical Memory Test

SCID-I – Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders

MA – Memória Autobiográfica

MAS – Memórias Autobiográficas Supergeneralizadas

TMA – Teste de Memória Autobiográfica

DPP – Depressão Pós-Parto

Sumário

1. INTRODUÇÃO

1.1 – Considerações gerais	14
1.2 – Os sistemas de Memória	18
1.3 – Memória autobiográfica	19
1.4 – Transtornos afetivos no puerpério	22
1.5 – Justificativa	27
1.6 – Hipótese	28
1.7 – Objetivos do estudo	28
1.7.1 – Objetivo Geral	28
1.7.2 – Objetivos específicos	28
2.0 – Metodologia	29
Referências	30
2.1 – Artigo de Revisão – A supergeneralização da Memória autobiográfica nos transtornos psiquiátricos	36
Resumo	36
Introdução	38
Método	44
Revisão de literatura	44
Considerações finais	57
Referências	59
2.2 – Original article – Evaluation of the Autobiographical Memory Performance in <i>Postpartum</i> Depression: A Comparative Study.	72
Abstract	72
Introduction	73
Method	79
Results	82
Discussion	84

References	89
3.0 – Considerações Finais	100
Anexos	102
Aprovação do comitê de ética em pesquisa	103
Termo de Livre Consentimento Esclarecido	104
Questionário Bio-sócio-demográfico	105
TMA	107
SCID - I	108
Comprovante de submissão do artigo de revisão	114



Introdução

1.1 – Considerações Gerais

A memória, ou de forma mais abrangente, os processos mnemônicos, destacam-se como essenciais à continuidade do percurso de vida de um organismo. Ela representa um papel central para o ser humano, possibilitando o sentido do tempo, a conservação da identidade, a possibilidade de aprendizado e adaptação (CORRÊA, 2008). O estudo da memória é interdisciplinar, abrangendo áreas como a psicologia, neurologia, psiquiatria, biologia molecular, neuroanatomia, filosofia, história, dentre outras. Um aspecto importante a ser refletido é como viveriam as espécies, se não possuíssem a capacidade mínima para codificar as informações que lhes acontecem durante sua existência. Neste sentido, torna-se evidente que habilidades cognitivas, como a memória, estão intrinsecamente ligadas à evolução de vida na Terra e, o seu refinamento na escala evolutiva teve papel crucial em termos de seleção natural, capacitando as diversas espécies a se tornarem aptas à sobrevivência e selecionar características vantajosas que pudessem ser transferidas aos descendentes (OLIVEIRA, 2007). Saindo do universo das mais variadas espécies e considerando apenas a nossa, o que seria do nosso dia seguinte se não tivéssemos nenhuma memória do nosso dia anterior ou de aspectos relevantes da nossa vida? Questões como estas, apesar de parecerem superficiais para alguns, enfatizam o ponto-chave daquilo que dá e possibilita o fluxo da existência da vida do homem e o sentido de continuidade de ser um indivíduo singular, com peculiaridades e modos de agir e reagir que tomam por base as vivências anteriores. Estas funcionam, podemos dizer, como alicerces que permeiam o “desenrolar”, inclusive do nosso cotidiano, e prospectivamente o planejamento e execução de intenções que realizamos visando o nosso futuro (BENITES & GOMES, 2007).

A faculdade da memória, o seu entendimento e dificuldades é uma preocupação que atinge o homem desde a antiguidade. Em seu *Tratado das Coisas Naturais*, Aristóteles já tratou a memória em dois grupos: *mnemê* como a faculdade de reter coisas que voltam espontaneamente ao espírito e *anamnêsis* como a faculdade de encontrar pelo esforço, algo que se quer saber (IPSEN, 1987 apud CORRÊA, 2008).

Diversos estudiosos se engajaram de forma mais proeminente no esforço de entender os processos mnemônicos. No final do século XIX, Ribot (apud CORRÊA,

2008) propôs, o que ficou logo conhecido como sua lei, que a velocidade do esquecimento se dá na ordem inversa do tempo de formação da memória, ou seja, quanto mais recente a memória, mais rapidamente ela pode ser esquecida. No mesmo período, Ebbinghaus (apud PERGHER e STEIN, 2003) na Alemanha, usando medidas matemáticas rígidas e aplicando o método experimental aos processos mentais, realizou diversos experimentos controlados e minuciosos para medir a aprendizagem. Após uma série de observações, sendo ele próprio o sujeito de suas pesquisas, utilizando uma lista de aproximadamente 2300 sílabas semelhantes mas sem sentido, desenvolveu o que hoje se conhece como *curva de retenção*. Em 1890, William James (apud ADES, 1993) distinguiu o que chamou de memória primária e secundária. Korsakoff (apud CORRÊA, 2008) no ano de 1895 publicou as primeiras descrições da síndrome amnésica que levaria o seu nome. Durante algumas décadas a ciência ficou dividida entre concepções localizacionistas – tendo como exemplos as descobertas de Broca e Wernicke – e holistas, no qual se destacou Karl Lashley, que no início do século XX, realizou diversos experimentos com objetivo de encontrar os traços físicos da memória. Seus experimentos concentraram-se em treinar ratos em tarefas de labirintos antes e depois de remover partes do córtex, observando que eles pioravam o desempenho quanto maior fosse a quantidade de tecido removido, não importando onde era feita. Lashley concluiu que todas as áreas do córtex eram igualmente importantes para a memória. Donald Hebb, um aluno de Lashley levou a frente a sua concepção antilocalizacionista de memória, criando seu modelo na década de 40 no qual enfatizou a ativação de circuitos distintos dependendo do estímulo recebido.

Outra descoberta de fundamental importância no estudo da memória se deu a partir de 1953, após uma intervenção cirúrgica num paciente que ficou conhecido como H.M., portador de epilepsia temporal refratária e que foi submetido à ablação do hipocampo e do lobo temporal bilateralmente, pelo neurocirurgião William Scoville, da equipe de Penfield. Observou-se que H.M. tornou-se incapaz de reter na memória os fatos acontecidos depois da cirurgia, entretanto conservou a memória de curto prazo e as recordações antes da cirurgia. H. M. também perdeu a capacidade de memória para certas tarefas que envolviam conhecimento consciente, mas manteve a memória para habilidades motoras aprendidas inconscientemente.

Brenda Milner, uma das colaboradoras de Penfield, que acompanhou H.M. durante décadas contribuiu com os estudos de memória por confirmar que a memória

humana parece envolver vários sistemas distintos. (CORRÊA, 2008; KANDEL, SCHWARTZ & JESSELL, 2003; LENT, 2002).

A classificação temporal da memória ganhou destaque e notoriedade a partir da ênfase dada por Atkinson e Shiffrin (1971), quando divulgaram seu modelo serial de memória trazendo os conceitos de memória sensorial, de curto prazo e de longo prazo, apesar de chamarem atenção que a noção de sistemas distintos de memória já havia sido esboçada por associacionistas ingleses, tais como James Mill e John Stuart Mill, bem como por psicólogos experimentais como Wilhelm Wundt e Ernst Meumann na Alemanha e William James nos Estados Unidos. Essa teoria de organização da memória postulou que a informação é inicialmente armazenada em um estoque de curto prazo e subsequentemente transferida para o estoque de memória de longo prazo principalmente por intermédio do processo de repetição (ATKINSON & SHIFFRIN, 1971). Outras marcantes contribuições foram dadas por Endel Tulving em 1972 ao fazer a distinção entre a memória semântica e a memória episódica (TULVING, 1972) e por Baddeley (1986) ao conceituar a *working memory* ou memória de trabalho, composta por um *sistema executivo central* que coordena a informação de saída de dois sistemas subordinados, chamados de *alça fonológica* e *rascunho visuoespacial*.

Várias são as maneiras de conceituar a memória de forma geral. Para Izquierdo (2008), “memória é a aquisição, a formação, a conservação e a evocação de informações” (p.9). Segundo Lent (2002), a memória é a capacidade que os homens e os animais têm de armazenar informações que possam ser recuperadas e utilizadas posteriormente. Tal capacidade difere da aprendizagem por ser esta apenas o processo de aquisição de informações. Kandel, Schwartz e Jessell (2003), definem-na como o processo através do qual o conhecimento é codificado, retido e, posteriormente recuperado. Neste sentido, também a diferencia da aprendizagem, que se relaciona ao processo pelo qual nós adquirimos o conhecimento sobre o mundo. Strauss, Sherman e Spreen (2006) conceituam a memória como um processo complexo através do qual os indivíduos codificam, armazenam e recuperam informações.

O processo de memorização parece obedecer às seguintes etapas: a seleção, a retenção, a consolidação e a evocação. Devido o fato de que são inúmeros os estímulos que recebemos para serem armazenados, os sistemas de memória acabam por selecionar aqueles que são mais relevantes para as funções cognitivas, como por exemplo, a

atenção e a emoção ou simplesmente a seleção é feita por critérios que não são claros. O próximo passo seria a retenção dos aspectos que foram selecionados, podendo ser retidos por apenas alguns segundos, por um tempo curto ou até por anos. É importante ressaltar, que com o passar do tempo, alguns dos aspectos que são armazenados são esquecidos. O esquecimento também é necessário e representa um importante recurso adaptativo para a espécie, de forma que nós somos também aquilo que resolvemos esquecer (IZQUIERDO, 2008). Possivelmente o esquecimento desempenha o papel de prevenção de sobrecarga nos sistemas cerebrais que se dedicam à memorização. Portanto, das muitas coisas que são retidas, tendemos em muitas delas, a permanecer somente com os aspectos mais relevantes ou que são essenciais à continuidade ou entendimento de determinado contexto.

Seguindo as etapas de memorização, tem-se a consolidação, que se refere ao processo pelo qual os conteúdos permanecem armazenados de forma duradoura, durante um tempo considerável ou de forma permanente. Todos nós possuímos memórias que aconteceram há muito tempo atrás e que podemos resgatar de tempos em tempos, o que nos possibilita afirmar que foram então consolidadas. A partir desse processo é que se pode dar a evocação, pelo qual recuperamos aquilo que foi consolidado.

Tais etapas, entretanto, não acontecem dissociadas de outros aspectos cognitivos existentes. Todos nós já passamos por situações onde tentamos memorizar algo e não conseguimos ou tentamos evocar algum fato específico e também não obtemos sucesso. Principalmente a fixação ou a retenção dos estímulos dependem ou podem ser moduladas por alguns fatores psicológicos, a saber: o nível de consciência e estado geral do organismo, estado de atenção global e a capacidade de manter-se concentrado; recursos sensoriais e perceptivos preservados, interesse pelo conteúdo a ser fixado e nível de emocionalidade que este apresenta, existência de conhecimento prévio sobre o conteúdo, organização temporal das repetições, capacidade de compreensão acerca do conteúdo a ser fixado e os canais sensoperceptivos envolvidos na percepção (DALGALARRONDO, 2000). Depreende-se disto que o processo de memorização como um todo, está entrelaçado por inúmeras variáveis e que precisam ser levadas em consideração quando se busca entendê-lo melhor.

Falar em memória significa levar em consideração – além dos aspectos elencados acima – que ela não se apresenta como uma entidade unitária, de maneira a

poderem-se identificar distintos sistemas de memória. Esta suposição é suportada por três linhas de pesquisa: a pesquisa cognitiva experimental, os estudos com pacientes acometidos por lesões cerebrais e os estudos por imagem cerebral funcional, utilizando a tomografia por emissão de pósitrons (PET) ou imagem de ressonância magnética funcional (IRMf) (STERN & SACKEIN, 2006). Baseando-se nesta compreensão, a seguir apresentar-se-á brevemente como se classificam tais sistemas.

1.2 – Os sistemas de Memória

Os sistemas de memória são classificados de acordo com dois grandes aspectos: quanto ao tempo de retenção e quanto à natureza da memória (LENT, 2002).

Atualmente, em relação ao tempo de retenção, de forma geral, a memória pode ser classificada nas seguintes categorias: *memória de curtíssimo prazo* ou também chamada *memória sensorial*, ou ainda, memória ultra-rápida; que dura de frações de segundos a segundos (GREENBERG & RUBIN, 2003; LENT, 2002) e geralmente apresenta uma representação de ordem visual ou auditiva (COWAN, 1996); a *memória de curto prazo*, que é mais duradoura, variando de minutos a horas e permite o sentido de continuidade do presente (LENT, 2002); *memória de longo prazo*, que dura dias a meses segundo alguns ou horas, dias ou anos para outros. Pode-se falar também em memória de *longuíssimo prazo*, onde as informações ficariam armazenadas por tempo ilimitado, praticamente por toda a vida (GREENBERG & RUBIN, 2003).

Quanto à natureza, inicialmente os sistemas de memória podem ser classificados dividindo as memórias em *declarativas* e *não declarativas*, podendo ser chamadas também de explícitas e implícitas. As memórias declarativas ou explícitas são conceituadas como lembranças conscientes de palavras, cenas, faces, histórias ou eventos (STERN & SACKEIN, 2006) ou de outra forma, como tudo aquilo que pode ser evocado por meio de palavras e que podem ser recordadas por esforço consciente deliberado (LENT, 2002). Podem se subdividir em episódicas e semânticas, conceituação dada por Tulving (1972). As episódicas dizem respeito a eventos relacionados ao tempo e à lembrança consciente de experiências pessoais. As semânticas relacionam-se aos conteúdos formais sobre o mundo, os conceitos atemporais.

As memórias não declarativas ou implícitas podem ser definidas como um conjunto de processos não declarativos, sendo memórias que recordamos inconscientemente (JOHNSON, HASHTROUDI & LINDSAY, 1993; STERN & SACKEIN, 2006). Estas derivam da observação que diversas tarefas continuam a ser realizadas com sucesso, mesmo quando indivíduos perdem a capacidade de evocar memórias declarativas. Pode-se subdividi-las em: memória de procedimentos ou processual, que envolvem um conjunto de atividades cognitivas ou motoras (ex.: andar de bicicleta, executar a tarefa da Torre de Hanói), a memória pré-ativada (*priming*) que consiste numa identificação mais fácil a partir de pistas como consequência à exposição anterior as mesmas (ex.: evocar a imagem de um avião por visualizar apenas sua asa). Podem-se considerar também como memórias implícitas, as chamadas *associativas* e *não associativas*. De forma sucinta, as associativas possuem como característica o pareamento de dois ou mais estímulos (condicionamento clássico) e as não-associativas estão relacionadas à atenuação de uma resposta (habituação) ou o seu aumento (sensibilização) através da repetição de um mesmo estímulo. Podemos associar determinado ruído a algo perigoso quando escutamos, ao passo que se houver uma repetição de tal ruído e nenhum efeito de periculosidade, tendemos a modificar nosso conceito, ocorrendo uma habituação. No entanto, caso haja um aumento na intensidade do ruído, por exemplo, podemos ficar alertas de novo, ocorrendo uma sensibilização.

Além das classificações citadas, destaca-se ainda, o conceito de memória de trabalho (*working memory*), que armazena temporariamente informações que nos são úteis para o raciocínio imediato, a compreensão, a aprendizagem e a resolução de problemas, por exemplo. Funciona como um depósito para a conservação transitória de informações, e permite a ocorrência de processos cognitivos complexos (STERN & SACKEIN, 2006).

1.3 - A memória Autobiográfica

Quando se fala em memória autobiográfica (MA), os próprios termos parecem autoexplicativos, por entender que fazem referência aos acontecimentos que foram registrados e constituem a nossa autobiografia.

Historicamente, a primeira autobiografia parece ter sido escrita por santo Agostinho, nas suas *Confissões*, onde o mesmo avalia os erros e os acertos que vivenciou em seu percurso de conversão ao cristianismo. Agostinho (apud GAUER &

GOMES, 2007) destaca o papel da memória como o “palácio” visitado por ele para inclinar-se sobre sua própria experiência. Atualmente tem se entendido a memória autobiográfica como um campo de estudos da psicologia cognitiva relativamente recente (GAUER & GOMES, 2007). É importante ressaltar que desde que Tulving diferenciou a memória episódica da memória semântica, o termo “memória autobiográfica” tem sido usado dentro da memória episódica quando se foca a atenção sobre as recordações do sujeito sobre suas próprias experiências pessoais, recentes ou remotas (KOPELMAN, WILSON & BADDELEY, 1989). Diante disso, diversas formas de conceituação têm aparecido na literatura, como as seguintes:

- Apresenta-se como uma evocação episódica de datas, eventos e incidentes pessoais através do tempo e da relação espacial e temporal entre eles, apresentando-se como mais do que uma mera evocação, pois o indivíduo que recorda tem consciência da evocação como uma experiência pessoal (GREENBERG & RUBIN, 2003).
- Envolve a memória semântica, pois é necessário primeiramente um conhecimento de si próprio, para que os dados tenham significado como pertencentes ao indivíduo em particular. Evocação de informações acompanhada da sensação de rememoração dos fatos como parte da consciência do eu (FRANK & LANDEIRA-FERNADEZ, 2006);
- Segundo Brewer (1996, apud GAUER & GOMES, 2007) apresenta-se como um campo de estudos de desenvolvimento recente em psicologia cognitiva, sendo definida como a capacidade cognitiva específica de recordar conscientemente eventos pessoais;
- De acordo com Rubin (2003) pode ser entendida como uma expansão da capacidade de memória declarativa, ativada em conjunto com diversos outros processos cognitivos, nomeadamente os de consciência, imaginação, emoção, linguagem e julgamento;
- Pode ser definida como uma memória explícita, declarativa de um evento específico em um tempo e em um lugar, com a consciência experiencial do *self* (RUBIN, SCHRAUF & GREENBERG, 2003; VREESWIJK & WILDE, 2004)

Apesar de diferentes formas de conceituação, há um ponto em comum entre todos os enunciados: a recordação ser consciente. Entretanto, falar dessa consciência não se refere ao fato de apenas ter um elemento disponível de maneira consciente como se soubéssemos que ele existiu. Significa que o indivíduo consegue recordar fatos de sua experiência pessoal com uma sensação de revivê-la, de fazer uma viagem de volta

ao passado (WHEELER, STUSS & TULVING, 1997). Tal forma de consciência foi descrita pela primeira vez por Tulving através de um estudo de caso de um paciente amnésico que se apresentava consciente em algumas situações e em outras não. Tulving teorizou que apresentaríamos diferentes tipos de consciência, de acordo com o tipo de memória ou sistemas de memória distintos a saber: consciência anoética, relacionada à memória procedural, consciência noética relacionada à memória semântica e consciência auto-noética, relacionada à memória episódica. A consciência auto-noética seria o nome dado a “um tipo de consciência que media uma consciência individual da existência e identidade em um tempo subjetivo, estendendo-se do passado pessoal através do presente para o futuro pessoal, ou ainda, a capacidade que possibilita adultos humanos representar mentalmente e tornar-se consciente de sua existência através do tempo subjetivo (WHEELER, STUSS & TULVING, 1997).

