

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Relação entre Orientação Religiosa, Depressão e Características
da Personalidade avaliadas com o Teste de Szondi**

Sílvia Cristina Fernandes Pires

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2012

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Relação entre Orientação Religiosa, Depressão e Características
da Personalidade avaliadas com o Teste de Szondi**

Sílvia Cristina Fernandes Pires

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor Bruno Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde

Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica

2012

Êxodo 3:13-14: "Ehje asher ehje" ("Eu sou o que sou")

“Os sintomas neuróticos derivam em última instância de uma incapacidade de cultivar e dirigir amor adulto pelo outro. O problema da religião não se resume ao problema de Deus, mas engloba principalmente o problema do homem, na sua relação consigo mesmo e com os outros”

(Fromm,1962,p.3)

“A alienação do homem (...) a confusão de valores que têm origem na nossa cultura secular, são as verdadeiras ameaças à atitude religiosa, e não a Psicologia ou qualquer outra ciência.”

(Fromm,1962, xv)

"É somente agora, com ajuda da confissão, que sou capaz de me atirar nos braços da humanidade, livre finalmente do fardo do exílio moral.”

(Jung, 1966)

Agradecimentos

Agradeço primeiro e muito especialmente ao Professor Dr. Bruno Gonçalves, orientador desta dissertação, pela sua dedicação, interesse e incentivo constantes, desde o delinear inicial do tema de interesse até à conclusão do assunto. Mais uma vez, a sua disponibilidade, vasto conhecimento e rigor científico tiveram um papel fundamental na concretização deste trabalho, uma abordagem muito simples da relação entre a religiosidade, depressão e o contributo da teoria/teste de Leopold Szondi. Ao Professor Bruno Gonçalves, que muito admiro.

Agradeço o vivo esforço e dedicação dos Professores de Licenciatura que, indiscutivelmente, contribuíram para a minha formação. Nomeio ainda os Professores Maria Eugénia Duarte Silva e João Justo que, conhecendo as minhas dificuldades e motivação, muito me incentivaram à continuação dos estudos. Uma palavra de reconhecimento à amizade da minha colega de Mestrado, Dra. Carla Toste, com quem privei e partilhei intimamente dúvidas relacionadas com esta dissertação.

Agradeço aos colegas, Dra Rita Rodrigues e Dr. Nuno Fragoso que, amavelmente, colaboraram na recolha e tratamento dos dados inerentes à aplicação do Teste de Szondi, assim como a todos, desde contactos pessoais aos pacientes, que abnegadamente aceitaram fazer parte das amostras em estudo. À Dra. Vanessa Martins cujos dados inseridos na sua dissertação permitiram o enriquecimento dos dados clínicos ora recolhidos, embora não tenha conhecido pessoalmente. Agradeço ainda ao Dr. Elias Barreto e Dr. António Bento (respectivamente, psicólogo e psiquiatra no Hospital Júlio de Matos); à Dra. Rita Fonseca, Irmã Ana e Enf^ªChefe Ana Sofia (Equipa da Clínica Psiquiátrica de São José) que confiaram no meu profissionalismo, e calorosamente me receberam, permitindo que acesse livremente a estas instituições, durante a fase de levantamento de dados. Agradeço aos colegas que, em contexto profissional, acompanharam com entusiasmo este projecto.

Aos meus filhos, Vicente e Emanuel, marido e restante família, bem como aos amigos mais próximos, agradeço o apoio e incentivo colocados neste projecto que passou a ser interesse e Alegria de todos.

Bem hajam.

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus *Pais*, em reconhecimento do seu esforço, exigência e grande incentivo à minha formação.

Resumo

Este estudo pretendeu investigar a relação existente entre orientação religiosa, depressão e características de personalidade avaliadas com o Teste de Szondi, explicando os resultados obtidos à luz do referencial teórico deste autor. Foram constituídas duas amostras, amostra clínica (n=33) e amostra comunitária (n=44), incluindo sujeitos de ambos os sexos e equiparáveis quanto às médias de idades e outras características sociodemográficas. Os participantes de ambas as amostras responderam à Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D), à Escala de Orientação Religiosa (EOR; versão portuguesa de Linhares, 2009), ao Questionário de Prática Religiosa (QPR; que convertemos numa Escala de Prática Religiosa), e ao Teste de Szondi. Observaram-se diferenças significativas entre os perfis encontrados no Teste de Szondi, para as duas amostras. O perfil de deprimidos confirma parcialmente os resultados de investigações anteriores. Obtivemos uma correlação significativa entre as escalas EOR e QPR e, entre EOR e o nível de sintomatologia depressiva. Este estudo confirmou a validade da escala CES-D e a especificidade do Teste de Szondi relativamente à sintomatologia depressiva e religiosidade.

Palavras – chave: Personalidade, Teste de Szondi, Depressão, Orientação Religiosa.

Résumé

Cette étude visait à examiner la relation entre l'orientation religieuse, la dépression et les traits de personnalité évalués avec le Test de Szondi, en expliquant les résultats à la lumière du cadre théorique de cet auteur. Ont constitué deux échantillons, d'échantillon clinique (n = 33) et l'échantillon communauté (n = 44). Les participants des deux échantillons ont répondu à l'Échelle de Dépression du Center for Epidemiologic Studies (CES-D), l'Échelle d'Orientation Religieuse (EOR; version portugaise de Linhares, 2009), le Questionnaire de la Pratique Religieuse (Échelle QPR), et le Test de Szondi. Il y avait des différences significatives entre les profils trouvés dans le Test de Szondi pour les deux échantillons. Le profil déprimé confirme partiellement les résultats des enquêtes précédentes. Nous avons obtenu une corrélation significative entre les échelles QPR e EOR et entre le niveau de symptômes dépressifs et l'orientation religieuse. Cette étude a confirmé la validité de l'échelle CES-D et la spécificité du Test de Szondi par rapport à des symptômes dépressifs et de religiosité.

Entrée: Personnalité, Test de Szondi, Dépression, Orientation Religieuse.

Abstract

This study examines the relationship between religious orientation, depression and character properties evaluated through the Szondi Test, providing meaningful results according to the theoretical framework of this author. A clinical population sample of 33 individuals was compared to a general population sample of 44 individuals. Participants of both samples were subject to CES-D Depression Scale, EOR Religious Orientation Scale, QPR Questionnaire of Religious Practice and the Szondi Test. Evidence of significant differences between general and clinical populations shows up in the Szondi Test. The Szondi profile of depressed individuals partially confirms results from previous research, and both scale scores correlate significantly as well. This study validates the applicability of CES-D depression scale and Szondi's pulsional system to both depression and religiousness.

Keywords: Personality, Szondi Test, Depression, Religious Orientation.

Índice Geral

Índice de Quadros	viii
Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	
1.1. Religião e Religiosidade	3
1.1.1. Principais contributos para o estudo científico da religião. Religiosidade intrínseca e extrínseca	4
1.2. Impacto da Religiosidade na saúde física e mental	6
1.2.1. Religiosidade e Depressão. Evidência empírica encontrada em estudos já realizados	8
1.2.2. Religiosidade e Personalidade. Evidência empírica encontrada em estudos já realizados	14
1.2.3. Depressão e Personalidade	20
1.3. Teoria e Teste de L. Szondi	21
1.3.1. Teoria e Teste de L. Szondi. O Princípio do Cristal	21
1.3.2. Religiosidade no referencial Szondiano	24
1.3.3. O vector contacto (C). A contribuição de J. Schotte	25
1.3.4. O vector contacto e a depressão. Estudo de Bucher	27
Capítulo 2 – Enquadramento Metodológico	33
2.1. Delimitação do Problema, Objectivos e Hipóteses	33
2.2. Amostragem	35
2.4. Procedimento	36
2.4.1. Questionário sociodemográfico	36
2.4.2. Questionário de prática religiosa	37
2.4.3. Teste de Szondi	37
2.4.4. Escala de depressão	37
2.4.5. Escala de orientação religiosa	38
2.5. Caracterização das Amostras	39
2.6. Análise Estatística	39

Capítulo 3 – Resultados	40
3.1. Estatística descritivas e análise de diferenças em função do grupo	40
3.2. Análise das Correlações	41
3.3. Resultados do Teste de Szondi	42
3.3.1 Características de Personalidade e Depressão	42
3.3.2 Características de Personalidade e Religiosidade	45
Capítulo 4 – Discussão dos Resultados	49
3.1. Estatística descritiva e Correlação	49
3.2. Hipóteses formuladas	50
3.3. Orientação e prática religiosas	53
Capítulo 5 – Conclusão	55
Referências Bibliográficas	56
Anexos	80

Índice de Quadros

Quadro 1 – Os quatro vectores pulsionais propostos por L.Szondi	23
Quadro 2 - Características sociodemográficas das amostras (N=77)	39
Quadro 3. Estatística descritiva das variáveis em estudo	40
Quadro 4. Correlações entre variáveis em estudo – população geral	41
Quadro 5. Correlações entre variáveis em estudo – amostra clínica	42
Quadro 6- Resultados das frequências e % CES -D por amostra.	42
Quadro 7. Comparação entre amostras pelo teste de Szondi	43
Quadro 8. Comparação das frequências (%) do vector C	43
Quadro 9. Comparação de diferenças das reacções factoriais (CES-D)	44
Quadro 10. Comparação das frequências (%) do vector C (CES-D)	44
Quadro 11. Comparação das frequências (%) com o Factor 1	45
Quadro 12. Comparação das frequências (%) com Factor 2	45
Quadro 13. Comparação das frequências (%) com total da EOR	46
Quadro 14. Comparação de frequências, com filiação e prática religiosas	47
Quadro 15. Comparação das frequências, católicos praticantes	47
Quadro 16. Comparação das frequências, Escala QPR, factoriais	47
Quadro 17. Comparação das frequências, Escala QPR, vectoriais	48
Quadro 18. Médias de frequências factoriais e Teste U de Mann-Whitney	63
Quadro 19. Comparação vector C entre amostras	64
Quadro 20. Comparação vector P entre amostras	65
Quadro 21. Médias de frequências	65
Quadro 22. Frequências vectoriais	69

Introdução

O estudo da relação entre religião e saúde mental está documentado há vários séculos. As organizações religiosas foram as primeiras instituições de assistência aos doentes mentais e idosos. No século XIV, os primeiros hospitais destinados a pessoas com doença mental eram financiados pela Igreja e dirigidos pelos sacerdotes (Alexander, 1996 cit. por Yeung et al., 2007). No entanto, a investigação científica e sistemática nesta área teve o seu maior desenvolvimento apenas nos últimos vinte anos, tendo sido comprovado que a religião constitui uma dimensão importante da vida humana e um objecto legítimo de estudo científico (Pargament & Mahoney, 2002).

Tem-se verificado que o envolvimento religioso está significativa e positivamente associado a melhor saúde física e mental (George, Ellison & Larson, 2002; Paloutzian & Park, 2005). No entanto, pouco tem sido mencionado acerca do contributo das características de personalidade para o impacto da orientação religiosa na saúde física e mental dos indivíduos. A religiosidade e a espiritualidade têm sido entendidas como dimensões independentes da personalidade ou, se com ela relacionadas, têm sido patologizadas pelas teorias psiquiátricas da personalidade (Fromm, 1962). Este estudo resulta da constatação de resultados de estudos anteriores que demonstraram a existência de uma relação inequívoca entre religiosidade e depressão. Estas investigações, realizadas no campo da Psicologia da Religião, caracterizam-na como tendo um efeito protector ou prejudicial para diversos problemas de saúde física e mental, dependendo do tipo de orientação da motivação religiosa (Fleck et al., 2003; Moreira-Almeida et al., 2006 cit. por Guimarães & Avezum, 2007; Pargament & Park, 1995 cit. por Faria & Seidl, 2005). Como veremos adiante, os estudos nesta área tendem a mostrar uma relação negativa entre orientação religiosa intrínseca (RI) e sintomas depressivos e uma relação positiva destes sintomas com a orientação religiosa extrínseca (RE), (Smith & McCullough, 2003 cit. por Gomes, 2011; Dias, C., 2011; Harrison et al., 2001, Dezutter, Scones & Housebaut, 2006, Maltby & Day, 2000 cit. por Mazidi et al., 2010). No entanto, não encontramos referências a estudos que expliquem de uma forma consistente o porquê das associações encontradas.

Esta investigação tem como objectivo estudar a relação entre a orientação da motivação religiosa, a depressão e as características de personalidade avaliadas com o Teste de Szondi, em adultos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos. Para isso, analisa a relação entre as duas formas de religiosidade definidas por Allport e Ross

(1967), a religiosidade intrínseca e extrínseca (subdividida nas suas componentes pessoal e social), as características de personalidade e o nível actual de sintomatologia depressiva, constituindo para o efeito duas amostras – indivíduos da população geral (sem doença mental diagnosticada) e pacientes com diagnóstico de depressão (internados ou assistidos em consulta externa em duas instituições de saúde mental da cidade de Lisboa).

Esta questão parece-nos relevante, uma vez que: 1) os estudos existentes explicam a associação positiva entre religiosidade extrínseca e maiores níveis de depressão identificando múltiplos mecanismos intervenientes, sem definir o grau ou forma de influência; 2) os estudos que relacionam personalidade e religiosidade, na tentativa de encontrarem traços de personalidade associados a esta dimensão, na sua generalidade, baseiam-se nos contributos de Cattell (1946), Eysenck (1967) e referem-se à população em geral (não deprimida), (McCrae & John, 1992); 3) não encontramos na literatura estudos com grupos específicos de indivíduos deprimidos que relacionem simultaneamente as três variáveis mencionadas, e/ou cujas características de personalidade tenham sido aferidas através da utilização de um teste projectivo.

Do ponto de vista clínico e epidemiológico, importa-nos avaliar e fundamentar o impacto que a orientação religiosa possa ter na saúde dos indivíduos (George, Ellison & Larson, 2002), assim como estudar a possibilidade de ser implementada uma intervenção que valorize a experiência espiritual e religiosa do paciente. A investigação nacional acerca deste assunto escasseia, quando comparada a um interesse internacional crescente. É um estudo exploratório que poderá contribuir para identificar alguns factores de vulnerabilidade (relacionados com as características de personalidade e a orientação da motivação religiosa) que, conjuntamente com acontecimentos precipitantes, poderão determinar o desenvolvimento da perturbação depressiva, atrasar a remissão da doença ou acentuar os seus sintomas.

A pertinência deste estudo está também relacionada com a utilização de um teste projectivo – Teste de Szondi. À semelhança de outros estudos já realizados, pretendemos demonstrar o interesse e aplicabilidade da utilização deste Teste, não só para o estudo da depressão mas, também no que respeita ao estudo da interferência de factores específicos da personalidade na vivência religiosa e espiritual do indivíduo, uma área ainda pouco explorada no domínio da «*Schicksalsanalyse*», (Szondi, L, 1944).

Esta dissertação está vivida em cinco capítulos. No primeiro apresentamos o enquadramento teórico do estudo, contrapondo as teorias subjacentes à construção e desenvolvimento da Escala de Orientação Religiosa. Abordamos depois as variáveis depressão e personalidade, relacionando-as com as evidências empíricas encontradas anteriormente, e com os instrumentos que elegemos para as medir. Finalmente, reportamo-nos aos aspectos principais da Teoria Pulsional de L.Szondi e à sua abordagem da depressão. Para isso referimos a investigação de R. Bucher (1979) e outros estudos realizados na área, em Portugal. No final do enquadramento teórico, apresentam-se os objectivos e hipóteses do presente estudo, fundamentados na revisão teórica realizada. Na segunda parte apresentamos os aspectos metodológicos essenciais, designadamente a caracterização dos participantes do estudo, dos instrumentos utilizados, dos procedimentos de recolha das amostras e dos métodos de análise estatística utilizados. A terceira parte contempla a apresentação e discussão dos resultados obtidos e, na última parte, são apresentadas as conclusões, limitações e implicações futuras desta investigação.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1.1. Religião e Religiosidade

O objecto de estudo em questão é complexo e de difícil operacionalização. Inúmeras palavras são utilizadas indiferentemente para expressá-lo: religião, fé, teologia, crença, espiritualidade, religiosidade, entre outras (Bateson & Ventis, 1982; Yinger, 1970). A *Espiritualidade* refere-se à interpretação existencial do divino ou de aspectos da vida relacionados com o transcendente, independentemente da religião, tradição ou ritualismo instituídos (Fernander, Wilson, Staton & Leukefeld, 2004 cit. por Mansfield et al., 2008; James, 1902; Seaman, Dubin & Seaman, 2003). A *Religião* é a instituição humana mais antiga e duradoura, provavelmente devido à sua função – constituir a base do código moral e ético do ser humano (Campbell, 1975; Browne, 1998 cit. por Salem, 2006). Compreende um código instituído e transmitido através da tradição, um conjunto de símbolos e rituais partilhados colectivamente. A *Religiosidade* exprime a forma *subjectiva e pessoal* pela qual cada indivíduo experiencia determinada religião (Mueller et al., 2001; cit por Yeung et al., 2007). A Psicologia da Religião estuda a experiência religiosa através de teorias, conceitos e métodos psicológicos. Na sua génese encontra-se a corrente psicanalítica que insere o estudo da religiosidade no

estudo do normal e do patológico, e a corrente empírica/experimental que integra conhecimentos de várias áreas – psicologia do desenvolvimento, social, cognitiva e até neuropsicologia (Saroglou, 2003). Quatro movimentos tiveram profundo impacto no campo da Psicologia da Religião: a Psicanálise, a Análise Jungiana, a Fenomenologia e o Existencialismo (Rasmussen et al., 1995; Vergote, 1988; Fromm, E., 1962).

1.1.1. Principais contributos para o estudo científico da religião. A religiosidade intrínseca e extrínseca de Allport & Ross (1967)

Allport & Ross (1967) classificaram a religiosidade do sujeito distinguindo entre a religiosidade motivada intrinsecamente (RI) e a religiosidade extrínseca (RE). Esta classificação RE/RI tornou-se, durante décadas, a definição mais respeitada no âmbito dos estudos da religião (Donahue, 1985; Hood, 1985; Saroglou & Muñoz-García, 2008; Neyrinck, Lens, Vansteekiste & Soenens, 2010; Pargament, 2002; Dein, 2006). Em 1968, Allport tinha referido: "Com bastante certeza posso afirmar que a saúde mental é favorecida por uma orientação religiosa intrínseca". Embora cada indivíduo desenvolva as duas orientações (Ventis, 1995 cit. por Aghili et. al, 2012), o indivíduo intrinsecamente motivado vê a religião como um fim em si mesmo, manifesta maior preocupação com os princípios, padrões morais, disciplina, consistência, consciência e resistência à pressão externa para adoptar comportamentos não aceites pela Doutrina (Payne, 1991). A RE está associada à adopção convencional da religião, é utilitária e subordina a religião a objetivos não religiosos (Kahoe, 1985).

Allport & Ross (1967) desenvolveram um instrumento para medir a orientação religiosa do sujeito – *Religious Orientation Scale* (ROS). Esta Escala é constituída por 20 items, 11 relacionados com a RE e 9 com a RI. No entanto, inúmeras críticas foram apontadas à teoria e Escala de Allport & Ross (1967), (Kirkpatrick & Hood, 1990; Neyrinck et al., 2010; Dezutter, Soenens & Hutsebaut, 2006). Os autores adoptaram, mais tarde, uma classificação assente em quatro pontos (e não dois): intrínseca, extrínseca, pró-religiosos indiscriminados e anti-religiosos indiscriminados (Graham, 2001). Kirkpatrick (1989b cit. por Kirkpatrick & Hood, 1990) desenvolveu os conceitos de extrínseco-social (Es) e extrínseco-pessoal (Ep), motivado pela análise factorial da Escala original de Allport que revelou inconsistências nos conceitos de RE e RI. Estudos realizados, posteriormente, vieram demonstrar que a RI também pode estar associada a maior preconceito (Griffin, Gorsuch & Davis, 1987; McFarland, 1989 cit.

por Flere, S.J. et al, 2007), a autoritarismo (Kahoe, 1977 cit. por Flere, S.J. et al.,2007) e dogmatismo, e pode ser contaminada pelo efeito de desejabilidade social (Batson & Ventis, 1982; Pargament,1990 cit. por Flere, S.J. et al, 2007).

Flere, S.J. et al. (2007) demonstraram que, nas religiões não protestantes, a RI e a REep constituem a mesma dimensão. Sublinharam a legitimidade e maturidade da REes e a necessidade de adaptar os conceitos introduzidos por Allport & Ross (1967) a uma sociedade, segundo os autores, “*pós-cristã*”. A motivação intrínseca é considerada mais autêntica, autónoma, auto-determinada e vantajosa (Deci & Ryan, 2000). A maior internalização está associada à interpretação mais aberta e simbólica dos conteúdos da crença religiosa, bem como à maior adesão às crenças cristãs. Está ainda positivamente associada ao bem-estar e à prática mais frequente de comportamentos religiosos e maior auto-estima. Correlaciona-se negativamente com níveis mais elevados de depressão, ansiedade, disfunção social e somatização, contrariamente à motivação (RE) menos internalizada, que está positivamente associada a estas medidas (Ryan et al., 1993). Uma das falhas apontadas por Batson et al. (1993 cit. por Beck et al., 2004) à I/E-R, é que Allport não incluiu uma medida efetiva de maturidade na sua escala RI. A maturidade religiosa está relacionada com a complexidade, capacidade para enfrentar a incerteza, auto-crítica, aceitação da procura sempre incompleta da verdade e da felicidade (Donahue, 1985; Kirkpatrick & Hood, 1990 cit por Beck et. al, 2004; Kojetin, McIntosh, Bridges, & Spilka, 1987 cit. por Graham, 2001).

A Escala utilizada nesta investigação é a adaptação portuguesa da “Religious Orientation Scale-Revised (I/E-R)”, de Gorsuch e Venable (1983), e mede a RI e RE tal como foram definidas por Allport (1950). Este instrumento surgiu devido à necessidade de rever a Escala original de Allport & Ross (1967), após divisão da RE em pessoal (REep) e social (REes), (Kirkpatrick, 1989). Gorsuch e Venable (1983) adaptaram a escala de Allport & Ross (1967) a pessoas de todos os níveis de escolaridade. Esta escala confirma os fatores formulados por Kirkpatrick (1988) relativamente à verificação da validade da primeira versão da Escala. O avanço desta área de investigação depende da sua força e fidedignidade metodológica; No entanto, os estudos realizados apresentam frequentemente conclusões contaminadas pelos valores do investigador, variáveis definidas *por aquilo que não são* e inadequadamente controladas, amostras de difícil generalização (“*psicologia com estudantes universitários*”) e que raramente consideram subculturas religiosas e hipóteses

pobrememente definidas e assentes numa só dimensão, sendo apenas publicados os estudos cujo resultado é positivo. (Randrup, 1994 cit. por Bergin, 1983; Gartner, 1991; Northcott, 1987; Vanderpool, 1987 cit. por Larson, 1986).

1.2. *Impacto da Religiosidade na saúde física e mental*

Os estudos que defendem o impacto prejudicial da religião na saúde referem que pode gerar níveis patológicos de culpa, ansiedade e diminuição da auto-estima, reprimir sentimentos como a raiva, impedir a autodeterminação e a sensação de controlo interno, constituir um obstáculo para o crescimento pessoal e funcionamento autónomo, favorecer o conformismo e sugestionabilidade (direccionando a confiança para forças exteriores), potenciar o desajuste sexual, encorajar a visão dual do mundo dividido entre "santos" e "pecadores", aumenta a intolerância e a hostilidade em relação "aos de fora"; criar sentimentos paranóicos (quando ameaçada a integridade moral do sujeito) e interferir com o pensamento racional e crítico (Schumaker, 1992). No entanto, parecem existir mais efeitos benéficos e protectores do que adversos. A religiosidade não afecta a saúde mental *per se*, uma vez que o factor verdadeiramente determinante é o *tipo* de religiosidade (Bergin, 1991 cit. por Ryan et al., 1993).

Deste modo, está comprovado que uma religiosidade internalizada, intrínseca e madura reduz a ansiedade existencial através da associação espiritual a uma entidade onnipotente, promove o bem-estar emocional, ajuda a enfrentar a dor e o sofrimento, fornece soluções para conflitos emocionais, estabelece uma orientação ética e moral que afasta o sujeito de práticas e estilos de vida auto-destrutivos e promove a coesão social através de um ritual catártico coletivo (Saroglou, 2003; Pargament, 2002a.). As intervenções clínicas e cognitivo-comportamentais, quando aplicadas juntamente com o aconselhamento religioso, surtem mais efeito na remissão dos sintomas depressivos que a intervenção psicoterapêutica isolada. A RI é directamente proporcional ao ritmo de remissão dos sintomas depressivos e existe uma relação curvilínea entre participação religiosa e sintomas depressivos, também verificada em estudos longitudinais e com amostras da população geral. Os indivíduos que se consideram nada religiosos e aqueles que se consideram muito religiosos apresentam níveis de depressão mais elevados que aqueles que se classificam como moderadamente religiosos (Alvarado et al., 1995; Baline & Croker, 1995; Braam et al., 2004; Tito, 2004; Levin & Taylor, 1998; Mickley et al., 1995; Miller et al., 1997; Pardini et al., 2001; Plante et al., 1995, 2001; Richards et al.,

1997; Selway et al., 1998; Thearle et al., 1995; Woods et al., 1999; cit por Yeung et al., 2007; Loewenthal, 1995, Dein 1996, Worthington et al., 1996, Bergin, 1983, Koenig 1988, 1994, 1996; cit por Salem, 2006). É um dado incontestável que a influência da religiosidade sobre a saúde mental resulta da interacção entre diversos factores, nomeadamente o apoio social (Koenig & Larson, 2001). Parecem existir diferenças na relação variáveis religiosas/ saúde mental ao longo do ciclo de vida, seja no caso da depressão (Schnittker, 2001), ou nas perturbações gerais de ansiedade (Koenig, Ford, George, Blazer, & Meador, 1993 cit. por McConell & Pargament, 2006). O impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso quando o sujeito se encontra fragilizado (doença oncológica, desemprego, luto, etc; Koenig & Larson, 2001; Idler, 2002).