No que diz respeito à relevância, diversas são as funções psicológicas da memória autobiográfica. Dentre elas, podem-se citar: a contribuição para a manutenção do *self*; influencia como os indivíduos interpretam e respondem a novas experiências, que se parecem com experiências anteriores; promove a intimidade das relações interpessoais; transmitem mensagens importantes para o desenvolvimento individual e influenciam nossa trajetória de vida (GAUER & GOMES, 2007; THORNE, MCLEAN & LAWRENCE, 2004). Além disso, é importante enfatizar que diversos processos cognitivos estão envolvidos na sua constituição, além da consciência já citada anteriormente, como julgamento (JOHNSON, HASHTROUDI & LINDSAY, 1993) Imaginação (RUBIN, SCHRAUF & GREENBERG, 2003) Emoção (PASUPATHI, 2003) e Linguagem e narrativa (GREENBERG & RUBIN, 2003)

Um aspecto do estudo da memória autobiográfica que tem sido estudado de forma veemente, diz respeito a sua relação com os transtornos psicopatológicos, mas especificamente a um fenômeno chamado de *supergeneralização da memória autobiográfica* ou *memórias autobiográficas supergeneralizadas* (MAS), a ser explanado durante este trabalho. Como a investigação se deu em puérperas acometidas de depressão pós-parto e puérperas sem tal condição clínica, a sessão subsequente aborda considerações relevantes acerca dos transtornos afetivos no período puerperal.

1.4 – Transtornos Afetivos no Puerpério

Os transtornos afetivos no pós-parto são considerados como sérios problemas de saúde mental que afetam mulheres de diversas culturas (DOUCET et al, 2009), podendo observar-se um maior risco de internações psiquiátricas para a mulher durante este período (KENDELL et al, 1987). Tais condições têm sido divididas em três categorias: *maternity blues*, depressão pós parto, e psicose puerperal .

O *maternity blues* apresenta-se como uma condição tipicamente experimentada por mulheres, compreendendo o período da primeira semana até cerca de dez dias após o nascimento e possuindo como principais sintomas labilidade do humor, choro, ansiedade, insônia, diminuição do apetite e irritabilidade (REHMAN et al, 1990; O'HARA et al, 1991). Destaca-se que na primeira semana pós-parto, de 50% a 80% das mulheres podem apresentar o quadro, dependendo dos critérios utilizados para o diagnóstico (YONKERS E STEINER, 2001 apud CANTILINO & SOUGEY, 2004). O transtorno é visto como tendo um caráter benigno, pelo fato de mostrar-se transitório, entretanto pode ser considerado como um fator de risco para o desenvolvimento da depressão pós-parto (DPP) (HENSHAW, 1986). Em estudo prospectivo, observou-se que mulheres com *maternity blues* apresentaram maior probabilidade de desenvolver DPP que mulheres que não tinham experimentado tal condição. Outro achado foi que mulheres que preenchem o critério para o *maternity blues* foram mais propensas a ter depressão antes da gravidez e a ter tido depressão pré-menstrual (O'HARA et al, 1991).

A psicose puerperal (PP) representa uma terrível experiência para a nova mãe, comumente levando à hospitalização psiquiátrica e nos casos mais graves podendo levar ao infanticídio ou suicídio da mãe (PARISER et al, 1997). A PP apresenta como característica frequentemente mania, embora mulheres possam flutuar rapidamente entre um estado de euforia do humor e depressão, apresentando labilidade afetiva (DOUCET et al, 2009). A mulher pode apresentar ainda idéias paranóides, alterações de humor, delírios bizarros, comportamento desorganizado e confusão mental (BROKINGTON et al, 1981; SIT et al., 2006). Apresenta incidência de 1 a 2 em 1000 nascimentos (KENDELL et al, 1987).

A depressão pós- parto (DPP) é um episódio depressivo que ocorre no período puerperal, sendo o transtorno mental que aparece com mais frequência neste período de

vida da mulher. Pode ser conceituado como um episódio depressivo não-psicótico tem início e se estende no período pós-parto (COX et al, 1993; POPE, 2000; WATSON et al, 1984). Não existe um consenso até quanto tempo após o parto o episódio depressivo pode ser considerado DPP. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da American Psychiatry Association (2002), na sua quarta edição e com texto revisado (DSM-IV-TR), a DPP duraria até quatro semanas pós-parto. Segundo a Classificação Internacional de Doenças Mentais e do Comportamento da CID-10, da Organização Mundial de Saúde (1993) até seis semanas e de acordo com a *Marcé Society*¹ – uma sociedade internacional multidisciplinar que tem como objetivo o conhecimento, a prevenção e o tratamento de transtornos mentais relacionados ao nascimento – pode-se classificar como DPP qualquer episódio depressivo que ocorra no primeiro ano após o parto. A DPP afeta cerca de 12 a 15% das mulheres com prevalência variando de 3 a 30%, dependendo do método e do tempo de avaliação (POPE, 2000). No Brasil, estudos encontraram prevalência de 12% (DA-SILVA, 1998); 19,1% (MORAES et al, 2006) e 37,1% (CRUZ et al, 2005). A discrepância pode estar relacionada com métodos e instrumentos diagnósticos distintos utilizados.

A DPP não é classificada como uma categoria diagnóstica distinta da Depressão Maior, segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), que apenas acrescenta ao episódio depressivo o especificador “com início no pós-parto”. Os critérios para o diagnóstico utilizados são: a) humor deprimido; b) perda de prazer ou interesse; c) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição do apetite; d) insônia ou hipersonia; e) agitação ou retardo psicomotor; f) fadiga ou perda de energia; g) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; h) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão; i) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Destaca-se que no mínimo cinco desses sintomas devem estar presentes por pelo menos duas semanas, e representar uma alteração a partir do funcionamento anterior; sendo que pelo menos um dos sintomas é o humor deprimido ou a perda do interesse ou prazer.

¹Vide: www.marcesociety.com.

A CID-10 (OMS, 1993), faz referência à depressão pós-parto no capítulo “Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a fatores físicos” sob o código F53.0 sob a denominação “Transtornos mentais e de comportamento, leves, associados ao puerpério e não classificados em outros locais”.

Quanto aos fatores de risco, meta-análises tem consistentemente demonstrado que mulheres que apresentam histórico de depressão e passaram por depressão ou ansiedade durante a gravidez possuem um maior risco de desenvolver DPP (BECK, 2001; O’ HARA & SWAIN, 1996; ROBERTSON et al, 2004). Outros fatores associados à vulnerabilidade a depressão pós-parto descritos são: histórico de *maternity blues* (O’HARA et al, 1991), história familiar de transtornos psiquiátricos (O’ HARA & SWAIN, 1996; STEINER, 2002), falta de apoio social pré-natal e principalmente pós-natal (XIE et al 2009), baixa escolaridade (BECK, 2001), baixo nível socioeconômico (BECK, 2001; DTS et al, 2000; EBERHARD-GRAN et al, 2002), eventos de vida estressantes (RIGHETTI-VELTEMA et al, 1998), história de abuso sexual na infância (DENNIS & ROSS, 2006), conflitos no relacionamento conjugal (DENNIS & ROSS, 2006; MaCMAHON et al, 2005), o rápido declínio dos hormônios reprodutivos (BLOCH et al, 2000) e a alteração dos perfis de citocinas no período pós-parto (GROER & DAVIS, 2006). Como fatores de proteção podem ser descritos o otimismo, uma boa relação conjugal, a alta auto-estima e um suporte social adequado para as mudanças que surgem com a maternidade (POPE, 2000).

Apesar de não ser reconhecida formalmente como uma entidade nosológica distinta nos sistemas classificatórios até o presente momento, a DPP pode apresenta peculiaridades que podem diferenciá-la de outros transtornos do humor (CANTILINO & SOUGEY, 2004). Adicionalmente, a DPP parece apresentar frequentemente comorbidade com transtornos de ansiedade ou sintomas ansiosos significativos (O’HARA, 2009), embora resultados distintos também sejam encontrados, sugerindo menos ansiedade e intensidade mais leve que a depressão em outro período da vida (WHIFFEN & GOTLIB, 1993). Outra característica peculiar da DPP seria a ocorrência de sentimentos ambivalentes acerca do bebê e de opressão por ter que cuidar dos filhos (BECK, 1996). Além disso, mulheres no período puerperal parecem ficar mais vulneráveis ao aparecimento do transtorno ou sintomas obsessivos-compulsivos. Zambaldi et al (2009) observaram que numa amostra de 400 mulheres no período puerperal, sem diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo, 53,8% apresentaram

algum tipo de obsessão e de 42,3% algum tipo de compulsão. Além disso, 9% das mulheres preencheram os critérios para o transtorno obsessivo-compulsivo e 2,3% apresentaram o início de tal transtorno no período pós-parto.

A DPP pode causar significativos prejuízos à vida da mãe, do bebê e também do parceiro. Dentre estes, observa-se que mães que estão deprimidas apresentam-se confusas e indecisas ao lidar com seus bebês, um a vez que lhes parece faltar habilidade para resolução de problemas ou manejo para estabelecer interações satisfatórias com suas crianças (TETI & GELFAND, 1991). Bebês de mães deprimidas por sua vez parecem apresentar um olhar distante, menor demonstração de afeto positivo e mais afeto negativo, atividade e vocalização reduzida, expressões de tristeza e raiva mais frequentes e uma aparência depressiva, mesmo com poucos meses de idade (COHN et al, 1990). Field (1995) observou que os bebês de mães que permaneceram deprimidas além de seis meses do nascimento demonstraram ter desenvolvido um estilo depressivo na interação com os outros com um ano de idade. É importante destacar que os maridos de mães com depressão constituem população de risco em termos de saúde emocional, sendo também frequente a ocorrência de depressão paterna no período do pós-parto (PINHEIRO et al, 2006; SILVA & PICCININI, 2009).

Em relação ao tratamento, têm-se verificado a eficácia e a importância no uso de antidepressivos na DPP, sendo utilizados com certa frequência (MISRI et al, 2004). As classes mais comuns utilizadas tem sido os inibidores da recaptção de serotonina (IRSS), como a sertralina e a fluoxetina (WISNER et al, 2006). Destaca-se que um fator a se levar em consideração é a excreção dos antidepressivos através do leite materno em mulheres que estejam amamentando. Em estudo de metanálise, Weissman et al (2004) encontraram níveis plasmáticos significativos e em maior proporção de crianças que foram expostas a fluoxetina e citalopram, e menor probabilidade de se encontrar níveis plasmáticos detectáveis em crianças expostas a nortriptilina, sertralina e paroxetina, embora todos os antidepressivos tenham sido encontrados no leite materno. Alguns efeitos colaterais como irritabilidade, dificuldades na alimentação e no sono foram descritos (WEISSMAN ET AL, 2004).

A psicoterapia também tem sido levada em consideração no tratamento da DPP. Estudos têm destacado que a psicoterapia interpessoal mostra-se eficiente, sendo importante na DPP porque ela ajuda a direcionar muitos estressores interpessoais que

surtem durante o período do puerpério. Além disso, seus princípios podem ser facilmente integrados no conjunto de cuidados primários oferecidos a mulher por seu pragmatismo, especificidade, foco, curta duração e efetividade (GRIGORIADS & RAVITZ, 2007). O'Hara et al (2000) também observaram a efetiva redução de sintomas depressivos em mulheres com DPP que se submeteram a psicoterapia interpessoal. Em recente revisão, Dennis e Hodnett (2007) destacaram também que o aconselhamento não-diretivo, a psicoterapia interpessoal, a terapia cognitivo-comportamental, a terapia psicodinâmica e até intervenções de apoio por telefone, podem ser opções de tratamento eficazes.

1.6– Justificativa

As memórias autobiográficas supergeneralizadas (MAS), segundo a literatura, possuem implicações que vão desde a etiologia à manutenção de quadros depressivos. Algumas implicações se relacionam a um pior desempenho na resolução de problemas, e uma maior facilidade para o cometimento de atos suicidas. A supergeneralização tem sido entendida como um processo cognitivo que também está correlacionado com processos de pensamento (ex.: ruminação), processos motivacionais (ex: evitação cognitiva) e processos neurocognitivos e neuropsicológicos (ex.: funcionamento executivo).

Os estudos em supergeneralização além de obstinar a compreensão de funcionamentos cognitivos subjacentes a quadros psiquiátricos e psicopatológicos, também se destinam a fomentar a discussão acerca da implementação de intervenções clínicas, objetivando a prevenção e/ou prevenção de recaídas diante de condições em que tal característica esteja presente. Entretanto, apesar do conhecimento da relação dos processos mnemônicos com o humor, existe no Brasil, uma carência de estudos que abordem tais aspectos. Pesquisas sobre este tema ainda são muito incipientes, além de existirem várias lacunas no estudo das memórias autobiográficas supergeneralizadas (PERGHER e STEIN, 2008). Diante disso, o presente estudo buscou, sobretudo, estudar o fenômeno numa amostra de mulheres com depressão pós-parto, sendo o segundo estudo mundial a usar tal amostra e o primeiro estudo brasileiro a utilizar metodologia de estudo semelhante à utilizada nas pesquisas em outros países. Ressalta-se ainda que o estudo dos processos de memória em pacientes depressivos possui considerável relevância quando se pensa na aplicação da terapia cognitiva nos transtornos do humor, como a depressão. Faz-se importante destacar “a necessidade de os clínicos considerarem a questão do funcionamento mnemônico dos depressivos em suas intervenções, principalmente no que concerne à qualidade das memórias recuperadas dentro e fora do *setting* terapêutico” (PERGHER, STEIN e WAINER, 2004).

1.6 – Hipótese do Estudo

Existem diferenças no desempenho da evocação de memórias autobiográficas em mulheres com depressão pós-parto quando comparadas com mulheres no pós-parto sem tal quadro clínico.

1.7 - Objetivos

1.7.1 – Objetivo Geral

Investigar o desempenho de evocação de memórias autobiográficas em mulheres com depressão pós-parto, quando comparadas a mulheres no período pós-parto, sem tal condição clínica.

1.7.2 – Objetivos Específicos

- Caracterizar possíveis diferenças no desempenho de evocação de memórias autobiográficas, quanto aos fatores de especificidade e latência na evocação, em mulheres com depressão pós-parto, quando comparadas com mulheres não deprimidas;
- Estabelecer associações e/ou correlações entre dados bio-sócio-demográficos da amostra estudada e o desempenho de evocação das memórias autobiográficas.

2.0 – Metodologia

O corpo desta dissertação está dividido em 4 seções: introdução, artigo 1, artigo 2 e considerações finais.

O **Artigo 1** consiste num artigo de revisão, intitulado “**A Supergeneralização da Memória Autobiográfica nos Transtornos Psiquiátricos: uma revisão**”. Seu objetivo foi apresentar como o tema da supergeneralização tem sido encontrado na literatura nos últimos dez anos. Estão descritos os principais grupos clínicos estudados, bem como os principais achados dentro de tal temática. Os dois grandes eixos de pesquisa voltam-se para o estudo do fenômeno nos transtornos depressivos e nas situações traumáticas. Observa-se, entretanto, que outros grupos clínicos têm sido investigados, com o objetivo de entender-se de forma mais ampla, se há a presença da supergeneralização nos demais quadros psiquiátricos. O artigo está formatado de acordo com as normas de publicação da “*Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*”.

O **artigo 2** consiste num artigo original, intitulado “**Avaliação do Desempenho da Memória Autobiográfica na Depressão Pós-parto: um estudo comparativo**”, sendo o artigo principal da dissertação e resultado do projeto de pesquisa. Nele apresenta-se um estudo comparativo entre mulheres com depressão pós-parto (grupo experimental) e mulheres no período puerperal sem depressão (grupo controle), no que se refere à especificidade e latência de recuperação das memórias autobiográficas. O artigo está formatado de acordo com as normas de publicação da revista “*Behaviour Research and Therapy*”.

Referências

- ADES, C. Múltipla memória. **Psicologia USP**, 4(1/2), 9-24, 1993.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders - texto revisado**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- ATKINSON, R.; SHIFFRIN, R. The Control of short-term memory. **Scientific American**, 221, 82-90, 1971.
- BADDELEY, A.D. **Working Memory**. Oxford: Oxford University Press, 1986.
- BECK, C.T. Postpartum depressed mother's experiences interacting with their children. **Nurs Res**, 45(2), 98-104, 1996.
- BECK, C.T. Predictors of Postpartum depression: an update. **Nursing Research**, 50, 275-285, 2001.
- BENITES, D.; GOMES, W. B. Tradução, adaptação e validação preliminar do Prospective and Retrospective memory questionnaire (PRMQ). **Psico-USF**, 12(1), 45-54, 2007.
- BLOCH, M.; SCHIMIDT, P.J.; DANACEAU, M.; MURPHY, J.; NEIMAN, L.; RUBINOW, D.R. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. **American Journal of Psychiatry**, 157, 924-930.
- BROCKINGTON, I.F.; CERMIK, K.F.; SCHOFIELD, E.M.; DOWNING, A.R.; FRANCIS, A.F.; KEELAN, C. Puerperal Psychosis: phenomena and diagnosis. **Arch Gen Psychiatry**, 8(7), 829-833, 1981.
- CANTILINO, A.; SOUGEY, E. Depressão pós-parto: diagnóstico. **Neurobiologia**, 68, 146-151, 2004.
- COHN, J.F.; CAMPBELL, S.B.; MATIAS, R.; HOPKINS, J. Face-to-face interactions of postpartum depressed and nondepressed mother-infant pairs at two months. **Dev Psychology**, 26, 15-23, 1990.
- CORRÊA, A.C.O. Neuropsicologia da memória e sua avaliação. In: Fuentes et al. **Neuropsicologia – Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 168-186.
- COX, J.L., MURRAY, D.; CHAPMAN, G. A controlled study of the onset, duration, and prevalence of postnatal depression. **British Journal of Psychiatry**, 163, 27-31, 1993.
- CRUZ, E.B.S.; SIMÕES, G.L.; FAISAL-CURY, A. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo programa de saúde da família. **Rev. Bras Ginecol Obstet**, 40(27), 181-188, 2005.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

DA-SILVA, V. A.; MORAES-SANTOS, A.R.; CARVALHO, M. S.; MARTINS M.L.P.; TEIXEIRA, N.A. Prenatal and postnatal among low income brasilian women. **Braz J Med Biol Res**, 6(3), 799-804, 1998.

DENNIS, C. L.; ROSS, L. E. Depressive symptomatology in the immediate postnatal period: identifying maternal characteristics related to true and false-positive screening scores. **Can J Psychiatry-Revue Canadienne de Psychiatrie**, 51, 265-273, 2006.

DENNIS, C.L.; HOODNETT, E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD006116, 2007.

DOUCET, S.; DENNIS C.; LETOURNEAU, N; BLACKMORE, E. R. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. **JOGNN**, 38, 269-279, 2009.

DTS, L.; ASK, Y.; TYS, L.; TKH, C. Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study. **Hong Kong Med**, 6(4): 349-354, 2000.

EBERHARD-GRAN, M.; ESKILD, A.; TAMBS, K.; SAMUELSEN, S. O.; OPJORDSMOEN, S. Depression in postpartum and non-postpartum women; prevalence and risk factors. **Acta Psychiatr Scand**, 106(6), 426-433, 2002.

FIELD, T. Infants of depressed mothers. **Inf Behav Dev**, 18, 1-13, 1995.

FRANK, J.; LANDEIRA-FERNADEZ, J. Rememoração, Subjetividade e Bases Neurais da Memória Autobiográfica. **Revista Psicologia Clínica**, 18(1), 35-47, 2006.

GAUER, G.; GOMES, W. B. Memória Autobiográfica. In Oliveira, A. (Org.). **Memória: Cognição e Comportamento** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, 139-164.

GREENBERG, D. L.; RUBIN, D. C. The Neuropsychology of autobiographical memory. **Cortex**, set/dez, 39 (4-5), 687-728, 2003.

GRIGORIADS, S.; RAVITZ, P. Na approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. **Canadian Family Physician**, 53, 1469-1475, 2007.

GROER, M.W.; DAVIS, M.W. Cytokines, infections, stress, and dysphoric moods in breastfeeders and formula feeders. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35, 599-607.

HENSHAW, C. Mood disturbance in the early puerperium: a review. **Arch Women Ment Healt**, 6, suppl.2, 33-42, 2003.

IZQUIERDO, I. **Memória**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

JOHNSON, M. K.; HASHTROUDI, S.; LINDSAY, D. S. Source Monitoring. **Psychological Bulletin**, 114(1), 3-28, 1993.

JOHNSON, M.K.; HASHTROUDI, S.; LINDSAY, D.S. Source Monitoring. **Psychological Bulletin**, 114(1), 3-28, 1993.

KANDEL, E. R.; SCHWARTZ, J. H.; JESSELL, T. M. **Princípios da neurociência**. 5ª ed. São Paulo: Manole, 2003.

KENDELL, R; CHALMERS, J; PLATZ, C. Epidemiology of puerperal psychoses. **British Journal of Psychiatry**, 150, 662-673, 1987.

KOPELMAN, M.D.; WILSON, B.A.; BADDELEY, A.D. The autobiographical memory interview: a new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11(5), 724-744, 1989.

LENT, R. **Cem Bilhões de Neurônios**. São Paulo: Ateneu, 2002.

MACMAHON, C.; BARNETT, B.; KOWALENKO, N.; TENNANT, C. Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationship, defense styles and mediating role of insecure attachment style. **J Affect Dis**, 84, 15-24, 2005.

MORAES, I.G.S.; PINHEIRO, R.T.; SILVA, R.A.; HORTA, B.L. SOUSA, P.L.R.; FARIA, A.D. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, 40(1), 65-70, 2006.

O' HARA, M. W.; SWAIN, A.M. Rates and risk of postpartum depression: a meta-analysis. **International Review of Psychiatry**, 59, 34-40, 1998.

O'HARA, M. Postpartum Depression: what we know. **Journal of Clinical Psychology**, 65(12), 1258-1269, 2009.

O'HARA, M.W.; SCHLECHTE, J.A.; LEWIS, D.A; WRIGHT, E.J. Prospective study of postpartum blues. Biologic and psychosocial factors. **Arch Gen Psychiatry**, 48, 801-806, 1991.

OLIVEIRA, A. **Uma breve história da pesquisa da memória**. In Oliveira, A. (Org.). *Memória: Cognição e Comportamento* (pp.17-36). 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PARISER, S.F., NASRALLAH, H.A.; GARDNER, D.K. Postpartum Mood Disorders: Clinical Perspectives. **Journal of Women's Health**, 6(4), 421-434, 1997.

PASUPATHI, M. Emotion regulation during social remembering: differences between emotions elicited during and event and emotions elicited when talking about it. **Memory**, 11(2), 151-163, 2003.

PERGHER, G. K.; STEIN, L. M. Compreendendo o esquecimento: teorias clássicas e seus fundamentos experimentais. **Psicologia USP**, 14(1), 2003.

PERGHER, G. K.; OLIVEIRA, R. G.; DE ÁVILA, L. M. ;STEIN, L. M. Memória, Humor e Emoção. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 28(1),61-68, 2006.

PERGHER, G. K. ; STEIN, L. M. Recuperando Memórias Autobiográficas: A Avaliação da Versão Brasileira do Teste de Memória Autobiográfica. **Psico**, 39(3), 299-307, 2008.

PINHEIRO, R.T.; MAGALHÃES, P.V.; HORTA, B.L.; PINHEIRO, K.A.; SILVA, R.A.; PINTO, R.H. Is paternal postpartum depression associated with maternal postpartum depression? Population-based study in Brasil. **Acta Psychiatr Scand**, 113(3): 230-232, 2006.

POPE, S. **Postnatal Depression**. A systematic review of published scientific literature to 1999. Australia, National Health and Medical Research Council, 2000.

RIGHETTI-VELTEMA, M.; CONNE-PERREARD, E.; BOUSQUET, A.; MANZANO, J. Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old. **J Affect Dis**, 49, 167-180, 1998.

ROBERTSON, E.; GRACE, S.; WALLINGTON, T.; STEWART, D. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. **General Hospital Psychiatry**, 26, 289-285, 2004.

RUBIN, D. C.; SCHRAUF, R. W.; GREENBERG, D. L. Belief and recollection of autobiographical memories. **Memory & Cognition**, 31(6), 887-901, 2003.

SILVA, M. R.; PICCININI, C. A. Paternidade no contexto da depressão pós-parto materna: revisando a literatura. **Estudos de Psicologia**, 4(1), 5-12, 2009.

SIT, D.; ROTHSCHILD, A.J. WISNER, K.L. A review of postpartum psychosis. **J Women Health**, 15(4), 352-368, 2006.

STERN, Y.; SACKEIN, HAROLD A. **Aspectos neuropsiquiátricos da memória e da amnésia**. In: Yudofsky, S. & Hales, R. Neuropsiquiatria e Neurociências na Prática Clínica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

STRAUSS, E.; SHERMAN, E.S.M.; SPREEN, O. **A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary**. 3. ed. Oxford: Oxford Usa Trade, 2006.

TULVING, E. **Episodic and semantic memory**. In: E. Tulving & W. Donaldson (Eds.), Organization of memory, (pp. 381–403). New York: Academic Press, 1972.

WEISSMAN, A. M.; LEVY, B.T.; HARTZ, A.J.; BENTLER, S. DONOHUE, M; ELLINGROD, V.L.; WISNER, K.L. Pooled analysis of antidepressed levels in lactating mothers, breast milk, and nursing infants. **Am J Psychiatry**, 161(6), 1066-1078, 2004.

WISNER, K.L.; HANUSA, B.H.; PEREL, J.M.; PEINDL, K.S.; PIONTEK, C.M.; SIT, D.K.S.FINDLING, R.L.; MOSES-KOLKO, E.L. Postpartum depression: arandomized Trial of sertraline versus nortriptyline. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, 26, 353-360, 2006.

XIE, R.; HE, G.; KOSZYCKI, D.; WALKER, M.; WEN, S. W. Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. **AEP**, 19(9), 637-643, 2009.

ZAMBALDI, C. F.; CANTILINO, A.; MONTENEGRO, A. C.; PAES, A. J. ALBUQUERQUE, T. L. C.; SOUGEY, E. B. Postpartum obsessive-compulsive disorder: prevalence and clinical characteristics. **Comprehensive Psychiatry**, 50, 503-509.



2.1 - Artigo 1 (Revisão)

A Supergeneralização da Memória Autobiográfica nos Transtornos Psiquiátricos: Uma Revisão

Tarcísio Gomes Dutra¹, Laila da Camara Lima Kurtinaitis² Amaury Cantilino³,
Maria Carolina Souto de Vasconcelos⁴, Izabel Hazin⁵, Everton Botelho Sougey⁶

¹ Psicólogo. Especialista. Mestrando em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE. ² Psicóloga. Especialista. Mestranda em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE. ³ Psiquiatra. Doutor. Coordenador do Programa de Saúde Mental da Mulher, UFPE. ⁴ Graduanda em Psicologia, UFPE. ⁵ Psicóloga. Pós-doutora. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia, UFRN. ⁶ Psiquiatra. Pós-doutor. Professor Associado do Departamento de Neuropsiquiatria, UFPE. Coordenador, Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento, UFPE.

Resumo

Este artigo tem o objetivo de revisar estudos que possuíram como temática a relação entre o fenômeno da supergeneralização da memória autobiográfica e os transtornos psiquiátricos. A supergeneralização consiste num padrão de evocação de eventos pessoais de forma generalizada, difusa e inespecífica. Tal característica tem chamado a atenção por sua relação com uma pobre habilidade de resolução de problemas e imaginação do futuro, bem como a manutenção e pior prognóstico da depressão. Para o acesso das informações, foi realizada uma busca sistematizada nos banco de dados: LILACS, SciELO, MEDLINE, IBECs e as bases de ciências da saúde do Portal Capes, usando os seguintes descritores: “memória autobiográfica”, “supergeneralização da memória autobiográfica”, “memória autobiográfica e

depressão” em português; e “autobiographical memory”, “overgeneral autobiographical memory” e “autobiographical memory and depression” em inglês. Percebe-se que o interesse pela investigação da supergeneralização tem crescido, uma vez que a instalação de tal estilo cognitivo parece estar implicada em alguns transtornos, o que tem levado a novas pesquisas com amostras clínicas diferentes. A supergeneralização, além de ser encontrada na depressão, faz-se presente também diante dos transtornos relacionados à vivência de situações traumáticas, como o Transtorno de Estresse Pós-traumático. Entretanto, mais estudos longitudinais podem contribuir para fundamentar tal característica cognitiva como um aspecto relevante na anamnese e tratamento de distúrbios psiquiátricos.

Descritores: Memória autobiográfica, trauma, depressão, psiquiatria.

Abstract

This article aims to review studies that have owned the subject as the relationship between the phenomenon of overgeneral autobiographical memory and the psychiatric disorders. The overgeneral is a pattern of evocation of events in order to evoke general, diffuse and nonspecific. This characteristic has attracted attention because of its relationship with poor problem-solving ability and imagination of the future as well as maintenance and poor prognosis of depression, making this is also present in disorders related to the experience of traumatic situations, such as the disorder of post-traumatic stress. To access the information, was performed a systematic search in databases: LILACS, SciELO, MEDLINE, IBECs and the bases Health Sciences Portal Capes, using the following keywords: "autobiographical memory," "overgeneral of autobiographical memory" "autobiographical memory and depression" in

Portuguese and "autobiographical memory", "overgeneral autobiographical memory" and "autobiographical memory and depression" in English. It is noticed that interest in research overgeneral has grown since the installation of such cognitive style seems to be implicated in some disorders, which has led to new researches with different clinical samples. The overgenerality, besides being found in depression, is also present in some disorders related to living in traumatic situations, like in Post-traumatic Stress Disorder. However, more longitudinal studies can help to support this cognitive characteristic as an important aspect in history and treatment of psychiatric disorders.

Keywords: Autobiographical memory, trauma, depression, psychiatry.

Introdução

A memória autobiográfica relaciona-se à capacidade que as pessoas têm de recordar eventos pessoais e fatos de suas vidas⁷. Pode ser conceituada como um processo reconstrutivo que relaciona a memória episódica e sua característica sensório-perceptual com seu contexto ou ainda uma evocação episódica de datas, eventos e acontecimentos pessoais considerando a relação temporal e espacial entre eles¹⁹. Pode ser referida também como processo de memória que combina elementos de memória semântica, pelo fato de que é necessário um conhecimento de si próprio para que os fatos ocorridos sejam significados como pertencentes ao indivíduo e memória episódica, por serem narrativas pessoais conhecidas pelo sujeito como fazendo parte do seu passado¹⁴.

Apesar de várias formas de expressar o seu conceito, um aspecto peculiar diz respeito ao fato de que a evocação traz consigo a consciência de que um determinado fato ou acontecimento ocorreu anteriormente consigo próprio, fazendo parte de sua história pessoal¹⁹. Entretanto, falar dessa consciência não se refere a ter apenas um elemento disponível de maneira consciente como se soubéssemos que ele existiu. Significa que o indivíduo consegue recordar fatos de sua experiência pessoal com uma sensação de revivê-la, de fazer uma viagem de volta ao passado⁵⁹. Tal característica foi chamada de “consciência autoonética” descrita por Tulving⁵⁴ como a capacidade que possibilita os homens representarem mentalmente e tornarem-se conscientes de aspectos de sua existência através do tempo subjetivo, permitindo que o indivíduo apreenda suas experiências subjetivas através do tempo e perceba o seu momento presente como uma continuação do seu passado e um prelúdio do seu futuro. A memória autobiográfica dessa forma acompanha um senso de re-experiência do evento original e da crença que ele aconteceu¹⁵.

Estudos discutem que o desempenho da memória autobiográfica em indivíduos com transtorno depressivo aparece prejudicado em comparação a indivíduos controle sem depressão. Indivíduos com transtornos emocionais – especialmente pacientes com a história de depressão – parecem apresentar uma incapacidade a recordar eventos vividos de forma específica, tendendo a uma recuperação supergeneralizada com descrições categóricas⁵⁴. Quando tentam recuperar eventos específicos, indivíduos primeiro acessam descrições de eventos gerais, na formação da hierarquia de memórias, utilizando de estágios intermediários para seguir sua pesquisa até chegar a eventos

específicos. Administrar essa hierarquia para encontrar o nível de especificidade requerida não apresenta um problema para a maioria das pessoas. Em alguns casos, todavia, a pesquisa para em estágios intermediários, resultando em uma memória geral ao invés de uma específica, o que se denomina memória supergeneralizada.

Coway e Pleidell-Pearce⁷ propuseram uma modelo teórico para a memória autobiográfica, caracterizado por um sistema hierárquico que abrange todos os níveis de conhecimento autobiográfico: *períodos de vida*, os *eventos gerais* e os *conhecimentos específicos de eventos*. Tais instâncias funcionariam como um banco de dados que estaria modulando a construção das memórias, tanto na codificação quanto na recuperação e representariam níveis distintos que vão da generalização à especificidade. Num processo de busca, descrições genéricas podem ser inibidas para alcançar um evento específico. Entretanto, se durante esse processo não há recursos executivos suficientes, a recordação específica é prematuramente interrompida, levando a recordação de uma memória geral, com menor grau de especificidade²⁰.

A supergeneralização é definida como a propensão a recordar o próprio passado de uma maneira demasiadamente sintética, genérica e inespecífica^{16,35}. Tal fenômeno, no entanto, não está relacionado ao conteúdo da memória, mas diz respeito à falta de especificidade espaço-temporal³². De forma pioneira, Williams e Broadbent⁶¹ investigaram a presença da recordação congruente com o humor em indivíduos que tentaram suicídio e observaram que quando comparados com controles, os primeiros apresentaram uma grande proporção de memórias não específicas e maior latência de resposta em relação a palavras positivas. Uma memória específica foi definida como

uma ocasião ou evento experimentado pessoalmente que aconteceu num espaço de tempo inferior a um dia^{61,65}. Um exemplo de uma memória específica seria “o dia em que minha mãe morreu”. As memórias não específicas ou generalizadas dizem respeito a eventos repetidos e sem referência a um tempo específico, referindo-se a uma categoria de eventos e por isso chamadas de *memórias categóricas*; e, memórias que se remetem a um período de tempo, no entanto, superior a um dia, chamadas de *memórias estendidas*⁶⁵. Um exemplo de memória categórica seria “quando amamentava meu bebê” e um exemplo de memória estendida seria “o tempo que passei em Brasília”.

Passados mais de vinte anos, a supergeneralização da memória autobiográfica continua sendo estudada, uma vez que esta tendência de recordação parece estar relacionada a aspectos cognitivos clinicamente importantes como déficits nas habilidades de resolução de problemas¹⁷, dificuldades para imaginar o futuro⁶⁴ e vulnerabilidade a atos suicidas e para-suicidas^{36,50}. O fenômeno da supergeneralização pode ainda estar implicado num pior prognóstico e ser um fator de vulnerabilidade para depressão^{4,16}. Estudiosos apontam que tal fenômeno pode ser associado a um traço marcador que pode perdurar mesmo após a remissão dos sintomas. Neste caso o fenômeno das memórias autobiográficas supergeneralizadas não seria um estado dependente do humor, mas um traço estável que tornaria indivíduos mais vulneráveis à depressão ou a sua recaída³⁹.

Dessa forma, tal característica é compreendida por alguns pesquisadores como um confiável preditor do curso da depressão, uma vez que pacientes que são mais supergeneralizados em suas evocações, parecem

continuar preenchendo os critérios para depressão quando testados algumas semanas após o início do tratamento²⁴. O primeiro estudo nesse sentido acompanhou pacientes com depressão maior e observou uma relação entre o padrão de evocação supergeneralizado no Teste de Memória Autobiográfica (TMA) e um pior prognóstico, sugerindo que o nível de especificidade permanece estável sobre o tempo mesmo quando a gravidade dos sintomas depressivos declina⁴. O TMA⁶¹ consiste em uma série de palavras-estímulo de diferentes valências emocionais (positiva, neutra e negativa) que são apresentadas a um determinado indivíduo, instruindo-se antes que para cada palavra apresentada deve-se procurar recordar eventos específicos de sua história de vida. O TMA consolidou-se como o principal paradigma de investigação utilizado nas pesquisas que abordam a supergeneralização da memória autobiográfica. No Brasil, o teste foi adaptado por Pergher³⁴ e avaliado por Pergher e Stein³³ subsequentemente.

A etiologia do fenômeno da supergeneralização é formulada através de algumas hipóteses. Uma delas entende que seu aparecimento pode resultar de um estilo cognitivo que emerge durante o desenvolvimento como uma forma de controlar os afetos. De acordo com tal hipótese, um estilo supergeneralizado de recordação pode se desenvolver em resposta a experiências aversivas durante a infância. Este padrão cognitivo pode predispor alguém a uma subsequente patologia. Desta compreensão resultou o conceito de *mnemonic interlock*⁶⁴, um mecanismo no qual algumas pessoas abortam a pesquisa mnemônica, não chegando a níveis específicos e parando em um nível categórico, com o objetivo de não entrar em contato com memórias dolorosas. Entretanto, apesar de ser a hipótese etiológica mais forte na literatura, existem questionamentos

se as experiências traumáticas seriam o único predisponente do estilo cognitivo que levaria à supergeneralização ou se estas seriam apenas um dos caminhos que levaria a tal característica, podendo existir outras que interagiriam entre si²⁹.