No que diz respeito ao envolvimento religioso, a investigação tem-se centrado em quatro dimensões: a) participação em cerimónias religiosas; b) filiação religiosa; c) práticas religiosas privadas e d) *coping religioso*. Este conceito compreende os comportamentos, atitudes, crenças motivados pelo contexto religioso e divide-se em três dimensões: religiosidade organizacional, não-organizacional e subjectiva (George, Ellison, & Larson, 2002; Smith, 2003 cit. por Yeung et al., 2007). O benefício da prática da oração para a saúde está amplamente descrito na literatura, designadamente no que se refere à depressão (Saudia, Kidney, Brown & Young-Ward, 1991 cit. por Spilka, 2005). A literatura tem demonstrado que os adultos também são capazes de pensamento mágico (e religioso) quando se encontram em situações com elevado grau de incerteza e falta de informação (Saroglou, 2003). Aqueles que beneficiam mais com a religião, geralmente, pertencem a um contexto social que valoriza a Fé, são capazes de encontrar soluções adequadas para um problema emergente e utilizar as crenças, práticas e motivações religiosas de forma harmoniosa. Por outro lado, o bem-estar individual é negativamente afectado quando a religião é fragmentada: a) quando a identidade religiosa não é apoiada pelo ambiente social; b) são utilizados meios inadequados aos fins religiosos e c) as crenças, práticas e motivações religiosas são incoerentes (Pargament, 2002a). Byrd, Hageman & Isle (2007) provaram que a RI permite prever a satisfação com a vida e o bem-estar, independentemente da pessoa ter ou não uma orientação motivacional geral intrínseca noutros contextos de vida.

Por outro lado, e relativamente à relação entre religiosidade e nível de instrução/escolaridade/educação formal, tem-se verificado uma associação entre menor

nível de instrução e uma orientação religiosa indiscriminada (pró-religiosa ou não religiosa). Da mesma forma, as pessoas com RE geralmente completam menos anos de escolaridade que os sujeitos intrinsecamente motivados para a religião (Dias, C., 2011). A maior parte dos estudos sobre a depressão enfatizam os aspectos sintomáticos, afectivos e cognitivos da doença. Conhecendo a importância da religião como um dos mecanismos de *coping* mais poderosos (Koenig et al., 1998), torna-se relevante verificar em que medida as variáveis espirituais e religiosas podem influenciar a remissão dos sintomas e tornar mais consistente o prognóstico (Burke et al.,1999).

1.2.1. Religiosidade e Depressão. Evidência empírica encontrada em estudos já realizados

A depressão é uma perturbação do humor de gravidade e duração variáveis, frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Vários autores estão de acordo quanto à multiplicidade de fatores desencadeadores da depressão (Ballesteros, 2002; Barraclough & Gill, 1997; Blazer, 1999; Carvalho & Fernandez, 1999; Frank & Rodrigues, 2006; Marques & Firmino, 2003). Cerca de 26% dos indivíduos que sofrem de *depressão major* também sofrem de uma *depressão minor* de base crónica (Keller, Hirschfeld & Hanks, 1997; Keller & Shapiro, 1982 cit. por Bagby et al., 2002) – *distímia* (APA, 1994) ou *personalidade depressiva* (Chodoff, 1972). A prevalência da doença aumenta nos indivíduos do sexo feminino (King et al, 2005), em mulheres casadas, comparativamente aos homens casados e, nos homens viúvos, comparativamente às mulheres viúvas (Umberson, Wortman & Kessler, 1992 cit. por Loewenthal, 2006; Blazer, 2003). As mulheres com idade superior a 65 anos, católicas e budistas apresentam níveis menores de depressão, comparativamente às protestantes (Boey, 2003).

Segundo a concepção psicodinâmica, o desenvolvimento advém das experiências infantis de separação, privação afectiva ou perda narcísica (Freud,1916; Jung,1988 cit. por Gomes, 2011). Os indivíduos que revelam uma incapacidade de expressar hostilidade e agressividade, desenvolvem angústia e sentimentos de culpa (Barraclough & Gill, 1997; Blazer, 2003; Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

A personalidade do indivíduo é um contributo fundamental para o desenvolvimento ou não de depressão (Harrison, Geddes & Sharpe, 2006). Segundo Baldwin et al (2003), os traços ansiosos de personalidade, a dificuldade de adaptação à mudança e a baixa auto - estima seriam factores predisponentes ao desenvolvimento da doença. Um dos traços de personalidade que mais predispõe à depressão é a *dependência interpessoal*, isto é, a excessiva necessidade de aprovação, apoio e atenção dos outros (Baldwin & Hirschfeld, 2003). O mesmo acontece com os traços *introversão* e *neuroticismo* (Barnett & Gotlib, 1988). Em 1974, Blatt (cit. por Blatt & Homann, 1992; Blatt & Zuroff, 1992) conceptualizou dois tipos de depressão - anaclítica ou dependente e introjectiva. Definiu duas dimensões da personalidade que podem constituir fatores de vulnerabilidade à perturbação depressiva: 1) a dimensão anaclítica da personalidade, susceptível de tornar o indivíduo vulnerável a uma depressão do tipo anaclítico ou de dependência; 2) a dimensão introjectiva da personalidade, susceptível de tornar o indivíduo vulnerável a uma depressão do tipo introjectivo ou de auto-criticismo (Blatt, 1974, 2004 cit. por Blatt & Levy, 1998; Blatt, Quinlan, Chevron, McDonald & Zuroff, 1982).

A Escala da *Center of Epidemiologic Studies* desenvolvida por Radloff (1977), é um instrumento de rastreio, utilizado em todo o mundo. Não sendo um instrumento de diagnóstico, permite obter um indicador de possível presença de depressão (Bastistoni, Neri & Cupertino, 2007). Uma das possibilidades desta escala é o facto de permitir não só o estudo da sintomatologia depressiva na população em geral, mas também na população clínica. Esta Escala foi adaptada para a população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2004), conforme se pode ler no Capítulo 2 – Enquadramento Metodológico/Instrumentos utilizados neste estudo.

Diversos autores referiram a utilidade do estudo da prática religiosa para a prevenção epidemiológica dos sintomas depressivos (McCullough & Larson, 1999; Lewis et al., 1962 cit. por Tahmasbipour, N. et al, 2011). Smith et al (2003), verificou uma correlação negativa significativa entre a religiosidade intrínseca e sintomas depressivos. Os resultados variam consoante a medida de religiosidade utilizada em cada estudo, com a RE e o *coping* religioso negativo associados a níveis mais elevados de depressão (Smith et al., 2003). Existe uma associação positiva entre a RI e a rapidez de remissão dos sintomas depressivos em indivíduos idosos (Koenig, McCullough & Larson, 2001; McCullough & Larson, 1999 cit. por Smith et al., 2003).

Relativamente ao envolvimento religioso, Adams (1979 cit. por Gomes, 2011) defende que a eficácia da “cura/tratamento” desta enfermidade consiste na confissão ou expiação da falta cometida através da penitência, do castigo, e/ou da autoexpiação pela própria doença. Gladding, Lewis e Adkins (1981) referem que existe uma correlação positiva bastante significativa entre religiosidade e bem-estar, mas no que se refere à relação entre envolvimento religioso e depressão, os resultados encontrados são contraditórios.

Musick (2000 cit. por Eliassen, A.H. et al., 2005) refere que a oração e os processos intrapsíquicos de *coping* religioso levam as pessoas a encarar as situações problemáticas e geradoras de stress como oportunidades para o crescimento pessoal ou parte de um plano divino, e não como situações que requerem uma adaptação de certos aspectos pessoais da identidade de cada sujeito. Também é aceite que muitos benefícios advindos da religião resultam da integração social e do apoio instrumental e emocional proporcionado pela participação e identificação com uma comunidade religiosa (Elliso, 1991; Ellison & Levin, 1998; Kress and Elias, 2000 cit. por Eliassen, A.H. et al., 2005; George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000 cit. por Smith, 2003).

Deste modo, diversos aspectos têm sido apontados como fatores mediadores da relação depressão/religiosidade: 1) semelhanças genéticas subjacentes tanto à depressão como à religiosidade (Maes & Spilka, 1999, cit. por Smith et al., 2003); 2) crença religiosa dos pais e menor desenvolvimento de sintomas depressivos dos filhos (Ingram & Ritter, 2000 cit. por Smith et al., 2003); 3) relações de menor qualidade com os progenitores e sua contribuição para o menor interesse na religião (Hunsberger, 1980 cit. por Smith et al., 2003) ou interesse pela religião como compensação da relação pouco investida dos pais (Kirkpatrick & Shaver, 1990 cit. por Smith et al., 2003).

Os sintomas depressivos também podem influenciar a experiência religiosa do sujeito, na medida em que as pessoas não sentem tanto prazer nestas actividades devido à falta de energia, apatia, dificuldades físicas de deslocação, etc. Por outro lado, devido à depressão, algumas pessoas procuram conforto sobretudo na religião (aparentemente indicador de maior religiosidade), (Ferraro & Kelley-Moore, 2000; cit por Smith et al., 2003). Como já havíamos referido, a religiosidade diminui a predisposição para aderir a comportamentos de risco que se relacionam positivamente com os níveis de depressão (como o álcool e a dependência de substâncias), contribuindo indirectamente para a

diminuição da vulnerabilidade ao desenvolvimento da doença (Grant, 1995 cit. por Smith, et al., 2003).

Esta associação negativa entre religiosidade intrínseca e depressão verifica-se em todas as etnias, idades, e género, sendo que estas variáveis não interferem na sua intensidade. McCullough & Larson (1999 cit. por Smith et al, 2003) referiram que a força desta associação difere consoante os métodos utilizados para medir a religiosidade e/ou a depressão. É especialmente forte quando a religiosidade é medida em termos de participação em actividades religiosas públicas ou a motivação religiosa é intrínseca (Allport & Ross, 1967 cit por Smith et al, 2003) e menor quando se refere à prática religiosa privada (Donahue, 1985; Richards & Bergin, 1997 cit por Smith et al, 2003).

Burris (1994 cit por Smith et al, 2003) constatou que a RE é preditora da depressão, independentemente do valor da RI. Estes factos corroboram os estudos realizados relativamente ao *coping* religioso de impacto negativo (Pargament, 1997 cit por Smith et al, 2003). Com efeito, a força da associação religiosidade-depressão varia consoante a motivação extrínseca ou intrínseca da orientação religiosa e o tipo de *coping* religioso (positivo ou negativo).

Geralmente, os indivíduos expressam mais facilmente as suas emoções aos outros (Meador et al, 1992 cit por Smith et al, 2003), o que aumenta a sua resistência ao stress (Kennedy-Moore & Watson, 2001 cit por Smith, 2003). O facto de muitas vezes estarem envolvidos em actividades altruístas, leva-os a focarem-se mais nos outros em vez de adoptar uma atitude egocêntrica de autocomiseração que também caracteriza clinicamente a depressão (Ingram, 1990; Mor & Winquist, 2002 cit por Smith et al., 2003). Aceitar resignadamente o seu destino (Richards & Bergin, 2000 cit por Smith et al., 2003), o perdão e a graça (Watson, Morris, & Hood, 1989 cit por Smith et al., 2003), são atitudes que protegem o indivíduo religioso contra a depressão.

Uma das objecções aos estudos mencionados relaciona-se com o facto de serem transversais, de natureza não – experimental. Deveríamos verificar se um indivíduo que repentinamente fica deprimido, altera a sua religiosidade e vice-versa (Nezlek, 2001 cit por Smith et al, 2003). A maior parte destes estudos incluem na amostra indivíduos norte-americanos e cristãos. Relativamente aos instrumentos de auto-relato, os indivíduos podem misturar a percepção da sua saúde mental e o bem-estar religioso e espiritual (Idler, 1995 cit por Smith et al., 2003). Esta dissincronia entre teoria e prática é bastante vulgar quando a exploração sistemática da área em estudo é recente. Sendo

um dado adquirido que depressão e religiosidade estão relacionadas, é imprescindível definir quais os mecanismos de causalidade. As medidas de religiosidade explicam positivamente pelo menos 1% da variância da severidade dos sintomas depressivos da população em geral, mais do que, por exemplo, o efeito de género que, não obstante ser pouco significativo, assume uma grande importância social, clínica e de explicação teórica da doença (Smith et al, 2003).

A transição para a idade adulta é a fase da vida em que é mais susceptível a conversão do indivíduo. A prática dos jovens adultos, quando se autonomizam, normalmente vem na continuidade das práticas religiosas observadas em casa dos pais (Smith et al, 2002 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005). As rotinas familiares são essenciais para a consolidação do sentimento de confiança básica, sensação de estabilidade e permanência, vinculações seguras (Erikson, 1959, 1982 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005). As práticas religiosas inserem-se também na rotina familiar e ajudam a criar a consciência da permanência de princípios e valores de vida ou da permanência de uma entidade universal. “Assim, o efeito protector da religiosidade pode ter origem desde cedo, desde o sentimento de segurança advindo de uma dimensão cósmica” (Bjarnason, 1998 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005).