Uma segunda hipótese etiológica para tal para tal característica de memória seria a redução da capacidade de memória de trabalho, do funcionamento executivo ou do sistema atencional supervisor⁵⁹. Uma recente revisão sobre a especificidade da memória em indivíduos que experimentam transtornos emocionais sugeriu que três mecanismos podem interagir contribuindo para a baixa especificidade: déficits na capacidade executiva; a experiência traumática e sua conseqüente evitação e a tendência para tornar-se “capturado” por um pensamento analítico focado sobre si mesmo, como a ruminação depressiva⁶⁰.

Em pouco mais de vinte anos, desde o estudo inicial de Williams e Broadbent⁶¹, o interesse pela investigação da especificidade da memória autobiográfica e a psicopatologia tem aumentado, uma vez que a supergeneralização parece apresentar-se como uma característica de alta relevância clínica e teórica, no que concerne a vulnerabilidade para a depressão e outros transtornos emocionais. Desta forma, a investigação de tal fenômeno contribui para a elucidação de mecanismos subjacentes neurocognitivos que podem potencializar o caráter crônico de certas psicopatologias³⁷.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi revisar diversos estudos que focaram a temática enfatizada acima e discutir seus principais achados

relacionados à supergeneralização, uma vez que além da depressão, distintas amostras clínicas têm sido investigadas (ver tabela 1).

Método

Foi realizada revisão sistematizada em busca de artigos nas bases de dados LILACS, SciELO, MEDLINE, IBECs e as bases de ciências da saúde do Portal Capes. A publicação dos artigos pesquisados compreendeu o período de 2000 a 2010. Os descritores utilizados em português foram “memória autobiográfica”, “supergeneralização da memória autobiográfica”, “memória autobiográfica e depressão”. Os descritores em inglês foram “autobiographical memory”, “overgeneral autobiographical memory” e “autobiographical memory and depression”. Os critérios de inclusão dos artigos foram: serem artigos originais, usar o TMA como instrumento de investigação e ter como interesse o estudo da relação entre a supergeneralização da memória autobiográfica e os transtornos psiquiátricos. Desta forma, foram captados 86 artigos dos quais 41 foram excluídos, por não cumprirem os critérios de inclusão propostos.

Revisão de Literatura

A Supergeneralização e Depressão

Uma relevante discussão em relação à supergeneralização da memória autobiográfica diz respeito à questão de que tal fenômeno parece estar relacionado à depressão, sua manutenção e prognóstico. Verificou-se, por exemplo, que estudantes que apresentaram-se supergeneralizados em suas respostas e estavam submetidos à eventos estressantes de vida, relataram

mais sintomas depressivos no período de quatro a seis semanas. Isto sugere que tal característica constitui um fator de vulnerabilidade cognitiva que predispõe indivíduos a transtorno emocional em face a eventos de vida difíceis¹⁶. Indivíduos que foram testados ao iniciar o tratamento da depressão e mostraram mais supergeneralização tiveram uma significativa chance de ainda preencher os critérios diagnósticos quando re-testados após algumas semanas de tratamento, mostrando que a investigação da memória autobiográfica pode ser um preditor de resposta ao tratamento²⁴. Na mesma linha, quando a depressão foi controlada em indivíduos diagnosticados, a redução da especificidade para estímulos negativos predisse um prognóstico pior, levando-se em consideração também que a relação entre um estilo de pensamento ruminativo e a supergeneralização podem representar aspectos diferentes de um processo cognitivo comum subjacente e tais características exerceriam efeito negativo sobre o curso do transtorno³⁸. Em outro estudo, pacientes em estado eufórico também apresentaram prejuízo na especificidade, sugerindo que tal característica não seria apenas um epifenômeno cognitivo dependente do humor, mas um déficit neurocognitivo geral de indivíduos que já passaram por episódio de depressão maior, mesmo que não haja uma associação entre tal característica e o número de recaídas, de episódios prévios ou sintomas residuais⁴⁷. Em se tratando de indivíduos portadores de depressão sazonal e deprimidos durante o inverno, observou-se que o aumento da supergeneralização para palavras-estímulo positivas relacionou-se com a intensidade de sintomas no verão, em estado de remissão. Os resultados sugeriram também que a geração das memórias generalizadas parece apresentar-se como um processo psicológico importante no que diz

respeito ao curso da depressão¹¹. A supergeneralização também foi verificada na depressão após primeiro episódio psicótico, verificando-se que pacientes deprimidos recordaram mais memórias generalizadas que não deprimidos, particularmente também em relação as evocações com as palavras-estímulo positivas, não havendo diferenças, no entanto, entre os grupos quanto à latência de recordação²⁵.

Em outro estudo, deprimidos foram comparados com indivíduos que possuíam transtorno de personalidade *borderline* e controles, observando-se que os resultados concordaram com a literatura no tocante a relação entre depressão e supergeneralização⁴². Os deprimidos apresentaram dificuldade em recordar memórias específicas, maior latência para a recuperação e alta proporção de recordações categóricas. Os indivíduos *borderline* não diferiam dos controles na especificidade e observou-se que em relação aos deprimidos, apresentaram um acesso relativamente fácil e rápido a memórias com valência negativa. Tal característica pode ser específica para este grupo e oposta aos achados na depressão⁴³ que parece instalar nos processos cognitivos dos indivíduos dificuldades para atingir a especificidade, recuperando consecutivamente memórias categóricas¹. Ao compararem-se pacientes *boderline* depressivos, pacientes *borderline* não depressivos e controles, também se verificou que os *borderline* não depressivos não diferiram dos controles, enquanto que os *borderline* com depressão recordaram menos memórias específicas²⁸. Contrariamente ao estudo de Renneberg et al⁴², tanto indivíduos depressivos quanto *borderline* recuperaram menos memórias específicas, encontrando-se uma relação entre as palavras-estímulo e esquemas cognitivos e atitudes disfuncionais⁴⁸. Em divergência com o corpo de

estudos que enfocam a depressão, quando pacientes deprimidos, pacientes com fobia social e controles foram comparados, não se observaram diferenças significativas em relação à habilidade de recuperar memórias específicas entre os três grupos distintos, destacando-se apenas que quanto maior o nível de educação dos participantes, mais memórias específicas foram recuperadas²².

Diante da hipótese de regulação do afeto de Williams⁶⁴, na qual a supergeneralização se desenvolveria como um mecanismo de evitação de memórias dolorosas, a relação entre abuso sexual, desenvolvimento da depressão e supergeneralização foi estudada^{6,29}. Observou-se maior número de respostas categóricas dadas por mulheres que tinham experimentado abuso em uma idade menor ou por maior duração de tempo. No entanto, mulheres que não relataram depressão foram mais categóricas em relação a aquelas que reportaram episódio depressivo na idade adulta, levantando a questão de que a supergeneralização pode estar mais associada a um fator de proteção do que de vulnerabilidade, sendo mesmo assim um mecanismo de regulação afetiva⁶. Entre adolescentes que foram expostos a diferentes formas de abuso, observou-se entre aqueles que atingiram o ponto de corte para depressão, maior produção de memórias genéricas ou supergeneralizadas comparando-se com os adolescentes não deprimidos. Os mais velhos foram menos específicos que os mais novos particularmente em resposta a estímulos neutros e negativos²⁹.

Os estudos de supergeneralização também alcançaram as crianças. Vrielynch et al⁵⁷, observaram que se comparando crianças deprimidas com não deprimidas, a recordação das primeiras também foi menos específica. As memórias apresentaram-se estendidas e as omissões foram mais frequentes,

independentemente da valência do estímulo proposto. Além disso, quando se comparou as crianças deprimidas com as que possuíam outros transtornos psiquiátricos e sem histórico de qualquer dificuldade no desenvolvimento, as deprimidas também recuperaram significativamente menos memórias específicas. Isto levantou a discussão que o fenômeno da supergeneralização não deve ser explicado por um *status* psiquiátrico geral ou histórico de dificuldades no desenvolvimento. Os resultados também indicaram que o humor deprimido não media o efeito da supergeneralização, coadunando-se com a visão de que a recuperação supergeneralizada pode representar um traço estável de vulnerabilidade para a depressão independentemente do curso do transtorno. Crianças mais velhas também pareceram ser mais específicas que as mais novas independentemente da valência dos estímulos. A disforia na infância também se relacionou com a diminuição da especificidade de memórias a estímulos positivos¹³. Da mesma forma, a disforia foi relacionada à supergeneralização em mulheres jovens, submetidas a repetidas tentativas de recuperação mnemônica, destacando-se os sintomas somáticos e a baixa auto-estima como fatores relacionados⁴³. Em outra investigação, estudantes disfóricos quando comparados com controles, indicaram que a ocorrência de um padrão de respostas categóricas também se encontra presente em níveis subclínicos de depressão⁴¹. Avaliando-se por outro lado adultos idosos, verificou-se que tanto os deprimidos quanto os não deprimidos tenderam a responder com memórias não específicas, observando-se, entretanto, que os deprimidos apresentaram mais supergeneralização para palavras negativas do que para positivas e maior latência de respostas. O aumento na latência

ocorreu em relação a todos os tipos de evocação e não apenas relacionado às específicas⁴⁶.

As mulheres foram investigadas também quando portadoras de depressão ou alterações afetivas no período pós-parto^{9,30}. Os achados apoiam a hipótese que a supergeneralização pode ser um preditor de alterações afetivas em mulheres grávidas avaliadas durante a vigésima quinta e a quadragésima semana de gestação e reavaliadas após o nascimento dos seus filhos³⁰. Além disso, investigando-se mulheres com depressão pós-parto e comparando-as com controles, encontrou-se que as deprimidas recordaram menos memórias específicas, tiveram latência maior de respostas e uma associação entre a gravidade do transtorno e o déficit no acesso à especificidade⁹.

Estudos também focaram a contribuição do pensamento ruminativo na depressão e sua relação com a perda de especificidade^{3,8,24,51,58}, embora nem todos os resultados apontem uma relação significativa²⁴. No entanto, indivíduos com histórico depressivo, quando induzidos experimentalmente a um modo analítico de processamento e testados antes e oito minutos após a manipulação experimental, apresentaram um declínio na especificidade da memória e níveis mais altos de ruminação. Isto levantou a questão de que indivíduos assintomáticos podem reinstalar um estilo analítico e ruminativo focado em si mesmo e a baixa especificidade pode ser uma função desse tipo de processamento cognitivo, aumentando a vulnerabilidade a uma subsequente recaída⁸. Outro estudo que comparou pacientes com altos e baixos níveis de depressão observou que diante da indução a um estilo ruminativo, houve um aumento nas memórias supergeneralizadas em relação

aos participantes com alto nível de depressão, não se verificando o mesmo naqueles com baixos níveis depressivos. Em outra etapa do mesmo estudo, os participantes foram induzidos a uma tarefa de ruminação que possuiu diferentes valências – positiva, neutra e negativa – e observou-se que a indução à ruminação com valência negativa levou a mais memórias supergeneralizadas nos indivíduos com altos níveis de depressão. O efeito não foi observado nos indivíduos com baixos níveis de sintomatologia, sugerindo-se que estes podem ter respondido à ruminação negativa com mais estratégias adaptativas e conseqüentemente menor supergeneralização. De forma geral, a ruminação negativa foi entendida como um mecanismo mediador entre a recordação de memórias supergeneralizadas e a depressão⁵¹. Resultados nessa mesma linha foram encontrados também quando se investigou indivíduos que possuíam dano cerebral adquirido e vulneráveis à depressão. Induzidos a condições de ruminação e distração, e reavaliados em relação à evocação de memórias específicas, a ruminação significativamente aumentou a proporção de memórias supergeneralizadas comparando-se o estado pré e pós-intervenção³. Padrão semelhante foi encontrado em indivíduos depressivos ou disfóricos submetidos à manipulação com o mesmo fim⁵⁸. Quando pacientes depressivos foram testados em relação a várias tarefas de memória e ruminação, encontrou-se também que a supergeneralização esteve relacionada à diminuição da capacidade de memória de trabalho e à ruminação, não se relacionando contudo com o desempenho de memória semântica e episódica, sugerindo-se que a supergeneralização não é meramente um déficit de memória geral vinculado à depressão²⁴.

Afim com os estudos que possuem como foco os aspectos cognitivos investigaram-se indivíduos que apresentaram comportamento suicida e a relação desta característica com um traço perfeccionista. Observou-se que aqueles que tinham investido contra si mesmo repetidas vezes foram mais supergeneralizados em suas recordações para os estímulos positivos, e, a existência de um padrão de perfeccionismo social esteve relacionada com a supergeneralização e altos níveis de ideação suicida. Neste sentido, a integração de traços de personalidade e características cognitivas, parece proporcionar um melhor conhecimento sobre o suicídio e comportamentos auto-destrutivos⁴⁰. Em outro estudo, pacientes que tentaram suicídio e preencheram os critérios para a depressão maior também produziram mais memórias supergeneralizadas, apresentando maior latência para palavras-estímulo positivas quando comparados com controles e estratégias de resolução de problemas escassas e menos efetivas²⁷.

Dentro de uma perspectiva neuroendócrina, a especificidade da memória autobiográfica foi observada em relação ao nível de cortisol em pacientes com depressão maior^{2,44}. Contrariamente à expectativa do estudo, encontrou-se que o aumento do nível de cortisol esteve relacionado a um melhor desempenho de evocação em relação à especificidade, enquanto que a redução foi associada com respostas mais categóricas². De outra forma, examinando-se o impacto da administração aguda de cortisol sobre o desempenho da memória autobiográfica em pacientes com depressão maior e comparando-se com controles, observou-se que o cortisol não reduziu o desempenho da evocação nos deprimidos, como se verificou nos controles. É

possível que uma redução da sensibilidade do receptor do glicocorticoide nos deprimidos esteja associada a tal resultado⁴⁴.

Diante da relação estudada entre a supergeneralização e a depressão, outra vertente de estudo procurou investigar se a memória autobiográfica poderia ser sensível a tratamento psicológico. Indivíduos que já tinham passado por episódio depressivo, foram avaliados antes e depois de passar por um protocolo de terapia cognitiva com o objetivo de intervir sobre as memórias autobiográficas. Os resultados destacaram uma diminuição da generalidade em suas respostas, em relação a um grupo com igual diagnóstico que não experimentaram tal procedimento. Neste sentido, embora tal déficit de memória possa ser um estilo cognitivo construído, ele se apresentou como passível de modificação⁶³.

A Supergeneralização e Trauma

Assim como na depressão, a relação entre o déficit de especificidade na memória autobiográfica e eventos traumáticos também tem sido investigada^{5,10,21,31,45,52}. Bryant et al⁵ investigaram se o déficit na evocação autobiográfica poderia ser um fator de risco ao desenvolvimento de estresse pós-traumático depois de se sofrer evento traumático. A amostra foi composta por bombeiros que foram reavaliados após quatro anos. Observou-se que o déficit na recordação de memórias específicas antes da exposição aos traumas foi associado à subseqüentes níveis de estresse pós-traumático depois da exposição aos eventos traumáticos e que a supergeneralização pode funcionar como um preditor ao estresse. Moradi et al³¹ investigaram a relação entre os sintomas de estresse pós-traumático e a especificidade da memória em

refugiados e em sobreviventes de câncer que tinham sido tratados por no mínimo dois anos. Os resultados mostraram que nos refugiados, a redução da especificidade foi associada com grande frequência de *flashbacks* e baixos níveis de controle para evitação do trauma. Os sobreviventes de câncer também apresentaram menos habilidade em recordar memórias específicas sobre o passado pessoal em relação a controles. Em outro estudo recente, investigou-se se a diminuição de especificidade no estresse pós-traumático estava correlacionada com um mecanismo de regulação de afeto ou com um prejuízo no funcionamento executivo. O procedimento do estudo, diferente de outros que usaram o clássico TMA, foi fazer com que os participantes gerassem memórias genéricas ao invés de específicas. O objetivo foi verificar se a especificidade gerada estava correlacionada com o nível de sintomatologia, sugerindo um déficit executivo ou o aumento do estresse pós-traumático estava relacionado com a redução de memórias específicas, sugerindo um mecanismo de regulação afetiva. Os resultados reforçaram a visão da segunda alternativa¹⁰.

Em linha com os resultados acima, um estudo investigou ainda como se comportariam indivíduos com estresse pós-traumático, sobreviventes de assalto, se no momento de evocação das memórias específicas suprimissem qualquer memória que se relacionasse ao trauma. Observou-se que aqueles que apresentavam estresse pós-traumático recuperaram mais memórias supergeneralizadas e tiveram mais omissões na evocação que pacientes sem estresse pós-traumático. Esta diferença parece indicar que os indivíduos que seguiram as instruções de supressão de pensamento, pareciam preferir não

dar uma resposta que reportar uma memória específica que estivesse relacionada ao trauma⁴⁵.

Como a resolução de problemas tem sido associada ao déficit de especificidade¹⁷, a relação entre resolução de problemas sociais e a recordação de memórias autobiográficas no estresse pós-traumático foi investigada também, observando-se que os participantes recuperaram mais memórias categóricas e tal déficit foi associado com prejuízos na resolução de problemas⁵². Em outro estudo de caráter longitudinal, pacientes com estresse pós-traumático foram avaliados em relação à memória autobiográfica antes e depois de se submeterem a terapia cognitivo-comportamental por um período de seis meses e os resultados apontaram que após a terapia houve um aumento de especificidade para estímulos positivos e redução dos sintomas. Nestes, o aprendizado para a recuperação de memórias específicas positivas pode ter contribuído tanto na resolução de problemas quanto na redução de sintomas e assim como na depressão⁶³, no estresse pós-traumático, a supergeneralização também se apresentou sensível à intervenção cognitiva⁵².

Além dos estudos concordarem que no estresse pós-traumático os indivíduos apresentam déficit de especificidade, o inverso também tem sido encontrado. Mulheres que apresentaram complicações na gravidez estando em situação potencialmente traumática foram investigadas no período de admissão no hospital e seis meses após o nascimento da criança. Os resultados apontaram que a redução na especificidade no período pré-parto predisse fortemente sintomas posteriores de estresse pós- traumático²¹.

A temática do funcionamento da memória autobiográfica e eventos traumáticos também foi estudada em crianças que sofreram abuso e negligência. O objetivo foi observar se crianças abusadas e negligenciadas teriam desempenho diferente na evocação de memórias quando comparadas com as que não tinham vivido maus tratos. As abusadas demonstraram mais memórias supergeneralizadas que as não maltratadas. As mais velhas – contrariamente às expectativas – apresentaram maior supergeneralização que as mais novas, além dos sintomas depressivos relacionarem-se significativamente ao déficit de especificidade⁵⁵. O mesmo padrão não foi encontrado, no entanto, quando estudantes que reportaram abuso sexual foram avaliadas⁴⁹.

Outro estudo focou a relação entre supergeneralização, trauma e depressão, estudando três grupos distintos de adolescentes: os que nunca tiveram depressão e não relataram nenhuma história de trauma; os que preencheram o critério para depressão maior e que não relataram história de trauma; e os que preencheram critério para depressão e relataram uma significativa história de trauma. Os adolescentes que apresentavam depressão e ausência de trauma foram mais supergeneralizados que os participantes controles, sugerindo que a supergeneralização pode ser uma função da depressão. Aqueles que apresentavam depressão e histórico de trauma foram menos supergeneralizados que os deprimidos sem tal histórico²⁹.

Em estudo pioneiro, Dagleish et al¹² investigaram a relação entre trauma e o estilo de memória supergeneralizada entre pacientes que apresentavam diagnóstico de transtornos alimentares e relato de abuso familiar na infância. Os resultados indicaram que pacientes com transtornos alimentares

produziram mais memórias supergeneralizadas e poucas específicas quando comparados aos controles e que houve correlação positiva entre a tendência para produzir memórias supergeneralizadas e o nível de abuso familiar relatado para as palavras-estímulo negativas. O fato de uma nova amostra clínica ter sido investigada levantou a questão de que o fenômeno de supergeneralização pode ser encontrado em uma ampla variação de psicopatologias, além da depressão e estresse pós-traumático.

Outros estudos em supergeneralização

Diante do crescente interesse, desde o estudo pioneiro que investigou a supergeneralização e depressão em pacientes que tentaram suicídio⁶¹, além da depressão e situações traumáticas, a temática começa a ser estudada em outras amostras clínicas, verificando-se um aumento na investigação da cognição em geral e o processamento de informação relacionado a transtornos emocionais³⁷. Como exemplo, um estudo com indivíduos esquizofrênicos verificou prejuízo na recordação de eventos autobiográficos principalmente no início da idade adulta, em período próximo ao início do transtorno. Observou-se que os indivíduos esquizofrênicos apesar de apresentarem a característica de serem significativamente mais rápidos na produção de uma primeira resposta, são menos específicos que os controles. Tal déficit foi maior que algum prejuízo geral no processamento da memória de trabalho⁶⁶. Estudos também elegeram a síndrome de Asperger e a sua relação com a especificidade da memória. Tanweer et al⁵³ observaram que indivíduos com Asperger recuperaram menos memórias episódicas e nestas havia uma carência de detalhes específicos, sugerindo que a supergeneralização também pode estar presente em tal síndrome. Além disso, tais indivíduos expressaram sua

identidade de forma mais abstrata, menos específicas e social que controles, o que pode estar relacionado a um processamento subjacente mais generalizado, pobre em especificidade. Em outro estudo com indivíduos com asperger, encontrou-se déficit e latências maiores na recuperação de memórias específicas, além de estratégias de resolução de problemas sociais empobrecidas e menos eficientes, com menor alcance temporal¹⁸, o que é convergente com estudos que enfocaram a supergeneralização e a resolução de problemas^{17,27,50}.

Conclusão

A revisão realizada apresenta um conjunto de pesquisas que tem estudado o fenômeno da supergeneralização da memória autobiográfica e sua relação com os sintomas e quadros psicopatológicos. Os estudos têm apontado dois principais eixos temáticos de investigação: a depressão maior e as situações traumáticas. O interesse pela supergeneralização da memória autobiográfica vem adquirindo maior interesse da comunidade científica, principalmente no que diz respeito à investigação da sua relação com os transtornos psiquiátricos. No que concerne a investigação com indivíduos depressivos, a maior parte dos estudos enfocam o déficit de especificidade quando comparados a controles, mesmo quando a sintomatologia depressiva apresenta remissão, sugerindo que tal estilo cognitivo parece torna-se uma característica estável, podendo ter implicações no prognóstico dos transtornos afetivos e estar relacionado a características psicopatológicas como o fluxo ruminativo de pensamentos na depressão. Quanto às questões traumáticas,

um corpo crescente de estudos parece também indicar que o abuso infantil e as experiências traumáticas implicam em menos especificidade na recordação de detalhes, o que se coaduna com a hipótese da regulação do afeto sugerida por Williams⁶⁴, na proposição de evitação de memórias dolorosas. Destaca-se, entretanto, que apesar de algumas pesquisas ressaltarem tal fenômeno como um traço cognitivo estável, a utilização de métodos psicoterápicos focados na supergeneralização pode proporcionar mudanças relacionadas ao aumento da especificidade. Uma vez que se tem associado à supergeneralização com o prejuízo na resolução de problemas, na imaginação do futuro e na regulação afetiva, considerar tal característica como implicada na esfera cognitiva dos transtornos afetivos pode gerar melhor compreensão de padrões cognitivos que podem reforçar um processamento disfuncional relacionado à manutenção de tais transtornos. Além dos estudos de supergeneralização avançarem, a relação de tal fenômeno com outras amostras clínicas como o transtorno de personalidade borderline, a depressão pós-parto, a esquizofrenia, a síndrome de asperger e os transtornos alimentares, representam um esforço no sentido de entender o quão amplo este estilo cognitivo pode estar permeando diversas condições psiquiátricas. Como, no entanto, alguns estudos apresentam resultados divergentes, faz-se necessário que mais estudos, principalmente de caráter longitudinal sejam realizados que possibilitem dirimir ou tentar explicar mais claramente as inconsistências ainda existentes.

Referências

1. Banhofer T, Jong-Meyer R, Kleipab A, Nikesch S. Specificity of autobiographical memories in depression: an analysis of retrieval processes in a think-aloud task. *Br J Clin Psychol.* 2002;41:411-16.
2. Banhofer T, Kuehn EM, Jong-Meyer R. Specificity of autobiographical memories and basal levels in patients with major depression. *Psychoneuroendocrinology.* 2005;30:403-11.
3. Bessel AL, Watkins ER, Williams, WH. Depressive rumination reduces specificity of autobiographical memory recall in acquired brain injury. *J Int Neuropsychol Soc.* 2008;14:63-70.
4. Brittkebank JS, Williams JMG, Ferrier IN. Autobiographical memory in depression: state or trait marker? *Br J Clin Psychol.* 1993; 162: 118-121.
5. Bryant RA, Sutherland K, Guthrie R. Impaired specific autobiographical memory as a risk factor for posttraumatic stress after trauma. *J Abnorm Psychol.* 2007;116(4):837-41.
6. Burnside E, Startup M, Byatt M, Rollinson L, Hill J. The role of overgeneral memory in the development of adult depression following childhood trauma. *Br J Clin Psychol.* 2004;43:365-73.
7. Coway MA, Pleydell-Pearce CW. The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychol Rev.* 2000;107:261-88.
8. Crane C, Barnhofer T, Visser C, Nightingale H, Williams JMG. The effects of analytical and experimental rumination on autobiographical

- memory specificity in individuals with a history of major depression. *Behav Res Ther.* 2007;45(12):3077-87.
9. Croll S, Bryant R. Autobiographical memory in postnatal depression. *Cognit Ther Res.* 2000;24(4):419-26.
 10. Dagleish T, Rolfe J, Golden AM, Dunn BD, Bernard PJ. Reduced autobiographical memory specificity and posttraumatic stress: exploring the contributions of impaired executive control and affect regulation. *J Abnorm Psychol.* 2008;117(1):236-41.
 11. Dagleish T, Spinks H, Yiend J, Kuyken W. Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *J Abnorm Psychol.* 2001;110(2):335-40.
 12. Dagleish T, Tchanturia K, Serpell L, Hems S, Yiend J, Silva P, et al. Self-reported parental relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion.* 2003;3(3):211-22.
 13. Drummond LE, Dritschel B, Astell A, O' Carroll RE, Dalgleish T. Effects of age, dysphoria, and emotion-focusing on autobiographical memory specificity in children. *Cognit Emotion.* 2006;20(3/4):488-505.
 14. Frank J, Landeira-Fernandez J. Rememoração, subjetividade e as bases neurais da memória autobiográfica. *Psic Clin.* 2006;18(1):35-47.
 15. Gauer G, Gomes WG. A experiência de recordar em estudos da memória autobiográfica: aspectos fenomenais e cognitivos. *Memorandum.* 2006;11:102-12.

16. Gibbs BR, Rude SS. Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognit Ther Res.* 2004; 28(4): 511-26.
17. Goddard L, Dritschel B, Burton A. Role of autobiographical memory in social problem solving and depression. *J Abnorm Psychol.* 1996;105:609-16.
18. Goddard L, Howlin P, Dritschel B, Patel T. Autobiographical memory and social problem-solving in asperger syndrome. *J Autism Dev Disord.* 2007; 37:291-300.
19. Greenberg DL, Rubin DC. The neuropsychology of autobiographical memory. *Cortex.* 2003;39(4-5):687-728.
20. Haque S, Coway MA. Sampling the processes of autobiographical memory construction. *European Journal of Cognitive Psychology.* 2001; 13:529-47.
21. Hauer BJ, Wessel I, Engelhard IM, Peeters LL, Dagleish T. Prepartum autobiographical memory specificity predicts post-traumatic stress symptoms following complicated pregnancy. *Memory.* 2009;17(5):544-56.
22. Heidenreich T, Jughanns-Royack K, Stangier U. Specificity of autobiographical memory in social fobia an major depression. *Br J Clin Psychol.* 2007;46:19-33.
23. Hermans D, Raes F, Williams JMG, Demyttenaere K, Sabbe B, Pieters G, et al. Is overgeneral autobiographical memory an isoled memory phenomenon in major depression? *Memory.* 2006;14(5):584-94.

24. Hermans D, Vandromme H, Debeer E, Raes F, Demyttenaere K, Brunfaut E, et al. Overgeneral autobiographical memory predicts diagnostic status in depression. *Behav Res Ther.* 2008;46:668-77.
25. Iqbal Z, Birchwood M, Hemsley D, Jackson C, Morris E. Autobiographical memory and post-psychotic depression in first episode psychosis. *Br J Clin Psychol.* 2004;43:97-104.
26. Jonhson R, Greenhoot AF, Glisky E, McCloskey LA. The relations among abuse, depression, and adolescents' autobiographical memory. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2005;34(2):235-47.
27. Kaviani H, Rahimi-Darabad P, Naghavi HR. Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of iranian depressed patients attempting suicide. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment.* 2005; 27(1):39-44.
28. Kremers IP, Spinhoven Ph, Van der Does AJW. Autobiographical memory in depressed and non-depressed patients with borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol.* 2004;43:17-29.
29. Kuyken W, Howell R, Dagleish T. Overgeneral autobiographical memory in depressed adolescents with versus without a reported history of trauma. *J Abnorm Psychol.* 2006;115(3):387-96.
30. Mackinger HF, Loschin GG, Leibetseder MM. Prediction of postnatal affective changes by autobiographical memories. *European Psychologist.* 2000;5(1):52-61.

31. Moradi AR, Herlihy J, Yasseri G, Shahraray M, Turner S, Dagleish T. Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychologica*. 2008;127(3):645-53.
32. Peeters F, Merckelbach H, Boon-Vermeeren M. Autobiographical memory specificity and the course major depressive disorder. *Compr Psychiatry*. 2002; 43(5): 344-50.
33. Pergher GK, Stein LM. Recuperando memórias autobiográficas: avaliação da versão brasileira do Teste de memória autobiográfica. *Psico*. 2008;39(3):299-307.
34. Pergher GK. Avaliando a especificidade da memória autobiográfica: o teste de memória autobiográfica [dissertação]. Porto alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005.
35. Pergher, GK, Oliveira RG, De ávila LM; Stein L M. Memória, Humor e Emoção. *Rev Psiquiatr RS*. 2006; 28(1): 61-8.
36. Pollock LR, Williams JMG. Effective problem solving in suicide attempters depends on specificity autobiographical recall. *Suicide LifeThreat Behav*. 2001; 31: 386-96.
37. Raes F, Hermans D, Philippot, P, Kremers I. Autobiographical memory specificity and psychopathology: the broader context of cognition and emotion research. *Cognit Emotion*. 2006;20(3/4):324-27.

38. Raes F, Hermans D, Williams JMG, Beyers W, Brunfaunt E. Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *J Abnorm Psychol.* 2006;115(4):699-704.
39. Raes F, Watkins E, Williams JMG, Hermans D. Non-ruminative processing reduces autobiographical memory retrieval in students. *Behav Res Ther.* 2008;46:748-56.
40. Rasmussen SA, O'Connor RC, Brodie D. The Role of Perfectionism and Autobiographical Memory in a Sample of Parasuicide Patients: an exploratory study. *Crisis.* 2008; 29(2): 64-7.
41. Rekart KN, Mineka S, Zinbarg RE. Autobiographical memory in dysphoric and non-dysphoric college students using a computerized version of the AMT. *Cognit Emotion.* 2006;20(3/4):506-15.
42. Renneberg B, Theobald E, Nobs M, Weisbrod M. Autobiographical memory in borderline personality disorder and depression. *Cognit Ther Res.* 2005;29(3):343-58.
43. Roberts JE, Carlos EL, Kashdan TB. Impact of depressive symptoms, self-esteem and neuroticism on trajectories of overgeneral autobiographical memory over repeated trials. *Cognit Emotion.* 2006;20(3/4):383-401.
44. Schlosser N, Wolf OT, Fernando SC, Riedsel K, Otte C, Muhtz C, Beblo T, et al. Effects of acute cortisol administration on autobiographical memory in patients with major depression and healthy controls. *Psychoneuroendocrinology.* 2010;35(2):316-20.

45. Schönfeld S, Ehlers A, Bollinghaus I, Rief W. Overgeneral memory and suppression of trauma memories in post-traumatic stress disorder. *Memory*. 2007;15(3):339-52.
46. Serrano JP, Latorre JM, Gatz M. Autobiographical memory in older adults with and without depressive symptoms. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7(1):41-57.
47. Spinhoven P, Bockting CLH, Koeter MWJ, Wekking EM, Williams JMG. Autobiographical memory in the euthymic phase of recurrent depression. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(3):590-600.
48. Spinhoven P, Bockting CLH, Kremers IP, Schene AH, Williams JMG. The endorsement of dysfunctional attitudes is associated with an impaired retrieval of specific autobiographical memories in response to matching cues. *Memory*. 2007;15(3):324-338.
49. Stokes DJ, Dritschel BH, Bekerian DA. Semantic and episodic autobiographical memory recall for memories not directly associated with childhood sexual abuse. *J Fam Viol*. 2008;23:429-35.
50. Sutherland K, Bryant RA. Autobiographical memory in posttraumatic stress disorder before and after treatment. *Behav Res Ther*. 2007;45(12):2915-23.
51. Sutherland K, Bryant RA. Rumination and overgeneral autobiographical memory. *Behav Res Ther*. 2007;45(10):2407-16.

52. Sutherland K, Bryant RA. Social problem solving and autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther.* 2008;46(1):154-61.
53. Tanweer T, Rathbone CJ, Souchay C. Autobiographical memory, auto-noetic consciousness, and identity in Asperger Syndrome. *Neuropsychologia.* 2010;48(4):900-8.
54. Turving E. Memory and consciousness. *Can Psychol.* 1985; 26(1):1-10.
55. Valentino K, Toth SL, Cicchetti D. Autobiographical memory functioning among abused, neglected, and nonmaltreated children: the overgeneral memory effect. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(8):1029-38.
56. Vreeswijk MF, Wilde EJ. Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and use of the Autobiographical Memory Test: a meta-analysis. *Behav Res Ther.* 2004;42: 731-43.
57. Vrielynck N, Deplus S, Philippot P. Overgeneral autobiographical memory in depressive disorder in children. *J Clin Adolesc Psychol.* 2007;36(1):95-105.
58. Watkins E, Teasdale JD, Williams RM. Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. *Psychol Med.* 2000;30:911-20.
59. Wheeler MA, Stuss DT, Turving E. Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and auto-noetic consciousness. *Psychol Bull.* 1997;121(3):331-54.

60. Williams JMG, Banhofer T, Hermans D, Raes F, Watkins E, Dagleish T. Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychol Bull.* 2007; 133:122-148.
61. Williams JMG, Broadbent K. Autobiographical memory in suicide attempters. *J Abnorm Psychol.* 1986;95:144-9.
62. Williams JMG, Ellis NC, Tyers C, Healy H, Rose G, Macleod AK. The Specificity of Autobiographical Memory and Imageability of the Future. *Mem Cognit.* 1996; 24:116-125.
63. Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol.* 2000;109(1):150-55.
64. Williams JMG. Depression and the specificity of autobiographical memory. In: Rubin DC, ed. *Remembering our past: Studies in autobiographical memory.* Cambridge: Cambridge University Press; 1996, p. 244-67.
65. Williams, JMG. Autobiographical Memory Test. Manuscrito não publicado.
66. Wood N, Brewin CR, McLeod HJ. Autobiographical memory deficits in schizophrenia. *Cognit Emotion.* 2006;20(3/4):536-47.