A religiosidade que prejudica a saúde mental, normalmente está associada a padrões negativos de *coping*, caracterizados por frieza, crueldade, raiva e conflito, que são traços resultantes de uma dificuldade precoce em estabelecer a confiança básica, fruto da ausência de rotinas familiares previsíveis e que se reflecte normalmente na justificação do sofrimento como punição divina e justa pelo pecado e falta (Musick, 2000; Pargament et al., 1998; cit por Eliassen, A.H. et al., 2005).

Durante a transição para a idade adulta, ou em períodos de maior fragilidade, especialmente nas mulheres, a religião pode funcionar como uma âncora psicossocial e uma importante fonte para estabelecer a identidade face ao desempenho de um papel (Kress and Elias, 2000 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005). Com efeito têm sido observados maiores níveis de depressão em mulheres (Avison & McAlpine, 1992; Simon, 2002; Turner and Lloyd, 1999 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005), normalmente associados à tendência feminina de internalizar as suas reacções face à adversidade. Também se verifica uma taxa superior de participação feminina em práticas religiosas, comparativamente ao sexo oposto, o que tem sido explicado como estando associado às diferenças da socialização face ao género: 1) propensão dos homens para aderir a

comportamentos e actividades que envolvem risco e 2) maior capacidade das mulheres para experienciar maiores níveis de apoio social que os homens (Miller & Hoffmann, 1995; Miller & Stark, 2002; Turner & Turner, 1999 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005).

Ross et al. (1980 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005) encontraram uma curva em forma de U, onde os níveis mais baixos de desgaste e sofrimento emocional se encontravam associados aos níveis de crença religiosa fervorosa e de ausência completa de crença religiosa. Os níveis mais altos de sofrimento psicológico estavam associados àqueles indivíduos que pertenciam a uma religião, mas que não tinham escolhido deliberadamente fazê-lo. Altos níveis de prática religiosa acompanham altos níveis de sintomas depressivos entre as mulheres jovens que na realidade são menos religiosas, mas por outro lado, os altos níveis de participação religiosa estão relacionados com níveis baixos de sintomatologia depressiva em mulheres que são mais religiosas. Assim, as pessoas moderadamente religiosas são mais deprimidas, pois são psicologicamente menos saudáveis que as pessoas mais convictas quer na não-religiosidade quer na religiosidade. As mulheres realmente menos religiosas tendem a aumentar a frequência das suas orações quando estão deprimidas, devido ao conflito religioso. O mesmo não acontece nas pessoas altamente religiosas (Sorenson, Grindstaff, & Turner, 1995; Strawbridge et al., 1998 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005). O facto de esta curva invertida se verificar para as mulheres e não para os homens levou os autores a considerar que nas sociedades ocidentais é compreensível que as mulheres apresentem simultaneamente maiores níveis de depressão e maior participação na vida religiosa em relação aos homens, mesmo sendo menos religiosas na verdade. Assim, e relacionando com o nosso estudo, vem descrito na literatura que as características de personalidade, convencionalmente associadas a cada um dos sexos, constituem preditores mais valiosos da religiosidade do indivíduo, do que o género *per se* (Thompson, 1991; Miller & Hoffmann, 1995 cit por Eliassen, A.H. et al., 2005). Não se registaram alterações relativamente à etnia, enquanto o nível socioeconómico mais alto permite prever um nível significativamente mais baixo de sintomas depressivos.

Relativamente à relação entre orientação religiosa e níveis de depressão, no que concerne à RE, Neill e Kahn (1999) referem que as paróquias e outras comunidades relacionadas fornecem um tipo de apoio social livre dos conflitos e dependência dos constrangimentos familiares, aspeto que cativa os sujeitos mais deprimidos. No entanto, a sua participação torna-se menos frequente se o indivíduo se encontrar limitado na sua

autonomia, por exemplo, à medida que envelhece. King, Cummins & Whetstone (2005) demonstraram que o declínio da saúde da mulher com a idade é bastante menos acelerado no caso das senhoras que frequentam regularmente actividades religiosas.

Para clarificar as inconsistências encontradas na literatura, O'Connor e Vallerand (1989, 2001) distinguiram quatro tipos de motivação religiosa baseados no modelo de Deci e Ryan (1987): Intrínseca, auto-determinada extrínseca; não autodeterminada extrínseca e ausência de motivação. Forçar o indivíduo a participar nesta actividade pode levá-lo a ter um locus de causalidade externo, reduzir a motivação intrínseca, aumentar a motivação extrínseca não auto determinada, levar à ausência de motivação e termo do comportamento e, conseqüentemente, contribuir para maior vulnerabilidade à depressão.

No nosso país, Dias (2011) concluiu que os indivíduos extrinsecamente religiosos tendem a apresentar índices de depressão médios mais elevados e menor satisfação com a vida do que os indivíduos não religiosos. Referiu o apoio social, as estratégias de *coping* e o impacto dos conflitos espirituais na vivência religiosa dos indivíduos como conceitos possivelmente mediadores nesta relação.

Da mesma forma que Brown e Lowe (1951), Watson, Hood, Foster e Morris (1988) encontraram níveis mais baixos de depressão associados à religiosidade intrínseca, Donahue (1985) provou que a orientação religiosa se correlaciona com determinadas características da personalidade. As pessoas com RI apresentam características específicas de personalidade, nomeadamente, menor conformismo, menor preconceito e menor etnocentrismo, maior convicção acerca dos seus valores religiosos, entre outros. Assim, a existência de uma relação entre religiosidade e depressão (Dein, 2006) é um facto incontestável. Neste estudo, postulamos que as características de personalidade poderão mediar o impacto da religião na saúde mental do indivíduo.

1.2.2. Religiosidade e Personalidade. Evidência empírica encontrada em estudos já realizados

As teorias psicodinâmicas conceptualizam a personalidade tendo em conta a importância das vivências precoces na sua formação (Blatt & Lerner, 1983; McAdams & Olson 2010; Wolitzky, 2006; Irigaray et al, 2007; Lerner, Lerner, Almerigi & Theokas, 2006; Wolitzky, 2006; Blatt, 1974, 1995a; Blatt & Blass, 1990; Blatt & Shichman, 1983 cit. por Blatt & Levy). Os estudos realizados nesta área são unânimes

quanto à associação entre maior religiosidade e baixo psicoticismo e, contraditórios, em relação à associação da religiosidade com os traços extroversão e neuroticismo (Francis, 1992 cit por Saroglou, 2000). Diferentes orientações religiosas (RI, RE, Quest) podem resultar de diferentes predisposições da personalidade. As características de personalidade predispõem os indivíduos a *continuar* ou *tornar-se* religiosos, independentemente dos factores sociodemográficos (Saroglou, 2000).

A correlação entre religiosidade e Extroversão diminui quando são utilizadas versões mais recentes da Escala de Eysenck e retirados os itens referentes à “impulsividade” (Francis & Pearson, 1985 cit por Saroglou, 2000). Aquilo que os autores definem como experiência religiosa de tipo místico e carismático, está positivamente associada a alta Extroversão (Francis et al., 1996, 1997 cit por Saroglou, 2000). As medidas de RE e Quest (Johnson et al, 1989; Watson et al., 1986 cit por Saroglou, 2000) parecem estar positivamente relacionadas com o traço Neuroticismo e, negativamente, correlacionadas com a RI (Johnson et al., 1989 cit por Saroglou, 2000). A RI surge associada positivamente a: 1) alta Amabilidade (Schwartz et al, 1995; Burris et al, 1998 cit por Saroglou, 2000); 2) baixo Psicoticismo (Maltby et al, 1995 cit por Saroglou, 2000); 3) maior Conscienciosidade e traços de personalidade obsessivos (Saroglou, 2003), 4) controlo dos impulsos, ordem, rigidez e conformidade social; 5) baixo empreendedorismo (embora, neste caso, os resultados não sejam unânimes (Burris et al, 1998; Schwartz et al., 1995 cit por Saroglou, 2000); 6) maior assertividade e maior auto-estima. A relação com o traço Extroversão não foi comprovada, embora, actualmente, já não se associe maior religiosidade a alta Introversão. Os estudos que relacionam RE e auto-estima são contraditórios. A Quest está relacionada negativamente, ou não relacionada, com a auto-estima. Também tem sido defendido que a necessidade de elevar a auto-estima pode ser uma das motivações da religiosidade (Hood et al, 1996 cit por Saroglou, 2000).

A religiosidade reflecte a necessidade de reduzir as incertezas (Schwartz et al, 1995 cit por Saroglou, 2000). Os indivíduos religiosos mostram menos divergência entre pensamento e tomada de decisão e menos comportamentos de exploração. Tendem a evitar riscos e são mais conservadoras (Campiche, 1997 cit por Saroglou, 2000). Altemeyer et al (1992 cit por Saroglou, 2001.a) concluíram que, em comparação com os não-religiosos, as pessoas religiosas obtêm valores mais elevados de autoritarismo e intolerância face a atitudes sociais fora da norma, ambiguidade e mudança. Outros

estudos (Streyffeler et al, 1998 cit por Saroglou, 2001.a) revelam que o fundamentalismo e a atitude ortodoxa em relação à religião estão associados a baixo psicoticismo e alta amabilidade, tal como acontece com a religiosidade em si mesma. O dogmatismo não está necessariamente relacionado com a religiosidade, mas sim com a baixa estabilidade emocional.

As diferenças de género relacionadas com a religiosidade podem afectar as conclusões referentes, por exemplo, à associação religiosidade-Neuroticismo, ou religiosidade-Abertura à Experiência. A Conscienciosidade é o único traço associado à religiosidade masculina, reflectindo a necessidade masculina de ordem. A religiosidade feminina está associada à grande importância conferida a Deus (e não à religião em si mesma) e à elevada importância do traço Estabilidade Emocional. Este facto parece traduzir a importância da dimensão relacional e afectiva da religiosidade feminina (ordem-autonomia-estruturação cognitiva vs afectividade-intimidade). A necessidade de auto-estima, de ordem e de sentido e significado para a vida, constitui a base motivacional da religiosidade (Hood et al., 1996 cit. por Saroglou,20001.b).

Por sua vez, a educação religiosa prévia do sujeito está positivamente relacionada com o traço Estabilidade Emocional e, negativamente, com o traço Amabilidade. Por exemplo, os traços Extroversão, Abertura à Experiência e Amabilidade caracterizam a religiosidade das pessoas mais jovens. O traço Abertura à Experiência, pode ser subdividido em dois subfactores, sendo que a religiosidade está positivamente relacionada com o sub-traço Criatividade-Inteligência.

A frequência da oração parece ser um preditor importante relativamente à personalidade. Rezar prevê elevada Conscienciosidade, tanto em homens como em mulheres, e está associado a maior estabilidade emocional nas mulheres. Nas pessoas mais jovens, rezar, não é apenas um ato religioso, mas uma tentativa de introspecção, uma forma aumentada de auto-conhecimento, tendo substituído a tradicional confissão e permitindo da mesma forma o exame de consciência e reajuste da conduta (Campiche,1997 cit por Saroglou,2002.b). De facto as pessoas religiosas podem estar recetivas a novas ideias, desde que estas estejam pelo menos em parte, subordinadas aos ideais religiosos que defendem. O que é contrário ou estranho à sua fé não é necessariamente rejeitado mas tem de ser integrado num segundo nível, daí a necessidade de lhe atribuir um significado (Hood et al, 1996 cit por Saroglou, 2002.b) que confira consistência e ordem.

Saroglou (2002.b) demonstrou que a religiosidade e o fundamentalismo religioso estão positivamente associados com a preferência pela ordem, a rejeição da ambiguidade, a previsibilidade e a resistência a confrontar os seus conhecimentos com o pensamento divergente (Webster & Kruglansky, 1994, cit por Saroglou, 2002.b), e não com a necessidade de rápida resolução e urgência na tomada de decisões. Esta necessidade de contenção/conclusão poderá explicar resultados aparentemente contraditórios: 1) Por que é que as pessoas religiosas tendem a ser dogmáticas, embora não apresentem dificuldades ao nível do pensamento integrativo e complexo; 2) Por que é que apresentam níveis altos de autoritarismo e preconceito, embora apresentem baixo psicoticismo, alta amabilidade e comportamento pro-social (Saroglou, 2002.b). A ordem de que necessitam não implica necessariamente a urgência da sua aquisição/contenção. Saroglou (2003) relaciona esta necessidade de dar um significado coerente e com sentido à experiência com a ideia psicanalítica de que a Religião traduz uma nostalgia e desejo de regresso ao colo materno, à homeostasia inicial e unitária. As pessoas intensamente religiosas referem esta necessidade de união com uma entidade que as protege das excitações e conflitos do mundo exterior. A figura de Deus realmente inclui traços próprios da figura paterna e da figura materna. Verifica-se que os traços maternos são dominantes nos crentes e os traços paternos são dominantes nos não-crentes (Saroglou, 2003). Com efeito, a qualidade e tipo das relações parentais (amor, não-diretivas vs autoritárias e punitivas) influencia a imagem de Deus (como figura de amor ou juiz). As pessoas com padrões de vinculação adultos e seguros ao parceiro tendem a ter uma imagem de Deus magnânimo, contrariamente aos sujeitos com padrão de vinculação inseguro. Saroglou (2003) concluiu que a educação religiosa e as relações parentais são os melhores preditores da religiosidade futura. A religião influi não só no tipo de valores transmitidos às gerações futuras, mas também noutros domínios de decisão, como a escolha do parceiro. Existe uma religião da fé e uma religião de pertença onde a “história religiosa familiar” exerce a sua influência.

Saroglou (2001.b) concluiu que a ausência de uma educação religiosa está associada a elevado Neuroticismo. As raparigas não-crentes de famílias não-crentes encontram-se no meio, entre as crentes/de famílias crentes e as não crentes/com antecedentes crentes. Da mesma forma, os estudantes de Psicologia religiosos (Saroglou, 2001.b) evidenciam maior estabilidade emocional, um padrão de vinculação seguro e de confiança com o parceiro e com o pai. A religiosidade corresponde ao bem-

estar, menor depressão e menor ansiedade (Koenig, 1998; cit por Saroglou, 2001.b). Relativamente ao binómio religião-altruísmo, a religião potencia e amplia a tendência biológica para o comportamento pro-social e altruísta, sendo este facto mais notório em relação à RI e Quest. Por outro lado tem sido referido que a religiosidade agrava a distintividade do grupo, promovendo uma atitude mais discriminatória para com os restantes (favoritismo *in*-grupo).

A distinção entre religião e moralidade é percebida desde a infância. É interessante verificar que nas muito jovens, sob a influência da figura de autoridade parental, o mundo mágico e o mundo real podem ser vistos como uma unidade (Saroglou, 2003). O julgamento moral submete a autoridade religiosa a certos limites, sendo que, actualmente, a Religião é uma sub-cultura que interage com outras sub-culturas na mesma sociedade. Tanto a cultura como a Religião são dois mecanismos que ajudam a regular o impacto negativo de impulsos mais instintivos e naturais. A religião muda mais lentamente que a cultura e, por vezes, podem coexistir em conflito. A atribuição de significado à experiência e ao mundo é distinta da Filosofia. Insere-se num conjunto de concepções com história, aceites por um grupo específico, bem definidas e transmitidas a outras gerações, através da tradição.

Embora existam diferenças culturais e próprias de cada religião, os traços de personalidade e as diferenças individuais associados à religiosidade são constantes, independentemente da tradição específica daquela religião em particular. São estáveis transversalmente à cultura e à religião. O fundamentalismo religioso, associado a maior autoritarismo, aparece associado a várias regiões geográficas e a várias filiações religiosas. Verifica-se maior adesão à religião nas ciências naturais que nas ciências sociais e humanas, tanto no mundo islâmico como no ocidente.

Em 2008, Saroglou estendeu a sua análise ao estudo da relação “valores (Schwartz Value Survey) -traços de personalidade-religiosidade”. Os valores acrescentam as representações cognitivas de formas desejáveis de ser. Os traços variam na sua intensidade e frequência enquanto os valores variam na importância conferida pelo sujeito aos princípios subjacentes. Os traços de personalidade influenciam o comportamento sobre o qual temos menor controle cognitivo, enquanto os valores têm maior impacto no comportamento que está sob o nosso controlo voluntário (Roccas, 2002 cit por Saroglou, 2008). Saroglou (2008) defende que a religiosidade está mais associada aos valores, uma vez que: 1) assenta naquilo que o homem deveria ser e não

no que é (Ciência); 2) permitem explicar as mudanças de filiação, conversão e abandono da Fé; 3) explicam o facto de que a educação e socialização religiosas são os melhores preditores de religiosidade na vida adulta (Spilka et al., 2003 cit por Saroglou, 2008) e os resultados obtidos nos estudos de gémeos, onde, no que se refere à religiosidade, prevalece a influência do ambiente sobre a genética (D'Onofrio et al. 1999 cit por Saroglou, 2008).

O conceito *espiritualidade* tem surgido como um conceito independente e distinto da religiosidade (Hill & Pargament, 2003 cit por Saroglou, 2008). Saroglou (2008) testou as associações entre espiritualidade, religiosidade, traços de personalidade e valores. Concluiu o seguinte: 1) as “novas religiões” mantêm o interesse nos valores pro-sociais mas não mantêm a importância de conservar os valores mais tradicionais; 2) as diferenças individuais na religiosidade e na espiritualidade reflectem diferenças, quer nos traços básicos de personalidade, quer nos valores; 3) a análise dos valores permite prever mais significativamente o tipo de religiosidade, que os traços de personalidade; 4) os traços de personalidade mais temperamentais, que menos relação têm com a religiosidade (E e N), são aqueles mais dificilmente traduzidos para valores; os três factores C, A e O, que mais relação têm com os valores e religiosidade, são aqueles que apresentam grandes mudanças desenvolvimentistas na adolescência e idade adulta, e que encontram correspondência nas mudanças desenvolvimentistas da religiosidade no mesmo período etário; 5) a religião madura e a espiritualidade estão associadas aos traços C e O; as pessoas com maior espiritualidade estão entre as religiosas mais tradicionais e as não-religiosas liberais.

A religiosidade, tal como outros valores e atitudes sociais, é uma adaptação cultural dos traços básicos de personalidade – Extroversão, Amabilidade (A), Conscienciosidade (C), Neuroticismo (N) e Abertura à Experiência (AE). Os traços A e C constituem os traços de carácter moral dos Santos. A falta de associação dos traços O e E com a religiosidade em geral, revela que a religião em si mesma não se relaciona com outras dimensões da personalidade, como a plasticidade ou o crescimento. Traduz uma preocupação pessoal e social do homem com a estabilidade e a auto-transcendência moral, e não uma preocupação com as necessidades humanas de divertimento, crescimento pessoal e mudança social. Assim, a investigação confirma que a religiosidade apresenta diferenças individuais associadas a características base da personalidade (Saroglou 2001).

1.2.3 – Depressão e Personalidade

A depressão normalmente é uma perturbação crónica, recorrente e que necessita de várias tentativas de tratamento até à remissão. O auto-criticismo está associado à baixa resposta ao tratamento, e a maior severidade da depressão. A maior resistência ao tratamento advém dos pacientes com traços de inibição social. O perfeccionismo auto-crítico está relacionado com os sintomas depressivos, enquanto o perfeccionismo com o desempenho pessoal está associado a maiores níveis de conscienciosidade (Parker et al., 2009).

As características da personalidade contribuem para o desenvolvimento da depressão, nomeadamente em idosos que apresentam baixos níveis de dominância e altos níveis de neuroticismo. Por outro lado, altos níveis de extroversão e baixos níveis de neuroticismo aparecem associados a reduzido risco de mortalidade na velhice (Wilson, R. S. et al, 2005 cit por Irigaray et al, 2007).

Joyce et al (1994 cit por Mulder, R, 2002) demonstraram que o temperamento do sujeito explica 35% da variância na recuperação de doentes deprimidos. Provaram que na escolha do medicamento a prescrever, deve ser considerada a personalidade do paciente. Millon (1996 cit por Campos, R, 2009) referiu que a personalidade pode ter um efeito patoplástico na depressão, moldando a sua expressão sintomática. Inversamente, Hirschfeld et al. (1993) verificaram que o estado depressivo influenciava a avaliação dos traços neuroticismo, dependência e extroversão.

Bagby et al. (2002) compararam as características de personalidade (Five Factor Model de Costa & McCrae, 1992) de indivíduos apenas com depressão major e indivíduos com depressão major e depressão crónica minor associada. Concluíram que os pacientes com o duplo quadro de depressão apresentam níveis mais baixos do traço Amabilidade e mais altos de neuroticismo associado a hostilidade. Alguns investigadores defendem que os níveis elevados de neuroticismo derivam do estado deprimido e não de uma característica permanente da personalidade (Barnett & Gotlib, 1988; Meyer & Shack, 1989; Watson & Clark, 1984, cit por Bagby et al., 2002), salientando a importância dos estudos longitudinais que avaliam a personalidade dos sujeitos após remissão dos sintomas depressivos. Os resultados obtidos através destes estudos concluíram que os indivíduos mais propensos a ter episódios depressivos apresentam níveis mais elevados do traço neuroticismo quando não estão deprimidos,

enquanto a manifestação do traço Extroversão depende do estado depressivo. Este facto explica o modo pessimista, pouco afectivo, frustado de ser, não só devido ao estado deprimido mas à sua personalidade. O traço neuroticismo está negativamente correlacionado com a felicidade ao contrário do traço extroversão cuja correlação é positiva (Eysenck, 1990; Argyle, 1990; Furnham and Cheng, 2000; Cheng, 2003; Mazidi & Ostovar, 2006; Khanzade et al, 2007 cit por Mazidi et al, 2010).

1.3. - Teoria e Teste de L. Szondi¹

1.3.1. O princípio do cristal. Teoria e Teste de L. Szondi

O desenvolvimento do pensamento deste autor divide-se em três etapas principais: 1) uma etapa naturalista, para definir as disposições hereditárias das diferentes doenças psicológicas e fisiológicas, a partir do estudo de árvores genealógicas; 2) o estudo da origem genética das pulsões e do seu Teste, que propõe como substituto dos estudos genealógicos; 3) a altura em que desenvolve o conceito de *destino* (Szondi, 1970). O *destino* de Szondi apela ao papel das escolhas pessoais, a um nível existencial, distinto do nível metapsicológico freudiano. O destino não é condicionado pela relação de objeto investida de energia libidinal mas, trata-se antes de um movimento que não tem outro fim, senão ele mesmo. Coimbra de Matos (2007) refere que o instinto é um fenómeno biológico. A pulsão nasce na relação. Para Freud as pulsões são o motor da actividade psíquica e a causa última de toda actividade (Freud, 1915/1943). A teoria das pulsões de Freud é dualista (Laplanche & Pontalis, 2007). Discordando de Freud, Szondi afirma que não existem duas pulsões (a pulsão da vida e a pulsão da morte) e uma energia vital (a energia libidinosa), mas quatro pulsões e diversas energias vitais.

Leopold Szondi, à semelhança de Kraepelin, Breuler e Freud, defende que, através das formas mais patológicas, podemos compreender o funcionamento psicológico normal do homem (Melon, 2007; Legrand, 1979). O sistema pulsional funciona segundo três critérios essenciais: 1) o condicionamento genético *específico* das pulsões; 2) a *polaridade das tendências* pulsionais; 3) a *tensão* pulsional gerada pelo

¹Leopold Szondi apresenta o teste com o mesmo nome, juntamente com o seu método de interpretação, em 1947, no seu “Tratado do Diagnóstico Experimental das Pulsões” (*Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik*). (http://www.youtube.com/watch?v=TteWZ0Ju_CQ&feature=relmfu. Présentation de la théorie pathoanalytique au colloque de la SIS du centenaire de L. Szondi à Budapest.)

antagonismo das tendências pulsionais; 4) *as componentes fisiológica e patopsicológica* das pulsões e 5) *a transmissão hereditária* da necessidade pulsional, associada a genes específicos. A estrutura de personalidade do sujeito obedece ao “princípio do cristal” que, ao cair, parte pelas linhas de clivagem definidas à partida pela sua estrutura já determinada. Melon (2007) salienta a importância do conceito de estrutura no esquema pulsional de Szondi. A destruturação e reestruturação do eu e da personalidade total, constituem mecanismos de defesa contra as necessidades pulsionais perigosas. Uma doença mental é uma perturbação “funcional” possuindo uma predisposição hereditária. Contrariamente a Freud, nem só as pulsões destrutivas ou sexuais são sublimadas (Favraux, 2011).

Cada um dos factores pulsionais condiciona um tipo particular de carácter e um campo profissional e social específico. Condiciona um modo particular de actividades espirituais (Favraux, 2011). A saúde mental depende de uma boa integração de todos os opostos pulsionais. Contrariamente a Freud, Szondi não distinguiu entre uma teoria pulsional e uma tópica do psiquismo. A organização do registo pulsional coincide com a tópica psíquica. Alargou o número de pulsões definidas por Freud, obedecendo a uma reestruturação do seu conjunto (o que acontece nas pulsões sexual e de contacto).