Tabela I – Características dos artigos incluídos na revisão

Autores	Ano de Publicação	Tema Estudado	Média de Idade	Total de participantes (homem/mulher)
Croll e Bryant ⁹	2000	Depressão Pós-parto	31.85	0/26
Mackinger, Loschin e Leibetseder ³⁰	2000	Mudanças Afetivas no Pós-parto	29.3	0/50
Watkins, Teasdale e Williams ⁵⁸	2000	Depressão Maior	39.5	16/32
Williams, Teasdale, Segal e Soulsby ⁶³	2000	Depressão Maior	44.0	22/33
Barnhofer, Jong-Meyer, Kleipab, Nikesch ¹	2002	Depressão Maior	29.4	3/12
Dagleish, Tchanturia, Serpell, Hems, Yiend, Silva e Treasure ¹²	2003	Abuso sexual na infância/ Transtornos alimentares	27.48	4/56
Burnside, Startup, Byatt, Rollinson e Hill ⁶	2004	Depressão Maior/Trauma	36.74	0/50
Gibbs e Rude ¹⁶	2004	Depressão Maior	21.23	32/49
Iqbal, Birchood, Hamsley, Jackson e Morris ²⁵	2004	Depressão Pós-psicótica	25.0	29*
Kremers, Spinhoven e Van der Does ²⁸	2004	Depressão maior/Transtorno de Personalidade Borderline	37.1	17/122
Johnson, Greenhoot, Glisky e McCloskey ²⁶	2005	Abuso sexual/Sintomas depressivos	15.0	0/134
Kaviani, Ramhimi-Darabad e Naghavi ²⁷	2005	Depressão maior/Comportamento Suicida	27.85	40*
Renneberg, Theobald, Nobs e Weisbrod ⁴²	2005	Depressão maior/Transtorno de personalidade borderline	32.0	0/87
Drummond, Dritschel, Astell, O'Carroll e Dagleish ¹³	2006	Disforia Infantil	9.23	35/35
Hermans, Raes, Williams, Demyttenaere, Sabbe, Pieters e Eelen ²³	2006	Depressão Maior	39.58	0/26
Kuyken, Howell e Dagleish ²⁹	2006	Trauma	-	62*
Raes, Hermans, Williams, Beyers, Brunfaunt ³⁸	2006	Depressão Maior	40.2	9/19
Rekart, Mineka e Zimbarb ⁴¹	2006	Disforia	-	17/39

Roberts, Carlos e Kashdan ⁴³	2006	Sintomas Depressivos/Auto-estima	19.8	92/112
Spinhoven, Bockting, Schene, Koeter, Wekking, Williams ⁴⁷	2006	Depressão Maior	44.7	122*
Wood, Brewin e McLeod ⁶⁶	2006	Esquizofrenia	36.35	28/12
Bryant, Sutherland e Guthrie ⁵	2007	Estresse Pós-Traumático	49.0	60/0
Crane, Barnhofer, Visser, Nightingale e Williams ⁸	2007	Ruminação Depressiva/Depressão Maior	31.0	11/23
Goddard, Howlin, Drischel e Patel ¹⁸	2007	Síndrome de Asperger	23.30	61/15
Heidenreich, Junghanns-Royack e Stangier ²²	2007	Depressão Maior/Fobia Social	34.8	24/30
Serrano, Latorre e Gatz ⁴⁶	2007	Sintomas Depressivos	72.32	77.85
Shönfeld, Ehlers, Bollinghaus e Rief ⁴⁵	2007	Estresse Pós-Traumático	33.21	42*
Spinhoven, Bockting, Kremers Schene e Williams ⁴⁷	2007	Atitudes Disfuncionais/Depressão/ Transtorno de Personalidade Boderline	44.4† 30.8	111* 82*
Sutherland e Bryant ⁵¹	2007	Ruminação Depressiva/Depressão Maior	20.82	19/35
Sutherland e Bryant ⁵⁰	2007	Transtorno de Estresse Pós-Traumático	35.74	9/11
Vrielynck, Deplus e Philippot ⁵⁷	2007	Depressão Infantil	11.5	27/13
Bessell, Watkins e Williams ³	2008	Ruminação de Depressiva/Dano Cerebral Adquirido	-	42/16
Dagleish, Rolfe, Golden, Dunn e Bernard ¹⁰	2008	Estresse Pós-Traumático	36.9	25/11
Hermans, Vandromme, Debeer, Raes, Demyttenaere, Brunfaut e Williams ²⁴	2008	Depressão Maior	39.9	6/14
Moradi, Herlihy, Yasseri, Shahraray, Turner e Dagleish ³¹	2008	Transtorno de Estresse Pós-Traumático	38.5† 36.0	19/18 0/56
Ramussen, O'Connor e Brodie ⁴⁰	2008	Comportamento Suicida	38.0	17/23
Strokes, Dritschel e Bekerian ⁴⁹	2008	Abuso Sexual/Trauma	29.21	0/40
Sutherland e Bryant ⁵²	2008	Transtorno de Estresse Pós-Traumático	32.57	17/24
Hauer, Wessel, Engelhard,	2009	Estresse Pós-	31.71	0/35

Peeters e Dagleish ²¹		traumático/ Complicações na Gravidez Depressão Maior		
Valentino, Toth e Cicchetti ⁵⁵	2009	Abuso Físico/ Negligência/Depressão Infantil	10.66	192*
Schlosser, Wolf, Fernando, Riedsel, Otte, Muhtz, Beblo, Driessen, Löwe e Wingefeld ⁴⁴	2010	Depressão Maior	34.1	16/16
Tanweer, Rathbone e Souchay ⁵³	2010	Síndrome de Asperger	34.1	4/11

*Artigos que não explicitam o número de participantes separados por gênero.

†Artigos que apresentam 2 estudos no seu texto.



2.2 - Artigo 2 (Original)

Evaluation of the Autobiographical Memory Performance in *Postpartum* Depression: A Comparative Study

Tarcísio Gomes Dutra^a, Laila da Camara Lima Kurtinaits^b, Izabel Hazin^c, Amaury Cantilino^d, Everton Botelho Sougey^e

a, b, d, e. Department of Neuropsychiatric and Behavioral Sciences, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil.

c. Department of Psychology, Federal University of Rio Grande do Norte, Natal, Brazil.

Corresponding Author:

Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária, Recife, Pernambuco, Brazil.

CEP: 50670-901. Tel: 55 81 2126 8539.

E-mail addresses: tgdutra@yahoo.com.br (T. G. Dutra); evertonbs@yahoo.com

(E. B. Sougey)

Abstract

The aim of the present study is the comparison of autobiographical memories, specifically in terms of evocation and latency of responses, in two groups of women: one formed of twenty-six women assailed by postpartum depression and another of forty-eight women without depression. Two tests were used: the Autobiographical Memory Test and the Brazilian version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCD-I). Depressed women were significantly less specific in their recoveries, related to positive stimulating words ($p < 0.05$) and did not show any differences in the latency of responses related to the control group. The results suggest a decrease in the

recovery of specific memories in women assailed by postpartum depression, and consequently a greater pattern of overgeneralized responses in this group.

Keywords: Autobiographical memory, postpartum depression.

Introduction

Autobiographical memory (AM) is the set of information related to the individual that remembers, in simultaneous registers of images and facts of past happenings, circumscribed in space and time. This process is associated with a subjective mental state named conscious remembrance, a distinctive element of AM in contrast to other memory processes. (Greenberg & Rubin, 2003). The mental state that accompanies AM results from the interposition of a set of psychological capacities, such as the capacity of an individual to reflect about his own mental states, the belief on the part of this individual as being responsible for his thoughts and actions and the ability to think about chronological time as a sequence of happenings with personal meaning. The set of these abilities transforms this kind of mnemonic representation into personal autobiographical experience (Hazin, Da Rocha Falcão, & Lemos, in press).

Studies have identified four specific functions of this mnemonic system: directive, social, self-representative (Bluck, Alea, Haberman, & Rubin, 2005), which have been later considered part of the adaptive function (Williams, Conway & Cohen, 2008). The directive function of the AM refers to the ability to use past experiences as a reference for the resolution of current problems and as a guide for future actions. On the other hand, the social function is directly involved with the development, the maintenance and the enrichment of social

nets, established through exchanges of personal experiences with others. The self-representative function illustrates the potential of personal memories to create and keep a coherent identity over time. Finally, the adaptive function refers to how much such a system can be mobilized to keep or alter desirable and undesirable mood patterns (Hazin et al., in press).

Another important aspect that deserves prominence refers to the role of the emotional component in the organization of the AM. According to Thompson, Skowronski, Larsen, and Betz (1996) the determination about events being recalled by the subjects as autobiographical occurrences is influenced by their emotional evaluation of those memories. In this sense, the primacy can be identified of recalling events rated as extreme and producing pleasant emotions as compared to neutral or unpleasant events as considered by the subjects. The authors emphasize the interference of other factors on the recall process, namely the test frequency, the expectations associated with the act of remembering, the elaboration and active participation of the subject in the processing of information, and the mood in which the subject is at the time of recall (Gonçalves, 2007).

Concerning the organization and functioning of the AM, access to stored information can be understood in a hierarchical way, organized into three levels of autobiographical knowledge, distinguished by their level of generalization: a) periods of life, consisting in representations of long periods of time, that could last months, years or decades and that gather related themes together; b) general events, consisting of representations of repeated events that are of a more specific nature than the periods of life and c) events of specific

knowledge, referring to moments that occurred in specific space and time, presenting specificity in details (Coway & Pleydell-Pearce, 2000).

Different studies have associated states of depression with a compromise in autobiographical memory (Vreeswijk & Wilde, 2004), illustrated mainly by the phenomenon of overgeneralization, i.e., the tendency to remember personal events in a nonspecific and synthetic way (Gibbs & Rude, 2004; Pergher & Stein, 2008). When responding to cue-words such as *entertainment*, responses like “when I am with my children” instead of “the day that I took my son to the park for the first time” seem to be more prominent, representing general and unspecific retrieval. This phenomenon is known as overgeneralization of autobiographical memory. Williams and Broadbent (1986) were the first to identify this retrieval pattern in a group of depressed patients and parasuicides, when they asked those patients to recall specific autobiographical memories as they received positive and negative cue-words. They reported that, when compared to controls, depressed patients had difficulty in producing specific memories situated in time and space, thereby presenting generalized memories of events of their lives. Such findings, consolidated as a paradigm in the access of autobiographical memory, lead to the Autobiographical Memory Test (AMT) developed by Williams and Broadbent (1986). In the AMT, participants are asked to provide specific memories in response to positive (e.g.: entertaining) and negative (e.g.: tragic) cue-words. Some studies have also included neutral-valence words. A specific memory refers to an event that occurred in a particular time and place and does not last more than a day (e.g.: “The moment that I went to college for the first time”). Overgeneralized memories can be classified in (a) extended, describing

extensive temporal spaces or that last more than one day (e.g.: “The time that I went to college”) and (b) categorical, referring to repeated activities or that describe summaries of events instead of specific occasions (e.g.: “going to college with my friends”) (Williams, 1996; Williams, 2000). Participants can also respond to the cue-word with a name, an object, a statement or a song. Such responses are classified as associations or semantic associates; they do not represent a memory (Williams, 2000). It is also possible that no memory can be recalled, constituting an omission.

Studies also suggest that overgeneralization is more than a simple cognitive epiphenomenon when people are depressed. It might be related with vulnerability as much as with the diagnosis and course of depression (Brittlebank, Scott, Williams, & Ferrier, 1993; Dagleish, Spinks, Yiend, & Kuyken, 2001; Gibbs & Rude, 2004; Hermans et al., 2008; Mackinger, Loschin, & Leibetseder, 2000). Besides that, even when the remission of symptoms occurs, overgeneralization seems to remain stable (Spinhoven, Bockting, Koeter, Wekking, & Williams, 2006) which suggests that this characteristic is not just an apparent state but, in fact, a stable cognitive pattern (Brittlebank et al., 1993). In terms of clinical implications, overgeneralization seems to be associated with poor problem-solving skills and difficulties imagining specific situations in the future (Goddard, Dristchel & Burton, 1996; Williams et al., 1996). A literary review about memory specificity in subjects who present emotional disorders emphasized other processes that seem to contribute to memory specificity deficit – executive capacity deficits, the experience of trauma and the development of avoidance effect, and tendency of becoming involved in

analytical thinking focused on oneself (Williams & Broadbent, 1986; Williams et al., 2007).

There have been some discussions about the genesis of overgeneralization. Williams (1996) were the first to suggest that overgeneralization may originate from trauma experienced in childhood, in a way that if the child has experienced traumatic situations, he or she may adopt a tendency of recovering personal memories diffusely and generically instead of reaching a degree of specificity. Thus, this cognitive mechanism would have the objective of avoiding contact with specific memories that could be related to the trauma, and thereby an affective regulation function. Many studies have investigated this relationship and have given support to the affect regulation hypothesis of Williams, therefore emphasizing the association between overgeneralization and (a) traumas during childhood (Valentino, Toth & Cicchetti, 2009), (b) pos-traumatic stress disorder (Sutherland & Bryant, 2007; Sutherland & Bryant, 2008) and (c) traumatic memory suppression (Schönfeld, Ehlers, Bollinghaus & Rief, 2007). A second explanation about overgeneralization genesis is related to the existence of a ruminative focus that maintains this memory style (Williams, 1996) and studies have also investigated such a relationship (Bessell, Watkins & Williams, 2008; Crane, Barnhofer, Visser, Nightingale & Williams, 2007; Watkins & Teasdale, 2001). Rumination can be understood as a repetitive and passive cognitive pattern about the very symptoms of depression and possible causes and consequences of these symptoms (Nolen-Hoeksema, 1991). From this, comes the notion of the process that Williams (1996) called “mnemonic interlock”, wherein, during the cognitive processing that goes from the general to the achievement of specific

memory, memory recovery can be aborted and the individual keeps himself at an intermediate level, thus reducing the negative affect related to specific, painful memories. Another understanding is that specificity deficit may also be related to a reduction in working memory performance, which is associated with deficits in the functioning of the prefrontal cortex (Williams et al., 2007).

The increasing interest in overgeneralization has led to several studies, as mentioned previously, which have focused on depression as a study variable. One reason for that is the fact that overgeneralization may be implicated as a symptom of worse clinical depression. Brittlebank et al., (1993) were the first to report that depressive patients who presented more memory overgeneralization had worse prognoses. In that sense, other researchers had investigated such a proposition. Gibbs and Rude (2004) reported that students with high frequencies of overgeneralization and stressful life events presented more depressive symptoms after a 4- to 6-week period. Hermans et al. (2008) observed patients that fulfilled criteria for depression at the beginning of treatment and some weeks later and reported low levels of specificity or a high proportion of categorical memories associated with a high probability that those subjects were still diagnosed as depressed. Other studies have included the relationship between overgeneralization and depression, focusing on distinct samples such as, for example, individuals with the following diagnosis: seasonal depression (Dagleish et al., 2001), depression, borderline disorder (Kremers, Spinhoven, & Van der Does, 2004; Renneberg, Theobald, Nobs & Weisbrod, 2005; Spinhoven et al., 2006) and *postpartum* depression (Croll & Bryant, 2000). Instead, the necessity is emphasized here that such studies may be replicated in another places and contexts, using a methodology that allows

comparisons that can contribute to a creation of a more consistent frame of knowledge. In that sense, our study had the objective of investigating the performance of autobiographical memory in relation to specificity and response latency, comparing women within a *post natal* time-frame with or without *postpartum* depression, at a public hospital in the Brazilian Northeast region. For this study, the SCID-I clinical semi-structured interview based on DSM-IV criteria for depressive disorder and the Brazilian version of the Autobiographical Memory Test were administered. It was hypothesized that women with *postpartum* depression would present differences related to specificity and response latency when compared with women without such clinical condition. The study was approved by the Ethics Committee of the Health Sciences Center of the Federal University of Pernambuco, and met all requirements related to research with human beings.

Method

Participants

Eighty-two women were interviewed at the pediatric outpatient clinic of the Clinical Hospital of the Federal University of Pernambuco. From these 82 subjects, eight women were excluded for not completing the administered instruments, or not fulfilling the following inclusion criteria: being between two and 26 weeks *postpartum*, accepting voluntary participation in the study and signing the free and informed consent declaration. Exclusion criteria were the following: being with less than two weeks *postpartum*; taking medications such as antidepressants, benzodiazepines and anticonvulsants; being illiterate.

People who take drugs, have some kind of psychotic disorder – including depression with psychotic symptoms – and have some kind of neurological disorder were also excluded from the study.

Access to the mothers happened at the moment when they brought their children for medical consultation, which was the moment they were invited to participate in the study. Therefore, the final sample was composed of 74 women. Of those women, 26 comprised the group of depressed subjects with an average age of 24.69 years (SD = 5.37). Forty-eight comprised the control group of non-depressed subjects, with an average age of 25.21 years (SD = 5.92).

Evaluation instruments and procedures

AMT. The Brazilian version of the Autobiographical Memory Test was used (Pergher & Stein, 2008). Participants were asked to retrieve a specific memory for each of 15 cue-words. Words were presented orally and according to their valence, in a way that positive, neutral and negative words were alternately showed in the following order: compliment, tragic, childish, pleasant, unhappy, moderate, entertainment, misery, new, exciting, angry, occasion, honest, disappointed, fast. A maximum of 60 seconds for memory retrieval was given in relation to each word. If the participant could not respond within the set time limit, the experimenter skipped to the next word, in accordance with previous studies (e.g.: Dagleish et al., 2003; Hermans et al., 2008; Sutherland & Bryant, 2008; Spinhoven et al., 2006; Williams & Broadbent, 1986). If the first response was not a specific memory, participants were verbally stimulated by the experimenter with the following sentence: “Can you remember a specific event

– a particular fact?” until 60 seconds elapsed. The responses were recorded and analyzed regarding the variables of response latency and specificity, then classified into one of the following categories: semantic associations/omissions, categorical memories, extended memories and specific memories.

SCID-I. (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997). SCID-I consists of a clinic semi-structured interview based on the DSM-IV diagnostic criteria, which are widely used in research and considered the gold standard instrument for the diagnosis of Axis I psychiatric disorders. SCID-I has been validated within Brazil, with a good reliability index for mood disorders ($k = 0.87$) (Del-bem et al., 2001). In this study, only the part referring to depression was used.

Patients were tested individually. First, women were informed about the research content and objective and invited to sign free and informed consent declaration, if agreeing to participate. Thereupon, the SCID-I was administered followed by the AMT test.

Data Analysis

Data were analyzed using the SPSS statistics package, version 12.0 for Windows. Initially, the main variables of the study were investigated in relation to normality of the distribution, through the Shapiro-Wilk test. For the group of depressed women, the specificity for positive and negative words and the latency related to the three emotional valences presented a parametric distribution ($p > 0.05$) and the specificity for neutral words presented a nonparametric distribution ($p < 0.05$). For the control group of non-depressed women, the specificity and latency related to all valences presented a

nonparametric distribution ($p < 0.05$). The age presented a parametric distribution ($p > 0.05$) and *postpartum* time a nonparametric distribution, for both groups.

Regarding this analysis, the Mann-Whitney U-test was used for the comparison of the specificity and latency between the two groups. The student T-test was used to compare the groups in relation to age and the Mann-Whitney U-test to compare *postpartum* time. Comparison of latency and specificity variables of each group used the Friedman variance analysis. The reliability of evaluated responses was tested by the Wilcoxon test. The significance level considered for all tests was 0.05.

Results

Age and *postpartum* time

There was no significant difference between the constitution of the two groups of women related to age ($p = 0.71$), as well as the *postpartum* time ($p = 0.93$). Table 1 presents the averages of such variables related to both groups, as well as the general characteristics of the analyzed sample.

Reliability of response classification

As each response obtained from the AMT is classified within a system of categorization that can suffer fluctuations, depending on the analysis of the examiners, a further procedure was adopted that measures the reliability of the response categorization as given by the individuals in terms of an agreement level. This was accomplished by randomly choosing 20% of the response

categorizations produced by the first author and comparing these to the categorizations of an independent judge. This procedure was done separately for each cue-word. Scores varied between 0.083 and 1.00, confirming an absence of significant differences in between-judge reliability.