Em 1932, Moreno cria um questionário sociométrico, no qual o sujeito indica simpatias e antipatias. Contudo, o emprego projectivo da escolha afectiva remonta a Szondi (1947). O principal objectivo do Teste de Szondi é captar o inconsciente familiar, com base em três pressupostos: 1) acredita-se que a situação experimental reproduz adequadamente as condições de escolha que operam na vida real; 2) o sujeito escolhe segundo o critério da atracção/afectividade; 3) conclui-se sobre a natureza da sua escolha, segundo a bagagem hereditária latente. Sendo um teste projectivo respeita os dois princípios fundamentais desta classe de instrumentos: 1) avalia o sistema pulsional e os seus traços dinâmicos fundamentais; 2) o sujeito não está consciente das interpretações que podem ser extraídas a partir das suas respostas. O material do teste corresponde a oito dimensões pulsionais fundamentais. No teste, as diversas dimensões da estrutura psíquica normal são representadas por fotografias de doentes mentais. O sujeito escolhe a imagem de alguém vivenciado como idêntico a si mesmo (escolha “narcisista”) ou escolhe a imagem de alguém que lembra um membro do mesmo parentesco genético com o qual teve relações de ordem emocional ou pulsional, modeladoras da personalidade (escolha “anaclítica”). O Teste é composto por seis séries

de oito fotografias cada. Cada um dos oito tipos de doente, repetidos por série, corresponde a um factor, reagrupando-se os oito factores em quatro vectores conforme o Quadro 1.

Quadro 1 - Os quatro vectores pulsionais propostos na teoria vector-factor de L.Szondi

Doentes	Fatores	Vectores
Homossexual (ou hermafrodita)	h	Sexual: <i>S</i> - pulsão sexual
Sádico ou assassino	s	
Epiléptico	e	Paroxístico: <i>P</i> - pulsão de protecção do ego
Histérico	hy	
Catatónico	k	
Paranóide	p	Esquizofrénico: <i>Sch</i> - pulsão do ego
Depressivo ou (melancólico)	d	
Maníaco	m	Ciclotímico: <i>C</i> - pulsão de contacto

Pede-se ao sujeito que, em cada série, escolha duas fotografias de sujeitos mais simpáticos e duas de sujeitos mais antipáticos. A prova é repetida entre 5 a 10 vezes após a primeira aplicação, com um mínimo de 24 horas de intervalo entre aplicações sucessivas. Cada factor (no conjunto total de oito) pode ser objecto de uma escolha positiva (+) ou negativa (-), revelando no sujeito a tendência correspondente (16 tendências). A reacção que o sujeito adopta durante a administração do Teste relativamente às fotos de uma determinada categoria psiquiátrica, varia: 1) reacção nula (notada 0); 2) reacção positiva (+); 3) reacção negativa (-); 4) reacção ambivalente (+-) e 5) reacção acentuada (!).

Trata-se de um teste de fácil administração, que não exige resposta verbal. As pulsões correspondem aos vectores; as necessidades correspondem aos factores, com paralelismo nalguns casos às fases psicanalíticas de desenvolvimento psicosssexual e as tendências correspondem às formas positivas (escolhidas como agradáveis) e negativas (escolhidas como desagradáveis) da necessidade. Szondi opõe o “centro pulsional” (vectores *P* e *Sch*) à periferia (vectores *S* e *C*), mencionando uma tensão intervectorial e intravectorial no sistema. Cada um dos vectores é constituído por dois factores ou necessidades pulsionais de sentido oposto. Cada vector representa uma característica da personalidade que aparece sob uma forma extremamente exagerada nas duas condições patológicas (factores) que o constituem. Os factores são interdependentes e assumem uma relação muito estreita dentro do mesmo vector. Por sua vez, cada factor pulsional é composto por duas tendências opostas. Para L. Szondi toda a necessidade pulsional pode manifestar-se de três formas: mórbida, normal ou socializada/sublimada. Dentro

de cada vector pulsional as formas mórbidas podem caracterizar-se assim: Vector S (h,s) – perversões (perturbações sexuais), Vector P (e,hy) – neuroses, conflito com as interdições do incesto e da morte do pai, com o Édipo; Vector Sch (k,p) – psicoses (perturbações do Eu, esquizofrenias), relacionadas com a ontogénese do eu, autopreservação e problemas de identidade; Vector C (d,m) perturbações do humor, “timopatias”, perturbações de relação com o ambiente e ritmos da vida. Szondi estabeleceu ainda uma correspondência entre cada necessidade e os traços de carácter, actividade profissional, forma de sublimação, patologia e atitude criminosa (Anexo A).

É de salientar ainda que todas as tendências se encontram interligadas em três planos: 1) vertical (comparação das tendências de um mesmo factor nos vários perfis do mesmo indivíduo, horizontal (comparação das tendências dentro de um mesmo perfil) e diagonal (comparação das tendências de determinado factor nos primeiros perfis, com as tendências de outro factor nos últimos perfis). A interpretação do Teste de Szondi pode e deve ser feita a três níveis: método qualitativo – dialéctico (pulsões periféricas e pulsões do centro); método quantitativo (soma das tendências e acentuações para os diferentes factores) e método das proporções/índices quantitativos (índice sintomático Sy%; índice tensional; índice de *acting*; índice sexual Dur/Moll; índice social; índice de variabilidade e índice de desorganização), (Martins, 2011). A interpretação de pulsões periféricas (Vectores C e S) e das pulsões do centro (Vectores P e Sch) é reveladora da dinâmica interna do sujeito. Segundo Gonçalves, B. (1996) uma das grandes vantagens de utilização deste Teste (e garantia da sua fidedignidade), deriva da íntima relação entre a interpretação dos resultados e o quadro teórico subjacente criado pelo mesmo autor. Os resultados do Teste têm grande interesse para o diagnóstico da depressão, assim como ajudam a repensar os objectivos da intervenção clínica, à luz do referencial szondiano.

1.3.2. Religiosidade no referencial Szondiano. O factor vector (P).

Outro conceito central na teoria de Szondi é a dupla natureza ética do ser humano. Este aspecto de este arrependimento e regeneração relaciona-se intimamente com a depressão, e com o processo de expiação do pecado e autoculpabilização do indivíduo deprimido. Segundo Szondi, cada tendência instintiva pode manifestar-se em diferentes contextos, desde a saúde até à actividade profissional.

No referencial szondiano, os factores paroximais asseguram a defesa contra a exteriorização de afectos brutais e negativos. O vector P reporta à Lei e à Ética e,

através do factor e, protege contra o mal que podemos fazer aos outros; o factor hy refere-se tanto à expressão como à censura do erotismo e auxilia na adaptação às regras da sociedade que regulam as manifestações da sexualidade. O indivíduo com tendência e+ recusa o mal, procura o bem do próximo e da humanidade em geral, a justiça, bondade e tolerância (Moisés e superego freudiano). A tendência e+ acentuada revela uma forte angústia de culpa. A figura de Caim constitui o símbolo da tendência e-. Szondi conseguiu associar a crise epiléptica a uma descarga da tendência e-. A tendência hy- diz respeito ao pudor e à vergonha, por oposição à culpa. Esta tendência hy- acentuada revela uma angústia sensitiva de relação.

Enquanto a tendência hy- está relacionada com a fantasia e o mundo imaginário do sujeito, o vector Sch concerne ao Eu e à realidade. Legrand definiu a tendência p- como “(*Je suis) l'autre*” podendo comparar-se ao homem primitivo que se dilui no exterior dele mesmo, participando directamente na vida dos antepassados, dos deuses, dos membros do clã e da família (Levy-Bruhl; cit por Legrand, 1979). Esta tendência p- é equivalente ao traço de empatia. Psicopatologicamente exprime a projecção dos desejos e incapacidade de distinguir os próprios desejos dos do outro. Acentuada, esta tendência conduz ao delírio paranóide de perseguição. Já a tendência p+ traduz a inflação do ego. Esta tendência, quando acentuada, origina delírios paranóides de grandeza. Quando o ódio pelo outro acede à consciência é accionada a tendência p+ que, através da introjecção, torna o sujeito num indivíduo apaixonadamente idealista. A tendência k- revela a aceitação da realidade tal como ela é e a renúncia ao desejo, a adaptação às exigências morais.

1.3.3. O vector contacto (C). A contribuição de J.Schotte.

Imre Hermann descreveu duas tendências importantes na relação entre a criança e a mãe: a tendência a “agarrar-se e a tendência a soltar-se e “ir à procura” (de novos objectos). A partir desta distinção, Szondi define dois factores (m e d, inspirando-se na oposição oralidade/analidade) do vector C (contacto) relacionando os dois movimentos de contacto com duas formas distintas de patologia: a mania (m) e a melancolia ou depressão (d). As duas tendências do factor m referem-se ao objecto oral; as duas tendências do factor d relacionam-se com objectos e traços de carácter anal. Surgem então quatro tendências do vector contacto: d+ “ir à procura”, d- “reter o objecto”, m+ “agarrar-se” (investimento estável do objecto), m- “soltar-se”. Em qualquer

investimento pulsional de objecto haveria que distinguir uma dimensão propriamente sexual e outra relacionada com a pulsão de contacto.

Como já referimos anteriormente, J. Schotte (1975 cit por Gonçalves, B., 1996) desenvolve uma análise dinâmica do esquema pulsional de Szondi afirmando que o vector C se encontra num nível pré-objectal anterior à problemática dos vectores S “sexual” e P “paroxístico” ou dos afectos. Esta especificidade do contacto implicaria uma nova concepção das perturbações de humor que pretende evitar o dualismo reactivo/endógeno; neurótico/psicótico (Schotte, 1982 cit por Gonçalves, B., 1996).

A posição mais primitiva do factor m é a posição m+ - a posição da criança que se “agarra” a mãe. Mas o mesmo acontece na população adulta em que a tendência m+ é a mais frequente e normal quando não exagerada. A permanência da posição m- para lá do período de latência parece assinalar um bloqueio do indivíduo em ultrapassar a decepção original e restabelecer uma ligação de confiança com os outros.

O conceito de circuito pulsional foi primeiramente referido por L.Szondi referindo-se aos Vectores C e Sch. J. Schotte aprofunda esta ideia e generaliza o conceito aos restantes vectores pulsionais. No seio de cada vector pulsional existe um circuito pulsional. Cada um dos vectores deve ser considerado como uma categoria existencial comum a todos os indivíduos e não entendido como uma classe psiquiátrica. Szondi, relativamente à pulsão ou vector de contacto, entendia que o investimento pulsional no objecto é simultaneamente um investimento sexual. Todavia, um investimento sexual no objecto não é necessariamente um investimento objectal. O objecto da pulsão de contacto pode ser um objecto parcial ou total, uma pessoa, um objecto coletivo como a família, a raça ou etnia ou um objecto cultural como a religião, a ideologia do sujeito.

Existem três níveis de complexidade crescente²: o tempo do início, a base – C; o tempo mediador S, P, o fundamento; e o tempo teleológico Sch, a origem. A introdução dos circuitos faz do esquema pulsional uma estrutura de dois níveis. O duplo nível dos circuitos permite introduzir as 16 posições pulsionais dentro de um quadro de dupla entrada, que as apresenta em séries, que correspondem aos circuitos pulsionais de J. Schotte, (e.g.: C: m+ d- d+ m-) e em níveis (e.g.: 1: m+ h+ e- p-), (Melon, 2007). Existem “quatro séries pulsionais de 1º,2º,3º e 4º nível, cada nível distinguindo-se do

² Szondi havia hierarquizado os vectores pulsionais no tempo - S, P, Sch, C J. J. Schotte veio alterar esta ordem para - C, S, P, Sch – referindo que tudo começa no Vector contacto.

precedente pelo adicionar de um elemento novo que induz uma modificação sistémica” (Melon & Lekeuche, 1982). As séries, propostas por J. Schotte, no sentido de complexidade crescente são: Vector C – m+, d-, d+, m-; Vector Sexual – h+, s-, s+, h-; Vector P – e-, hy+, hy-, e+; Vector do Eu – p-, k+, k-, p+. É introduzido o conceito de posição em vez de reacção. Na passagem do nível 1 para o nível 2 verifica-se uma deslocação dos investimentos; do nível 2 para o nível 3, manifesta-se o mecanismo de negação. Como já havíamos referido, o caminho da compulsão à liberdade é o destino da vida humana. Num extremo a doença, neurose ou psicose, a vitória dos antepassados sobre a consciência; no outro, a vitória da consciência e a autonomização máxima do sujeito (nível 4).

Mais recentemente, outros autores têm relacionado a teoria de Szondi com modelos factoriais de personalidade. Por exemplo, Kiss, E. (2005) comparou os resultados obtidos com a aplicação do Teste Szondi e com o Inventário de Temperamento e Carácter de Cloninger (1994) em 101 sujeitos. Ambas as teorias consideram que o temperamento tem uma origem biológica e é constituído por traços ou necessidades pulsionais. Encontraram uma associação positiva entre as seguintes dimensões: 1) subescala de “procura de novidade” (NS) e o factor p+ de egodiastole ($r=0,24$, $p < 0,05$) e com e+ ($r=0,411$, $p < 0,01$); 2) subescala de “fuga ao dano” (HA), e- e hy- devido, segundo a autora, à ansiedade experienciada ($r=0.732$, $p < 0.02$); subescala (HA) e factor d+ que indica depressão, perturbação onde existem níveis mais elevados de ansiedade ($r=0.336$, $p < 0.05$). Estes resultados indicam uma predisposição à depressão nos indivíduos com níveis elevados de ansiedade no teste de personalidade; 3) subescala “Dependência da Recompensa” (RD) e factor m+, pois ambos estão relacionados com a sociabilidade ($r=0.359$, $p < 0.01$); 4) escala de cooperação, aceitação dos outros, e+ ($r=0.264$, $p < 0.1$) e m+ ($r=0.266$ e $p < 0.05$). Por sua vez, tal como acontece com o traço de neuroticismo, altos níveis de (HA) reflectem um estilo de personalidade que está associado a uma recuperação mais lenta e maior predisposição a desenvolver um quadro de depressão grave e recorrente (Mulder, R, 2002).