Memory specificity

Table 2 presents the averages related to the specificity of the autobiographical memory of the groups. It was observed that the depressed women did not differ from the control group in relation to the level of specificity of the autobiographical memory produced by the presentation of words of neutral valence ($p= 0.74$) and negative ($p= 0.75$), but they showed a significant difference related to cue-words with positive valence ($p= 0.037$). That is, depressed women were less specific in their autobiographical memories than the non-depressed women when requested to remember a specific memory to cue-words of positive valence. It is worth pointing out, however, that even though a meaningful difference in relation to the evocation for the neutral and negative cue-words did not exist, when considering the percentage of the responses, whether in a general form, or in the distribution by valence, the depressed women were always less specific and more categorical in their responses (see Table 3). It was also observed that, within an intra-group comparison, there was no significant difference in relation to the distinct valence of words among depressed women ($p = 0.10$). Among non-depressed women, a significant difference was found ($p < 0.01$), specifically between positive and

neutral valences ($p < 0.05$) and between neutral and negative valences ($p < 0.05$).

Response Latency

Table 2 presents the averages in relation to response latency in the two groups studied. When the group of depressed women was compared with the control group, no significant difference between response latency was found, considering positive valence cue-words ($p = 0.23$), neutral ones ($p = 0.54$) and negative ones ($p = 0.58$). Comparison of such variables within each studied group did not reveal significant differences among depressed women ($p = 0.18$) and non-depressed women ($p = 0.59$). Therefore, the studied groups did not present differences related to response latency, at inter- or intra-group comparisons.

Discussion

This study had the objective of investigating autobiographical memory performance in women with *postpartum* depression when compared with women in a *postpartum* period without depression, in relation to specificity and response latency. It is the first Brazilian study with clinical sample investigating the performance of autobiographical evocations, focusing on the phenomenon of overgeneralization. The hypothesis of the work was that differences would exist in relation to the studied variables, when depressed women were compared with non-depressed ones. A great body of studies has found that in depression, individuals tend to be less specific in their personal memories and present increased latency time, but which also reflects a deficit in the process of hierarchical research towards specificity, since the first study of Williams and

Broadbent (1986). When groups were compared in relation to specificity, it was found that depressed women were mainly more categorical in their responses than non-depressed women. However, this finding was restricted to memory retrieval related to words with positive valence. While in recent studies, overgeneralization is being consistently found in groups with a history of traumatic situations (Bryant, Sutherland & Guthrie, 2007; Moradi et al., 2008; Schönfeld et al., 2007; Sutherland & Bryant, 2007; Sutherland & Bryant, 2008) and depression (Bergouignan et al., 2008; Kaviani, Rahimi-Darabad & Naghavi, 2005; Raes, Hermans, Williams, Beyers & Brunfaunt, 2006), the valence effect seems to present distinct results, varying in relation to cue-word valence. In a meta-analysis study, for example, Vreeswijk and Wilde (2004) reported that subjects exhibited overgeneralization in their memories for positive words as well as for negative ones, meaning that there is a significant correlation among the difference of specificity in relation to distinct valences. However, other studies have found results similar to ours, where individuals generate less specific responses to positive cue-words (e.g., Dagleish et al., 2001; McNally, Lasko, Macklin & Pitman, 1995; Moffit, Singer, Nelligan, Carlson & Vyse, 1994; Moore, Watts & Williams, 1998; Park, Goodyer & Teasdale, 2002; Williams & Broadbent, 1986; Williams & Dritschel, 1988; Williams & Scott, 1988) and others did not find any difference in regard to valence (e.g., Brittlebank et al., 1993; Goddard et al., 1996). Inconsistency of such findings related to word valences could preliminarily be interpreted as a limitation to the affect regulation hypothesis and on the mechanism called “mnemonic interlock”, which would involve individuals blocking their mnemonic research, stopping it at more general levels, with the objective of avoiding recall of painful memories

(Williams, 1996). In this way, it could be argued that overgeneralization would more likely be found in relation to negative valence words. However, it is important to point out that regarding such aspect there is no causal relationship between valence and retrieval, in that the valence of cue-word does not necessarily reflect the valence of retrieved memories (Williams et al., 2007). It is important to note that, despite finding a significant difference only in words with positive valence, a minor frequency of specificity can be identified in relation to words with negative valence comparing depressed women and the control group.

In a general way, the findings of this study are in accordance with other studies where depressed people tend to retrieve less specific memories than controls (e.g., Williams & Broadbent, 1986; Williams & Dritschel, 1988; Williams & Scott, 1988). Previously, only one study focused specifically on the relationship between the specificity of autobiographical memory and *postpartum* depression. Croll and Bryant (2000) investigated 13 women with *postpartum* depression comparing them to 13 women in the *postpartum* period without depression and observed that depressed women presented less specific memories and a slower recall than non-depressed women. Another study performed by Mackinger et al., (2000) investigated 50 pregnant women and observed that categorical responses given to negative cue-words worked as a predictor of affective changes in the *postnatal* period. Our results also agreed with such findings, however, differed from the findings of the Croll and Bryant (2000) study in that there was no distinction in response latency between depressed women and the controls. This result is divergent from many studies that found increased latency in individuals with emotional disorders (e.g.,

Kaviani et al., 2005; Renneberg et al., 2005), and is in line with others that did not find such differences (e.g., Iqbal, Birchwood, Hemsley, Jackson & Morris, 2004; Stokes, Dritschel & Bekerian, 2008).

The results also presented a peculiar characteristic in relation to an intra-group analysis of word valence. It was observed that non-depressed women presented significant differences in relation to positive and neutral stimulus and to negative and neutral ones, which did not happen in the analysis of depressed women. This seems to indicate that the capacity to discriminate emotion of words becomes decreased in the depression state. It is suggested that similar studies may investigate if such a characteristic can be found within other contexts, and if this factor represents any important meaning for the cognitive and emotional functioning of individuals with emotional disorders. Studies show, for example, that stimuli of different emotional valences activate different functional patterns in specific brain regions (Davidson & Irwin, 1999; Moll et al., 2001).

Reduction of memory specificity may be understood as a pattern present in depression and which has also been emphasized as a factor of cognitive vulnerability for depression (Gibbs & Rude, 2004; Williams et al., 2007). Results of previous studies have pointed out that such a cognitive pattern stays even with remission of symptoms (Spinhoven et al., 2006; Williams & Dritschel, 1988), as mentioned in the introduction of this work. The study of such phenomena and the comprehension of how it is presented might have great importance to the elaboration of clinical interventions, with a focus on prevention of depression relapse (Raes, Hermans, Philippot & Kremers, 2006). Results show, for example, that specificity can be increased when individuals

that have already had depression were submitted to a “Mindfulness-Based Cognitive Therapy”, which resulted in decreasing overgeneralization (Williams, Teasdale, Segal & Soulsby, 2000).

In conclusion, results of this study support that, in depression there is a deficit in retrieving specific autobiographical memories, a finding that can be extended to women suffering from *postpartum* depression. It is suggested that further studies apply instruments that can discriminate disorder intensity, with the intention of evaluating if there are differences between mild to severe levels of *postpartum* depression in relation to the phenomenon of overgeneralization. Furthermore, in relation to such aspects, the use of specific tracking instruments, besides the clinical interview, can offer more refined data that would enable greater amplitude in comprehension besides helping in disorder identification (Cantilino et al., 2010). An example of this type of instrument is the “Postpartum Depression Screening Scale”, which has been validated in the Brazilian population, and shows very satisfactory psychometric traits (Cantilino et al., 2007).

Another important factor is the paucity of longitudinal studies that could evaluate how much overgeneralization may work as a predictor or has the effect of maintenance of disorders, suggesting vulnerability and worsening diagnoses, as emphasized in previous studies (Brittkebank et al., 1993; Gibbs & Rude, 2004). Therefore, it is suggested that such studies be accomplished, for example, evaluating women before and after childbirth, with the objective of observing if damage in autobiographical memory is related to a greater intensity of depressive symptoms or the emergence of depression after childbirth. Further research of this type is important to gain a deeper level of

neurocognitive knowledge that is involved in the functioning of the regulatory emotional strategies towards development of psychopathological conditions.

Acknowledgements

We want to thank all professionals of the pediatric outpatient clinic of the Clinical Hospital of the Federal University of Pernambuco, where the study took place and CAPES (Coordination of Personal Improvement of Graduation Organ) for the scholarship that enabled this research.

References

Bergouignan, L., Lemogne, C., Foucher, A., Longin, E., Allilaire, J. et al. (2008). Field perspective deficit for positive memories characterizes autobiographical memory in euthymic depressed patients. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 322-333.

Bessel, A. L., Watkins, E. R., & Williams, W. H. (2008). Depressive rumination reduces specificity of autobiographical memory recall in acquired brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14, 63-70.

Bluck, S., Alea, N., Haberman, T., & Rubin, D. C. (2005). A tale of three functions: The self-reported uses of autobiographical memory. *Social Cognition*, 23(1), 91-117

Brittlebank, A. D., Scott, J., Williams, J. M. G. & Ferrier, I. N. (1993) Autobiographical memory in depression: State or trait marker? *British Journal of Psychiatry*, 162, 118-121.

Bryant, R. A., Sutherland, K., & Guthrie, R. (2007). Impaired specific autobiographical memory as a risk factor for posttraumatic stress after trauma. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(4), 837-841.

Cantilino, A., Zambaldi, C. F., Albuquerque, T. L. C., Paes, J. A., Montenegro, A. C. P., & Sougey, E. B. Postpartum depression in Recife – Brazil: prevalence and association with bio-socio-demographic factors. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 1-9, 2010.

Cantilino, A., Carvalho, J. A., Maia, A., Albuquerque, C., Cantilino, G., & Sougey, E. B. Translation, validation and cultural aspects of Postpartum Depression Screening Scale in Brazilian Portuguese. *Transcultural Psychiatry*, 44, 672-684, 2007.

Coway, M. A., & Pleydell-Pearce, C. W. (2000). The construction of autobiographical memories in the self-memory system. *Psychological Review*, 107, 261-288.

Crane, C., Barnhofer, T., Visser, C., Nightingale, H., & Williams, J. M. G. (2007). The effects of analytical and experimental rumination on autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 3077-3087.

Croll, S., & Bryant, R. (2000). Autobiographical memory in postnatal depression. *Cognitive Therapy and Research*, 24(4), 419-426.

Dagleish, T., Spinks, H., Yiend, J., & Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in affective seasonal disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 335-340.

Dagleish, T.; Tchanturia, K.; Serpell, L. Hems, S., Yiend, J., Silva, P. et al. (2003). Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion*, 3(3), 211-222.

Davidson, R. J., & Irwin, W. (1999). The functional neuroanatomy of emotion and affective style. *Trends in Cognitive Sciences*, 3(1), 11-21.

Del-bem, M. C., Vilela, J. A. A., Cripa, J. A. S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuarte, A. W. (2001). Confiabilidade da “Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV – Versão clínica” traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 156-159.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV). Washington (DC): American Psychiatric Press, 84.

Gibbs, B. R., & Rude, S. S. (2004). Overgeneral autobiographical memory as depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 511-526.

Goddard, L., Drithchel, B., & Burton, A. (1996). Role of autobiographical memory in social problem-solving and depression. *Journal Abnormal Psychology*, 105, 609-616.

Gonçalves, D. A. C. S. (2007). *Estimulação e Promoção de memórias autobiográficas específicas como metodologia de diminuição de sintomatologia depressiva em pessoas idosas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Área de Especialização em Psicologia Clínica, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Greenberg, D. L., & Rubin, D. C. (2003). The neuropsychology of autobiographical memory. *Cortex*, 39, 687-728.

Hazin, I., Da Rocha Falcão, J. T, & Lemos, C. (no prelo). Evidências Científicas e Modelos Conceituais da Memória Autobiográfica: Subsídios para a Reabilitação Neuropsicológica. In: Abrisqueta-Gomez, J. (Org.), *Reabilitação Neuropsicológica: Metodologia científica e modelos conceituais na prática clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Hermans, D., Vandromme, H., Debeer, E., Raes, F., Demyttenaere, K., Brunfaut, E., et al. (2008) Overgeneral autobiographical memory predicts diagnostic status in depression. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 668-677.

Iqbal, Z., Birchwood, M., Hemsley, D., Jackson, C., & Morris, E. (2004). Autobiographical memory and post-psychotic depression in first episode psychosis. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 97-104.

Kaviani, H., Rahimi-Darabad, P. & Naghavi, H. R. (2005) Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of Iranian depressed patients attempting suicide. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 39-43.

Kremers, I. P., Spinhoven, Ph., & Van der Does, A. J. W. (2004). Autobiographical memory in depressed and non-depressed patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 17-29.

Mackinger, H. F., Loschin, G. G., & Leibetseder, M. M. (2000) Prediction of postnatal affective changes by autobiographical memories. *European Psychologist*, 5(1), 52-61.

McNally, R. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L., & Pitman, R. K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 619-630.

Moffit, K. H., Singer, J. A., Nelligan, D. W., Carlson, M. A., & Vyse, S. A. (1994). Depression and memory narrative type. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 581-583.

Moll, J., Oliveira-Souza, R., Miranda, J. M., Bramati, I. E., Veras, R. P., & Magalhães, A. C. (2001). Efeitos distintos da valência emocional positiva e negativa na ativação cerebral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 42-45.

Moore, R. G., Watts, F. N., & Williams, J. M. G. (1988). The specificity of personal memories in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 275-276.

Moradi, A.R., Herlihy, J., Yasseri, G., Shahraray, M., Turner, S., & Dagleish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD). *Acta Psychologica*, 127(3), 645-653.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.

Park, R. J., Goodyer, I. M., & Teasdale, J. D. (2002) Categorical overgeneral autobiographical memory in adolescents with major depressive disorder. *Psychological Medicine*, 32, 267-276.

Pergher, G. K., & Stein, L. M. (2008). Recuperando memórias autobiográficas: avaliação da versão brasileira do Teste de memória autobiográfica. *Psico*, 39(3), 299-307.

Raes, F., Hermans, D., Williams, J. M. G., Beyers, W., & Brunfaunt, E. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 699-704.

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.

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.

Schönfeld, S., Ehlers, A., Bollinghaus, I., & Rief, W. (2007). Overgeneral memory and suppression of trauma memories in post-traumatic stress disorder. *Memory*, 15(3), 339-352.

Spinhoven, P., Bockting, C. L. H., Koeter, M. W. J., Wekking, E. M., & Williams J. M. G. (2006). Autobiographical memory in the euthymic phase of recurrent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 590-600.

Stokes, D. J., Dritschel, B. H., & Bekerian, D. A. (2008). Semantic and episodic autobiographical memory recall for memories not directly associated with childhood sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 23, 429-435.

Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2007). Autobiographical memory in posttraumatic stress disorder before and after treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 45(12), 2915-2923.

Sutherland, K., & Bryant, R. A. (2008). Social problem-solving and autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 154-161.

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.

Valentino, K., Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2009). Autobiographical memory functioning among abused, neglected, and non-maltreated children: the overgeneral memory effect. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 1029-1038.

Vreeswijk, M. F., & Wilde, E. J. (2004). Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and use of the Autobiographical Memory Test: a meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 731-43.

Watkins, E., & Teasdale, J. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 353-357.

Williams J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp. 244-267). Cambridge: Cambridge University Press.

Williams, H. L., Conway, M. A., & Cohen, G. (2008). Autobiographical memory. In G. Cohen & M. A. Conway (Eds.), *Memory in the Real World* (3rd ed., pp. 21-90). Hove, UK: Psychology Press.

Williams, J. M. G., & Dritschel, B. H. (1988). Emotional disturbance and the specificity of autobiographical memory. *Cognition & Emotion*, 2, 221-234.

Williams, J. M. G. (2000) Autobiographical Memory Test. Manuscript not published.

Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986) Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.

Williams, J. M. G., & Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689-695.

Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Hermans, D., Raes, F., Watkins, E., & Dagleish, T. (2007). Autobiographical memory specificity and emotional disorder. *Psychological Bulletin*, 133(1), 122-148.

Williams, J. M. G., Ellis, N. C., Tyers, C., Healy, H., Rose, G., & Macleod, A. K. (1996). The Specificity of Autobiographical Memory and Imageability of the Future. *Memory & Cognition*, 24, 116-125.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, 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.

Table I. General characteristics of the sample

	PPD	CONTROLS
	Percentages	
Type of Delivery		
Normal	46.2	37.5
Cesarian	53.8	60.4
With forceps	0	2.1
Civil Status		
Single	46.2	25.0
Married	50.0	73.0
Separated	3.8	2.1
Education		
Incomplete primary or secondary education	38.4	41.7
Complete primary and secondary education	50.0	37.5
Incomplete undergraduate education	11.5	16.7
Complete undergraduate education	0	4.2
Complications during pregnancy or delivery	53.8	43.8
Planned pregnancy	30.8	72.9
Formally employed	19.2	29.2
History of psychiatric problems	34.6	4.2
Family history of psychiatric problems	50.0	37.5
	Averages	
Number of children	1.85	1.58
Age	24.69	25.21
Post-partum time	88.08	85.88

Table II. Average of specificity of the memories and of the responses latency.

	PPD	CONTROLS
Specificity		
Positive	1.52 (1.00)	2.06 (0.69)
Neutral	1.18 (1.04)	1.22 (0.90)
Negative	1.46 (0.84)	1.87 (0.89)
Response Latency		
Positive	12.12 (5.70)	15.09 (6.38)
Neutral	11.56 (4.69)	14.57 (9.16)
Negative	10.05 (5.16)	12.24 (6.80)

Note: Standard deviations are in parentheses. Response latency was measured in seconds.

Table III. Percentage of types of recalled memories

	PPD	CONTROLS
GENERAL		
Omissions/ Semantic associates	44.87	36.11
Categorical Memories	11.54	9.31
Extended Memories	13.08	1.94
Specific Memories	40.51	52.64
DISTRIBUTION FOR VALÊNCIAS		
Positive words		
Omissions/ Semantic associates	36.92	23.33
Categorical Memories	16.92	11.25
Extended Memories	3.08	2.08
Specific Memories	43.08	63.34
Neutral words		
Omissions/ Semantic associates	53.08	52.09
Categorical Memories	10.00	9.58
Extended Memories	2.31	2.08
Specific Memories	34.61	36.25
Negative words		
Omissions/ Semantic associates	44.62	32.92
Categorical Memories	7.69	7.08
Extended Memories	3.84	1.67
Specific Memories	43.84	58.33



Considerações Finais

A memória é um dos processos cognitivos mais estudados ao longo do tempo na ciência psicológica, entretanto, somente agora o homem começa a entender muitos aspectos do processamento neurocognitivo desta função, que possui imenso valor na própria manutenção de vida na terra. O armazenamento e a recuperação de informações são extremamente adaptativos e vantajosos para qualquer espécie que consiga realizar tais processos. Atualmente, a memória é um dos temas, entre os chamados processos psicológicos básicos, que mais atrai cientistas que se interessam por cognição e comportamento e tem sido estudada, interdisciplinarmente por áreas como a psicologia, neurologia, psiquiatria, biologia molecular, genética, neuroanatomia, filosofia, história, dentre outras. Um aspecto extremamente importante na evolução dos estudos de memória, diz respeito à emergência das neurociências, mas especificamente a partir do término da segunda guerra mundial. Imerso neste contexto, destaca-se também o emprego de métodos auxiliares no diagnóstico dos distúrbios neurológicos relacionados ao comprometimento cognitivo, que tem se apresentado como uma ferramenta essencial no entendimento das funções cognitivas. As inovações tecnológicas, representadas pelos diversos métodos de neuroimagem estrutural e funcional, além das técnicas neurofisiológicas têm possibilitado à ciência grande aprofundamento no entendimento dos processos cerebrais. Os estudos de memória, desde os trabalhos de Ribot e Ebbinghaus, até a atualidade adquiriram cada vez mais relevância, e hoje auxiliam em vários âmbitos, como exemplo, diagnóstico diferencial, processos jurídicos e na estruturação de programas de reabilitação.