1.3.4. O vector contacto e a depressão. Estudo de Bucher.

L. Szondi, tal como S. Freud, nunca fez uma distinção clara entre as diversas formas de depressão, tendo-se referido essencialmente à melancolia. Encontrou uma afinidade específica entre o vector do contacto e as perturbações do humor (depressão e perturbação maníaco-depressiva), a toxicomania e a psicopatia. Para Szondi, um

indivíduo deprimido sofre de uma doença pulsional pois a mente jamais pode adoecer, apenas as pulsões. Szondi enfatizou a influência do distúrbio do Eu nas psicoses afectivas, ou de contacto. O objecto perdido, introjectado, foi bastante investido mas de forma ambivalente. A sua incorporação impossibilita uma reorientação em direcção a objectos substitutivos atingíveis, induzindo a uma “procura” eterna mas estéril (Bucher, R., 1979). A pessoa deprimida sofre devido: 1) à incerteza do contacto e da aproximação (m_{\pm}); 2) perda do objecto; 3) à introjecção do objecto perdido ($Sch+0$). Não é a perda do objecto mas sim a procura incessante que confirma a dor e sofrimento futuro. Quanto mais patológica esta introjecção ($k+$), mais profunda será a melancolia. Quando termina a introjecção ou é destruído o objecto perdido, inicia-se o ciclo maníaco ($k-$). Ontogeneticamente, esta vivência depressiva inicia-se na primeira puberdade (3-4 anos) e termina no final da segunda puberdade (17-20 anos). Mais tarde, tende a aumentar na velhice (depressão senil), (Favreau, 2011).³ O vector do contacto exerce a sua influência noutras patologias que não a depressão. Da mesma forma, os outros vectores pulsionais também interferem nas perturbações associadas ao vector do contacto (Lekeuch, 2008). Para Szondi a depressão pode acompanhar todas as doenças pulsionais, assumindo diferentes formas conforme a perturbação em causa (Melon, 1975). J. Schotte mostrou como o modelo de Szondi permite repensar a depressão. Por um lado, ao relacionar as perturbações do humor com um vector específico, permite ultrapassar o modelo dual (neurose-psicose) dominante. Na medida em que é possível ordenar os vectores segundo um grau de complexidade crescente e em que, nessa perspectiva, o vector C está na base do sistema pulsional, podemos dizer que as perturbações do humor são distúrbios mais simples que as neuroses, as perversões e as psicoses. O vector do contacto evoca o fantasma de retorno ao seio materno (Melon & Lekeuche, 1982), um movimento de retorno à ausência total de tensão, mas também causador de angústia. No vector C, nível basilar da existência (“zona da falha básica” de Balint; espaço transicional de Winnicott), os factores pulsionais são o factor d (relacionado com a depressão) e o factor m (relacionado com a mania). A quase ausência do objecto, ou melhor a ausência de uma distinção clara entre sujeito e objecto corresponderia a um funcionamento psíquico pré-objectal. A pulsão do contacto é a

³ Relativamente a esta doença varias alterações têm decorrido desde a época de Szondi ou de Bucher: aumento da sua prevalência após a Segunda Guerra Mundial, os pacientes são de faixas etárias inferiores àquelas classicamente descritas, aumento do risco de depressão nas mulheres, etc.

pulsão primária. A energia que a alma, não investe imediatamente um objecto. Ao nível do contacto, este movimento tem um sentido cíclico (Papilloud, 2000).

A problemática central deste vector é estar em contacto com tudo o que nos rodeia, encontrar o ritmo ideal, o acordo, ou o acorde, ideal. O limite é o dos ciclos vitais. O respeito pela ritmicidade desses ciclos é o que torna possível o movimento da vida (Derleyn, 2008). No caso de haver perturbação de contacto, o indivíduo não está em conflito com o mundo, tido como objecto, “mas vive em desarmonia em relação com o movimento geral da vida que assegura o curso do mundo (Melon & Lekeuche, 1982). A depressão é portanto uma perturbação do ritmo, existem dificuldades de integração nos ciclos primordiais da vida. O sintoma principal da depressão é o “desfasamento”, que se faz acompanhar de cansaço, euforia anormal que nunca tem grande duração, quase sempre insónia com uma inversão do ritmo do deitar/acordar, apresentando abatimento e ansiedade no início do dia (J. Melon, 2007).

A análise da série C: m+ d- d+ m- permite-nos perceber melhor a dinâmica que alimenta este vector. Inicialmente em m+ dá-se o movimento de se agarrar ao objecto (que ainda não é objecto mas sim uma situação, um estado) para se assegurar da sua posse (oralidade e incorporação) e da sua própria existência que só acontece estando colado a ele; de seguida em d- o movimento encadeia-se ao primeiro, onde o sujeito se cola ao objecto encontrado, vai querer retê-lo e conservá-lo (estádio anal); segue-se d+ em que a criança parte para a procura, para de se colar, rejeita a inércia e, finalmente, em m- separa-se, procura a autonomia e deixa o seu meio, é o termo final de qualquer relação objectal em que o sujeito se desprende do objecto e poderá partir e investir num objecto “outro”. Como o demonstra esta apresentação das diferentes posições dentro do vector do contacto, o objecto só aparece verdadeiramente em d-. Este movimento cíclico, mais do que o objecto, constitui o alicerce fundador do vector C. (C. Papilloud, 2000).

Assim, o presente estudo tem na sua base a conceptualização e modelo teórico de Szondi, continuado e aprofundado por vários círculos de szondianos como o de Lovaina, de que se destacam nomes como J. Schotte e Bucher.

Bucher publicou a sua tese em 1977 sob o título “Depressão e Melancolia”. Partindo do Teste de Szondi para o diagnóstico experimental das pulsões, na Clínica Médico-Psicológica da Universidade de Liège, examinou um conjunto de pacientes depressivos não psicóticos (N=100), a fim de poder comparar a estrutura pulsional desta

amostra com os resultados obtidos por Szondi. O perfil pulsional primário dos deprimidos, obtido na investigação de Bucher, foi: S (++), P (0-/+-), Sch (--), C (-+). Este resultado remete para um perfil que apresenta, no campo dos afectos, além da variante sensitiva P0-, uma equivalente variante “Abel”P+- (Bucher, 1979). À sexualidade sensual “normal” associa-se o Eu disciplinado da adaptação. Estes doentes tendem a negar as tensões e os conflitos intrapsíquicos com acentuada organização do Supereu e sentimentos de culpa. A negação/recalcamento k-! e a projecção p-! são os mecanismos de defesa dominantes. As tensões e anseios interditos que não podem satisfazer são descarregados paroxismalmente (factor e=0) para dentro (*acting – in*). A afectividade assente em relações objectais aparentemente maduras e estáveis esconde desejos insatisfeitos de apego. Na verdade, as relações do deprimido são imaturas e problemáticas, de cariz incestuoso e neurótico (Bucher, 1979).

Bucher concluiu que, não obstante a heterogeneidade do grupo, existe uma homogeneidade surpreendente na sua estrutura pulsional. Foi possível mostrar que as depressões se situam a um nível mais primário que outras perturbações como a esquizofrenia, ao nível da dimensão pulsional que caracteriza a área de contacto. As perturbações psicóticas resultam de distúrbios secundários do Eu, daí os sintomas depressivos estarem presentes em todos os quadros psicopatológicos. Bucher encontrou uma reacção dominante em seis factores: h+, hy-, k-, m+, s+ e p-.

Para Bucher, o que parece fundamental na depressão é o sofrimento resultante do não atendimento das necessidades periféricas vitais de ser aceite e amado. Isto leva à desvalorização dos conteúdos da vida, que já não oferece qualquer ponto de apoio ou segurança, ao desconsolo, e a sentimentos de abandono (d=0). As tensões e anseios destes doentes estão bloqueados por interdições que lhes impossibilitam satisfação directa. A única forma de descarregarem essas tensões e anseios é, paroxismalmente, através do factor e=0 pelo que implodem, *acting-in* – descarregam para dentro, no corpo e na doença. O medo de ser rejeitado, condenado, não permite a demonstração aberta dos seus anseios pulsionais que são resolvidos no íntimo, vindo à superfície sob a forma de sintomas patológicos. Estes doentes tendem a negar a realidade psíquica da doença, as tensões e os conflitos intrapsíquicos. Revelam uma acentuada organização do Supereu, levando a sentimentos de culpa. Os mecanismos de defesa mais presentes nos deprimidos do estudo de Bucher são a negação/recalcamento k-! e a projecção p-! (Bucher, 1979).

A estrutura pulsional encontrada por Bucher era muito semelhante a do “homem comum”. No entanto, o que ele verificou foi que a semelhança se atenuava ao nível das acentuações. Segundo L. Szondi, um valor elevado de tensões quantitativas (tensão e acumulação e tensão manifesta) tem geralmente uma significação psicopatológica, sobretudo quando se apresenta cumulativamente com certos factores. No entanto, Bucher não tinha um termo de comparação para essas tensões quantitativas, visto que esses dados não estavam presentes na amostra original de Szondi representativa da população geral (com a qual Bucher comparou os seus resultados). Encontrou tensões quantitativas sobretudo ao nível dos dois factores periféricos e no centro, nos factores que fazem parte dos factores raiz ou patogénicos. Szondi não fornece indicações sobre as acentuações e Bucher acaba por dar muita importância às acentuações na caracterização do perfil dos deprimidos, nomeadamente a h+! e m+!. B. Gonçalves, (1999), encontrou na população geral portuguesa uma frequência de m+! particularmente elevada, comparável ao que Bucher encontrou nos seus deprimidos.

Uma força pulsional especial leva à escolha de 4, 5 ou 6 factores (acentuações:!, !!, !!!), o que indica um recalamento no respectivo factor. Szondi referiu que a posição h+! era frequente nos pacientes psiquiátricos dos hospitais e muito rara nos pacientes em ambulatório. A figura do Eu dominante no “homem comum” de Szondi Sch (--) é igual para os deprimidos de R. Bucher. Neste Eu adaptado (externamente, sem interiorização), predominam duas tendências p- e k-. O homem comum/Eu domado vive projectivamente (p-) os seus desejos, sem ter consciência deles como seus ou como desejos. Adapta-se a esta situação, negando-os k- ou recalando-os k -!. Em investigações posteriores nem sempre se encontrou essa predominância e os resultados parecem apontar para uma influência do nível de instrução e/ou socioeconómico dos sujeitos (Martins, 2011).

B. Gonçalves (1998 e 1999), através de estudos efectuados com amostras da população geral portuguesa, acentuou as diferenças no factor p: Sch- - já não aparece como a figura do eu mais frequente na população geral, mas apenas como a mais frequente nas pessoas de nível de instrução mais baixo. Do ponto de vista da estrutura, tende a idealizar. Estes resultados apontam para que possa estar intimamente relacionado com o nível de instrução mais baixo. Parece portanto que as conclusões de Bucher poderiam ser diferentes se tivesse comparado os resultados dos deprimidos com os resultados de uma amostra da população geral contemporânea. A grande limitação no

estudo de Bucher foi portanto não ter havido comparação dos perfis da população clínica obtidos com a amostra da época para o “homem comum”, tendo sido antes utilizada uma amostra original que L. Szondi recolheu algumas décadas antes (antes da 2a Guerra). Além disso, estes dados de L. Szondi não fornecem informação acerca da acentuação (!). R. Bucher refere que o perfil do deprimido e do “homem comum” é muito parecido mas que o primeiro tem uma série de acentuações que não tiveram base de comparação com a amostra de L. Szondi. Existem recolhas posteriores que deram origem a resultados diferentes para a população geral actual, em comparação com o perfil do “homem comum”(Martins, 2011).

Ainda no âmbito das limitações, poderíamos apontar o facto de R. Bucher ter feito a sua investigação apenas com indivíduos internados, e a maioria deles com internamentos recorrentes. Para além disso, a clínica onde os pacientes estavam internados interessava-se especialmente pela histeria e pelas afecções somáticas, razões que nos levam a pensar que os casos deste estudo tinham características bastante particulares. A amostra do estudo de Bucher era composta por um elevado número de sujeitos com nível sociocultural baixo.