Considerando-se os aspectos neurocognitivos, os estudos também têm se interessado em entender padrões de processamento que estejam implicados nas psicopatologias. Neste aspecto, os estudos sobre memória autobiográfica, temática de pesquisa ainda recente, tem possibilitado dados extremamente interessantes para o conhecimento científico.

As pesquisas que relacionam o fenômeno de supergeneralização da memória autobiográfica aos transtornos psiquiátricos apresentam relevância pelo esforço em buscar detalhar como um padrão de processamento neurocognitivo pode exercer influência na gênese ou manutenção de certos transtornos. O fato de se investigar os aspectos cognitivos que podem estar implicados em tais condições, abre caminho para se pensar novas formas de intervenção, além de poder apresentar algum valor na investigação de fatores de vulnerabilidade.

Pesquisas já mostram que através de intervenções da terapia cognitiva, pode ser verificada a diminuição do estilo supergeneralizado de evocação e se esta característica se relaciona à manutenção dos transtornos depressivos, a sua diminuição contribui teoricamente para um melhor prognóstico. Neste estudo, verificou-se que as puérperas deprimidas, foram mais supergeneralizadas em suas memórias autobiográficas quando comparadas a puérperas não deprimidas, significativamente em relação a palavras-estímulo positivas. Nossa amostra também não revelou diferenças significativas em relação ao tempo de latência de evocação, como já descrito anteriormente. Os achados são importantes no sentido de estarem em consonância com os resultados de vários estudos realizados anteriormente, e este estudo torna-se pioneiro, não pela temática, mas por ser, até onde nosso conhecimento alcança, a primeira pesquisa brasileira que investigou o fenômeno de supergeneralização da memória autobiográfica utilizando-se de uma amostra clínica na depressão. O fato de realizar um estudo que procurou investigar um traço neurocognitivo já investigado em vários outros centros de pesquisas do mundo acrescenta à literatura um achado que assume o papel de mais uma “peça” no quebra-cabeça da compreensão de padrões de processamento cognitivo. A característica de utilizar metodologia semelhante à grande parte dos estudos que exploram tal temática e usar o instrumento de investigação mais utilizado no acesso às memórias autobiográficas, em sua versão brasileira, possibilita comparação com resultados de outros estudos que possuíram finalidade semelhante e propicia discussões especificamente, neste caso, em relação à depressão no período puerperal.

Destaca-se, entretanto, o que já foi exposto antes, a necessidade de se considerar mais estudos deste tipo em caráter longitudinal, além de se pensar novas formas metodológicas de investigação que possam ser úteis e esclarecedoras neste campo de pesquisa. Ressalta-se esta consideração para futuros pesquisadores que possam vir a se interessar em estudar a temática aqui exposta. Tal destaque se ancora no princípio de que, se a supergeneralização for entendida como um fator de risco a condições psiquiátricas, mais especificamente em relação à depressão, estudos que contemplem uma pré e pós-avaliação podem contribuir de forma mais incisiva e clara, de como este aspecto neurocognitivo pode estar implicado, podendo ser pensado, repensado ou manejado dentro de condutas terapêuticas específicas.



Anexos

Anexo 1 – Carta de Aprovação do Estudo pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde (CCS-UFPE).



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 306 /2009 - CEP/CCS

Recife, 16 de Outubro de 2009

Registro do SISNEP FR – 277281

CAAE – 0222.0.172.000-09

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 226/09

Titulo: “Avaliação do desempenho da memória autobiográfica na depressão pós - parto – um estudo comparativo”.

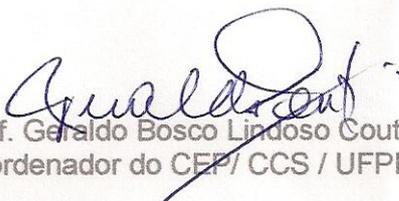
Pesquisador Responsável: Tarcisio Gomes Dutra

Senhor Pesquisador:

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 13 de outubro de 2009.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar um relatório ao final da pesquisa.

Atenciosamente


Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

Ao
Sr. Tarcisio Gomes Dutra
Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento – CCS/UFPE

Anexo 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Avaliação do Desempenho da Memória Autobiográfica na Depressão Pós-parto: um estudo comparativo.

Convido-lhe a participar da pesquisa desenvolvida por Tarcísio Gomes Dutra, sob orientação do Professor Dr. Everton Botelho Sougey.

Com este trabalho, tentamos entender melhor, como se apresenta o desempenho de evocação de determinadas memórias que dizem respeito a acontecimentos pessoais de vida, denominadas de memórias autobiográficas, em mulheres que apresentam depressão pós-parto e em mulheres que não apresentam este quadro clínico.

Para isto estamos realizando entrevistas com questionários sobre alguns dados de identificação da pessoa e alguns dados relevantes no período de gravidez e pós-parto, além de um teste de evocação de memória próprio para o estudo. Tal teste será gravado em fitas de áudio para posterior análise, sendo o material guardado em local próprio para isto e sob a responsabilidade do pesquisador, no seu endereço de contato. É importante ressaltar que a participação neste estudo, não alterará o acompanhamento regular dos pacientes nos locais que são atendidos.

Existe, no entanto, mesmo que mínimo, o risco de algum questionamento provocar constrangimento ao entrevistado. Como benefícios, a pesquisa apresenta a possibilidade de gerar maior compreensão entre processos de memória e a depressão pós-parto, além de que as participantes que apresentem tal quadro clínico, poderão ser encaminhadas para um serviço especializado no tratamento, o Ambulatório de Transtornos Afetivos do Hospital das Clínicas - UFPE. Além disso, serão informadas, sobre as principais características da Depressão Pós-parto no que se refere à sintomatologia e tratamento.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou participar das entrevistas. Caso decida não participar da pesquisa ou resolver a qualquer momento desistir da participação, não haverá modificação na assistência que vem recebendo na instituição, caso seja paciente dela.

Caso os dados deste estudo sejam apresentados em artigos científicos ou congressos, não haverá identificação dos indivíduos participantes. O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Recife, ____ de _____ de _____

Assinatura do Voluntário da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

Testemunhas: _____

Contatos:

Pesquisador Responsável

Tarcísio Gomes Dutra

End. Rua Cel. Dário Ferraz de Sá, 14 – Ap. 1 – Edf. Acauã, Piedade – Jaboatão dos Guararapes - PE
Tel.: (81) 3361-3685 / Cel: (81) 8822-3565.

Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Prof. Moraes Rego, s/n – Cidade Universitária - Recife-PE, CEP: 50670-901, Tel.: (81) 2126-8588

Anexo 3 – Questionário Bio-sócio-demográfico

Grupo: Controle () Experimental ()

Data de realização da entrevista: ____/____/____

Local: _____

Nome: _____

1. Qual é a sua idade? ____ anos

2. Qual o seu estado civil? Solteira () Casada () Mora junto com o companheiro ()
Viúva () Separada ()

3. Qual a sua escolaridade? Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo ()
Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo ()
Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo ()
Pós-graduação ()

4. Religião: () sim () não Qual? _____

5. Você trabalha? Sim () Não () Qual sua ocupação? _____

6. Qual a sua renda familiar? Até um 1 salário mínimo () Entre 2 e 5 salários ()
Entre 6 e 10 salários () Entre 10 e 20 salários] ()
Acima de 20 salários ()

7. Quantas pessoas dependem desta renda? ____ pessoas

8. Você tem algum problema de saúde? Sim () Não () Qual? _____

9. Você tem história de algum transtorno psiquiátrico? Sim () Não () Qual? _____

10. Na sua família, alguém tem ou teve história de transtorno psiquiátrico? Sim () Não ()

11. Qual foi a data do nascimento do bebê? ____/____/____

12. Está com quanto tempo de pós-parto? _____

13. Qual foi o peso do bebê ao nascer? _____
14. Qual foi o tipo do parto? Normal () Cesariano () A fórceps ()
15. Você teve alguma complicação durante a gravidez ou o parto?
Sim () Não () Se sim, qual? _____
16. O seu bebê teve algum tipo de complicação logo após o nascimento? Sim () Não ()
17. O seu bebê precisou ficar internado logo após nascer? Sim () Não () Por quanto tempo? _____
18. A gravidez foi desejada por você? Sim () Não () E pelo pai da criança? Sim () Não ()
19. Durante a gravidez você passou por alguma situação de vida estressante que recorda? Sim () Não ()

Qual? _____

20. Você teve apoio da sua família durante a gravidez? Sim () Não ()
21. Contando com o último, quantos filhos você já teve? _____
22. Você já teve abortamento espontâneo? Sim () Não ()
23. Você precisou realizar algum tratamento para engravidar? Sim () Não ()

Qual? _____ Por quanto tempo? _____

24. Você está amamentando? Sim () Não ()

Anexo 4 – Teste de Memória Autobiográfica (Versão Brasileira - Pergher, 2005)

Instrução:

Eu estou interessado em investigar sua memória para eventos que aconteceram na sua vida. Por isso vou ler algumas palavras para você, uma de cada vez. Para cada palavra quero que você pense em um evento que aconteceu com você e que tenha relação com a palavra lida. O evento pode ter ocorrido recentemente (ontem, semana passada) ou há algum tempo atrás. Pode ser um evento importante, ou um evento trivial.

Só mais uma coisa: a memória que você recordar deve ser de um evento específico. Então, se eu disse a palavra “bom”, não seria correto dizer, “ Eu sempre gosto de uma boa festa”, porque isto não se refere a um evento específico. No entanto, seria correto dizer “Foi legal ter ido na festa da Maria”, porque isto é um evento específico). É importante tentar recuperar uma memória ou um evento diferente para cada palavra sugerida. Vamos tentar algumas palavras para praticar.

Palavras- estímulo:

- **Valência positiva:** elogio, agradável, diversão, animado, honesto;
- **Valência neutra:** infantil, moderado, novo, ocasião, rápido.
- **Valência negativa:** trágico, infeliz, miséria, raivoso, decepcionado

Anexo 5 – SCID para Episódio Depressivo Maior

EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR	CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR
<p>Agora eu vou lhe fazer mais algumas perguntas sobre o seu humor.</p>	<p>NOTA: Critério B (isto é., não preenche critérios para um Episódio Misto) foi omitido da SCID.</p>
<p>A1</p>	<p>A. Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.</p>
<p>No mês passado... ...houve um período em que você se sentia deprimido ou triste a maior parte do dia, quase todos os dias? (Como era isso?)</p>	<p>(1) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex., chora muito). Nota: Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.</p>
<p>SE SIM: Quanto tempo isso durou? (Pelo menos 2 semanas?)</p>	<p>? - +</p>
<p>A2</p>	<p>(2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)</p>
<p>...e quanto a perder o interesse ou o prazer em coisas das quais você geralmente gostava?</p>	<p>? - +</p>
<p>SE SIM: Isso era quase todos os dias? Quanto tempo durou? (Pelo menos 2 semanas?)</p>	<p>A2</p>

Se **nem A1 ou A2** for codificado como “+” durante o mês atual, avalie Episódio Depressivo Maior, perguntando as questões A1 e A2 novamente, procurando por episódios ao longo da vida, e começando com “Você já teve...”

SE PELO MENOS UM PERÍODO DEPRESSIVO PASSADO: Você já esteve mais do que uma vez assim? Qual desses período foi o pior?

Se **nem A1 ou A2** já foi codificado como "+", vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

PARA AS SEGUINTEs QUESTÕES, FOCALIZE NO PIOR PERÍODO DE 2 SEMANAS:

Durante [PERÍODO DE 2 SEMANAS]...

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">A3</div>	<p>...você perdeu ou ganhou peso? (Quanto? Você estava tentando emagrecer?)</p> <p>SE NÃO: Como estava o seu apetite? (E em comparação ao seu apetite habitual? Você teve que se forçar a comer? Comia (mais/menos) que o seu normal? Isso ocorria quase todos os dias?)</p>	<p>(3) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. Nota: Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.</p>	<p>? - +</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">A3</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">A4</div>	<p>...como estava o seu sono? (Dificuldade em pegar no sono, despertar frequente, dificuldade em se manter dormindo, acordar cedo demais, OU dormir demais? Quantas horas por noite, comparado com o seu habitual? Isso ocorria quase todos os dias?)</p>	<p>(4) insônia ou hipersonia quase todos os dias</p>	<p>? - +</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">A4</div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">A5</div>	<p>...você estava tão agitado ou impaciente que era incapaz de ficar quieto? (Era tão intenso que as pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)</p> <p>SE NÃO: E quanto ao contrário - falar ou mover-se mais lentamente do que o seu normal? (Era tão intenso que as outras pessoas percebiam? O que elas percebiam? Isso ocorria quase todos os dias?)</p>	<p>(5) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento)</p> <p>NOTA: CONSIDERAR TAMBÉM O COMPORTAMENTO DURANTE A ENTREVISTA.</p>	<p>? - +</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; font-weight: bold;">A5</div>

A6	...como estava a sua disposição? (Cansado o tempo todo? Quase todos os dias?)	(6) fadiga ou perda de energia quase todos os dias	? - +	A6
A7	...como você se sentia sobre você mesmo? (Inútil? Quase todos os dias?)	(7) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente)	? - +	A7
	SE NÃO: E quanto a se sentir culpado a respeito de coisas que você fez ou deixou de fazer? (Quase todos os dias?)	NOTA: CODIFIQUE COMO “-” SE APENAS BAIXA AUTO-ESTIMA.		
A8	...você teve dificuldades em pensar ou em se concentrar? (Com que tipo de coisas isso interferiria? Quase todos os dias?)	(8) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros)	? - +	A8
	SE NÃO: Era difícil tomar decisões sobre coisas cotidianas?			
A9	...as coisas estavam tão ruins que você pensava muito na morte, ou que seria melhor morrer? E quanto a pensar em se matar?	(9) pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio	? - +	A9
	SE SIM: Você fez alguma coisa para se matar?			

A10

PELO MENOS 5 DE A(1)-A(9) SÃO CODIFICADOS COMO “+” E PELO MENOS UM DESTES É O ITEM A(1) OU A(2).

? - +

A10

Se **A10** for codificado como “-” (isto é, menos que cinco são codificados como “+”) pergunte o seguinte se não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e teve alguns destes sintomas sobre os quais acabamos de conversar?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A11

SE NÃO ESTIVER CLARO: A depressão atrapalhou o seu trabalho, os cuidados com a sua casa ou o seu relacionamento com as outras pessoas?

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

? - +

A11

Se **A11** for codificado como “-” (isto é, os sintomas não são clinicamente significativos) pergunte o seguinte, se ainda não souber:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso atrapalhou sua vida?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A12

Um pouco antes disso começar, você estava fisicamente doente?

Um pouco antes disso começar, você estava tomando algum remédio?

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

? - +

Condições médicas gerais etiologicamente relacionadas com depressão maior

A12

SE SIM: Houve alguma mudança na quantidade que você estava tomando?

Um pouco antes disso começar, você estava bebendo ou usando alguma droga?

incluem doença neurológica degenerativa (por ex., mal de Parkinson), doença cerebrovascular (por ex., AVC), condições metabólicas (por ex., deficiência de vitamina B₁₂), condições endócrinas (por ex., hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipoadrenalismo), infecções virais ou outras (por ex., hepatite, mononucleose, HIV), e certos tipos de câncer (por ex., carcinoma de pâncreas)

Substâncias etiológicamente relacionadas com depressão maior incluem álcool, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inalantes, opióides, fenciclidina, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos. Medicamentos incluem anti-hipertensivos, contraceptivos orais, corticosteróides, esteróides anabólicos, agentes antineoplásicos, analgésicos, anticolinérgicos, medicações cardíacas.

Se **A12** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é devido a substância ou condição médica geral), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era por causa de [CONDIÇÃO MÉDICA GERAL / USO DE SUBSTÂNCIA]?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A13

SE NÃO SOUBER: Isso começou logo após alguém que lhe era próximo ter morrido?

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a morte de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

? - +

A13

Se **A13** for codificado como “-” (isto é, o transtorno de humor é melhor explicado por Luto), pergunte o seguinte:

Já houve outras vezes em que você estava deprimido e isso não era devido à perda de um ente querido?

Se “sim”, volte para **A1**, pág. 04, e pergunte sobre aquele episódio.

Se “não”, vá para **A16**, pág. 08 (*Episódio Maníaco*).

A14

SE NÃO SOUBER: Você teve (SINTOMAS CODIFICADOS COMO “+” ACIMA) no último mês?

CRITÉRIOS A, C, D e E SÃO CODIFICADOS COMO “+”

? - +

A14

(FAÇA O DIAGNÓSTICO DE EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR)

A15

Por quantas vezes diferentes você esteve [deprimido / PALAVRAS DO PACIENTE] quase todos os dias, por pelo menos duas semanas e teve vários dos sintomas que você descreveu, tais como [SINTOMAS DO PIOR EPISÓDIO]?

Número total de Episódios Depressivos Maiores, incluindo o atual (CODIFIQUE 99 se muito numerosos ou se desconhecido)

A15

ANEXO 6 – Comprovante de submissão do artigo de revisão



Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

REVISTA DE PSIQUIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL
Av. Ipiranga, 5311 - Sala 202
CEP 90610-001 - Santana -
Porto Alegre - RS
Fone: (51) 3336-4846 - Fax: (51) 3339-6277

Porto Alegre, quarta-feira, 8 de dezembro de 2010

Ilmo(a) Sr.(a)
Prof(a), Dr(a) Tarcísio Gomes Dutra

Referente ao código de fluxo: **1380**
Classificação: **Artigo de Revisão**

Informamos que recebemos o manuscrito **A investigação da supergeneralização da memória autobiográfica nos quadros psiquiátricos: uma revisão**, será enviado para apreciação dos revisores para possível publicação/participação na(o) Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Por favor, para qualquer comunicação futura sobre o referido manuscrito cite o número de referência apresentado acima. Obrigado por submeter seu trabalho a(o) Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Atenciosamente,

Dr. Flávio Kapczinski
Editor da Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul

««« Favor não responder esta mensagem pois ela foi gerada automaticamente pelo SGP »»»