Seguindo esta linha de investigação, Martins (2011) estudou uma amostra de 19 indivíduos com diagnóstico clínico de depressão a quem aplicou a Escala de Depressão do *Center for Epidemiologic Studies* (CES – D) e o Teste de Szondi. Este estudo corroborou a Teoria Geral das Pulsões e o Teste de Szondi ao nível do psicodiagnóstico, confirmando a existência de uma especificidade bastante relevante nos perfis pulsionais dos deprimidos quando comparados com os da amostra da população geral portuguesa. Dos estudos mencionados anteriormente (Bucher, 1979; Martins, 2011) interessa-nos reter principalmente os resultados encontrados relativamente aos vectores C-+, Sch – e P--.O peso de e- traduz-se pela constelação P-- que Szondi interpreta como ansiedade mas que Bucher (1979) e Martins (2011) também encontraram frequentemente nos deprimidos que na população normal.

Neste estudo interessa-nos principalmente analisar o comportamento dos vectores Paroxismal, de Contacto e do Ego, tentando relacioná-los com os resultados encontrados relativamente à religiosidade e à depressão. Por exemplo, a constelação C (d+) (m+-) caracteriza o humor depressivo. A melancolia é tanto mais importante quanto mais se intensificar a introjecção patológica (k+), (Favraux. E., 2011, p. 201). Também podemos hipotetizar que a dimensão religiosa da personalidade do indivíduo

poderá estar relacionada com o vector P “paroxismal” e com o vector do Eu (Sch). A compreensão da dimensão religiosa através da utilização do Teste de Szondi como instrumento é um campo de pesquisa que poderá ser mais explorado. Trata-se de procurar explicações a um nível mais profundo e estrutural, através da utilização conjunta de vários instrumentos cujo mérito e vantagens para esta investigação já foi demonstrado anteriormente. O estudo proposto surge na continuação dos estudos mencionados anteriormente, de Bucher (1979), Martins (2011) e Dias (2011), mas pretende relacionar as três variáveis simultaneamente – depressão, motivação da orientação religiosa e personalidade.

Capítulo 2 – Enquadramento Metodológico

2.1. Delimitação do Problema, Objectivos e Hipóteses

Neste estudo consideramos que tem sido dado pouco ênfase ao papel que as características da personalidade desempenham no efeito ou influência da orientação religiosa, na saúde física e mental dos indivíduos. A literatura referida anteriormente tende a mostrar uma relação negativa significativa entre orientação intrínseca e sintomas depressivos e uma relação significativa e positiva entre orientação extrínseca, sintomas depressivos e traços ansiosos (Dezutter, Scones & Housebaut, 2006; Maltby & Day, 2000, cit por Mazidi *et al.*, 2010). No entanto, não fundamenta os resultados obtidos ou, então, apresenta múltiplos factores, sem especificar o seu grau de importância. Tendo em conta o que já foi mencionado no capítulo anterior, colocámos **inicialmente as seguintes questões**: 1) De que forma a orientação da motivação religiosa (RI/RE) está associada à sintomatologia depressiva? 2) Será que a probabilidade de apresentar níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, sendo extrinsecamente motivado para a religião, é condicionada por características específicas de personalidade?

De acordo com as questões colocadas, estabeleceram-se como **objectivos**: a) analisar possíveis diferenças nos dois grupos (não-clínico e clínico) relativamente às variáveis em estudo; b) Observar as associações entre as variáveis em estudo nos dois grupos; c) Investigar a associação entre as características de personalidade, a orientação da motivação religiosa e os níveis de sintomatologia depressiva. Também pretendemos verificar em que medida um teste projectivo poderá acrescentar conhecimento e evidência estatística aos resultados já obtidos noutras investigações (através dos

modelos factoriais de traços de personalidade e instrumentos de auto-avaliação). No seguimento de Bucher (1979), Martins, V. (2011) e Gonçalves, B. (2002), pretendemos demonstrar que o Teste de Szondi é um instrumento sensível à depressão e que revela diferenças significativas entre os perfis de indivíduos com depressão e os perfis de sujeitos da população geral.

Assim, a partir desta investigação, pretendemos responder às seguintes **questões de investigação**: a) Existirão diferenças significativas quanto às características de personalidade em sujeitos deprimidos e não deprimidos? b) Existirão diferenças significativas relativamente à orientação da motivação religiosa nas duas amostras clínica e da população geral? c) Existirão diferenças significativas quanto às características de personalidade em sujeitos com diferenças na orientação religiosa?

Tendo em conta os resultados obtidos em estudos anteriores mencionados na revisão de literatura formulámos **três hipóteses**:

H1 – Esperamos encontrar (nos resultados do Teste de Szondi) diferenças significativas entre os perfis de sujeitos deprimidos (amostra clínica) e sujeitos sem depressão (amostra da população geral);

H2 – Esperamos encontrar diferenças significativas nos níveis de depressão (Escala CES-D) consoante a orientação religiosa, “mais ou menos intrínseca” ou “mais ou menos extrínseca”, do sujeito;

H3 – Esperamos encontrar (nos resultados do teste de Szondi) diferenças significativas nos perfis de sujeitos com religiosidade “mais intrínseca” vs. “menos intrínseca” e “mais extrínseca” vs. “menos extrínseca”.

Esta investigação apoia-se em outras realizadas no âmbito de dois projectos actualmente em curso na FPUL (“Depressão e Szondi” e “Religiosidade e Depressão”). Relativamente ao trabalho realizado anteriormente, distingue-se nos seguintes aspectos: 1) Embora o número total de participantes seja pouco significativo comparamos os resultados da amostra clínica com os resultados de uma amostra da população geral, aumentando e actualizando o seu número e registo para estudos posteriores; 2) são considerados sujeitos deprimidos internados e sujeitos deprimidos acompanhados em ambulatório; 3) relacionamos as três variáveis *simultaneamente*.

Assim, pretendemos mostrar que a intervenção especializada junto do paciente deprimido deve considerar estas características de personalidade. Juntamente com a adopção de uma orientação religiosa favorável e em conformidade, estas duas variáveis

poderão ajudar mais efectivamente no tratamento da doença, contribuindo para um melhor prognóstico. Valorizar as duas variáveis no tratamento da depressão reforçará a compreensão teórica do problema e tornará mais consistente a sua actuação do ponto de vista metodológico e diferencial.

2.2. Amostragem

Foram constituídas duas amostras independentes, uma amostra da população geral portuguesa e uma amostra clínica com perturbação depressiva.

A amostra representativa da população geral é uma amostra de conveniência, constituída por 44 sujeitos de ambos os sexos, residentes na região de Lisboa, com idades compreendidas entre os 20 e os 61 anos. O recrutamento dos participantes foi realizado através de solicitação pessoal dos investigadores que tentaram, tanto quanto possível, uma equiparação das características sociodemográficas nas duas amostras, excluindo a participação de estudantes universitários. Segundo o relato dos próprios sujeitos, nenhum deles foi assistido, esteve internado ou foi alvo de diagnóstico psiquiátrico até à data.

A amostra clínica é constituída por 33 sujeitos, de ambos os sexos, residentes na região de Lisboa, com idades compreendidas entre os 31 e os 72 anos de idade, assistidos em ambulatório ou internamento em instituições de saúde mental de Lisboa. O critério de inclusão nesta amostra compreende o diagnóstico clínico de depressão (sem sintomas psicóticos e sem história passada de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos), descrito no processo clínico do doente e resultado da avaliação psicológica e clínica segundo os critérios de Classificação do CID-10. No caso dos sujeitos internados, o tempo de internamento variou entre 3 semanas a 4 meses. Foram excluídos os sujeitos que, embora tenham sido sinalizados com diagnóstico de depressão, apresentaram mais tarde sintomas não compatíveis com os critérios de inclusão na amostra. A selecção teve por base a disponibilidade, interesse e capacidade de participação dos pacientes, de acordo com os critérios de inclusão na amostra. Alguns dos participantes assistidos no Grupo Terapêutico e na consulta externa já haviam estado anteriormente internados no Hospital. Todos os participantes da amostra clínica estão actualmente medicados para a depressão e alguns deles tentaram o suicídio. A amostra clínica de 33 sujeitos compreende os dados recolhidos pelas investigadoras Vanessa Martins e Sílvia Pires. Nos estudos estatísticos em que foram consideradas simultaneamente a amostra clínica, a sintomatologia e variáveis de

natureza religiosa (utilização de resultados do QPR e EOR) tivemos que passar a considerar como amostra clínica apenas um total de 14 sujeitos (que responderam tanto à Escala CES-D, como à QPR e à EOR). No estudo anterior (Martins, 2011), não se havia justificado a recolha de informação relativa à religiosidade.

2.3. Procedimento

Relativamente à amostra clínica, e após deferido o pedido formal de autorização à Comissão de Deontologia das três instituições, os participantes foram referenciados para o estudo pelo psicólogo ou psiquiatra da instituição. Os critérios de inclusão da amostra foram salientados pela investigadora, de forma a evitar situações de exclusão devido a co morbilidade. Foi posteriormente definido um horário para encontro com cada participante, tendo em conta as condicionantes logísticas dos serviços. Os participantes da amostra de conveniência representativa da população geral foram contactados pessoalmente. Foi entregue a cada participante uma folha com informação sobre o estudo (Anexo), garantindo confidencialidade, assinada pela investigadora. Foi pedido o consentimento informado escrito para colaborar na investigação.

A fase de recolha de dados foi realizada em 5 sessões com cada um dos participantes, com uma duração de aproximadamente, 30 minutos cada: 1ª Sessão - Questionário Sociodemográfico, Questionário de Experiência Religiosa e primeira passagem do Teste de Szondi; 2ª Sessão - Aplicação da Escala de Depressão CES-D e segunda passagem do Teste de Szondi; 3ª Sessão – Aplicação da Escala de Orientação Religiosa (Gorsuch & McPherson, 1989), e terceira passagem do Teste de Szondi; 4ª Sessão - quarta passagem do Teste de Szondi; 5ª Sessão - quinta passagem do Teste de Szondi. Posteriormente, procedeu-se à inserção, análise e discussão dos resultados através do tratamento estatístico dos mesmos (SPSS; STATISTICA). O tratamento e análise estatística dos dados do Teste de Szondi foram realizados pelo orientador desta dissertação, Professor Doutor Bruno Gonçalves, tendo colaborado na sua inserção a Dra. Rita Rodrigues.

2.4. Instrumentos

2.4.1. Questionário sociodemográfico (Anexo 2). Foi adaptado especificamente para esta investigação e serviu como guião num primeiro contacto com o participante. A informação recolhida contempla: idade, sexo, habilitações escolares, estado civil, situação profissional actual, agregado familiar e rendimento mensal.

2.4.2. *O Questionário de Prática Religiosa* (Anexo 3). Foi utilizado para caracterizar as amostras, do ponto de vista da prática religiosa e do nível de envolvimento religioso dos indivíduos. Contempla algumas das variáveis influentes já discutidas na revisão de literatura (Capítulo 1), nomeadamente, os hábitos de oração e de reconciliação, a participação em cerimónias religiosas e respectiva frequência. Os resultados obtidos nos vários itens foram convertidos numa Escala de Prática Religiosa. Nesta investigação utilizámos separadamente um item, “*católico praticante*”, que consta da primeira alínea do QPR (filiação e prática religiosas) em estudos estatísticos, dicotomizado, em 0 (outros) e 1 (católico praticante).

2.4.3. *Teste de Szondi*. O material do teste é constituído por seis séries de fotografias a preto e branco, representativas dos pacientes com um dos factores particularmente elevado, de ambos os sexos, com a face totalmente visível. Cada uma das seis séries comporta oito fotos: uma foto de um homossexual (h), de um sádico (s), de um epiléptico (e), de um histérico (hy), de um esquizofrénico catatónico (k), de um esquizofrénico paranóide (p), de um depressivo melancólico (d) e de um maníaco (m), num total de 48 fotos. A aplicação do teste executa-se em duas fases. Colocam-se perante o sujeito as oito fotos da primeira série, em dois escalões de quatro fotos, seguindo a ordem prescrita pelo número árabe ao centro de cada foto que indica o número de ordem de cada foto na série (1,2,...,8). Para cada série o sujeito é convidado a identificar duas fotografias mais simpáticas e duas mais antipáticas. A segunda fase de administração do teste utiliza as fotos não escolhidas na primeira fase. Pede-se então que escolha as duas fotos mais antipáticas das quatro, tomando as duas fotos restantes de cada série como relativamente mais simpáticas. O teste de Szondi, em contexto clínico, inclui normalmente entre 5 a 10 perfis, obtidos em dias diferentes. Administrações sucessivas do teste devem ser separadas por um intervalo mínimo de 24 horas.

2.4.4. *Escala de Depressão CES-D - Centro de Estudos Epidemiológicos* (Gonçalves & Fagulha, 2004), (Anexo 4). A sintomatologia depressiva foi avaliada pela versão portuguesa da *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale*, desenvolvida por L.S. Radloff (1977) e adaptada por Gonçalves e Fagulha (2004). Segundo Radloff (1977) esta Escala foi concebida para medir o grau actual de sintomatologia depressiva, enfatizando a componente afectiva e o humor depressivo. Pode também ser utilizada em contexto clínico, embora os seus itens não correspondam exactamente aos critérios do

DSM ou da CID (Gonçalves, B & Fagulha, T., 2004). É constituída por 20 itens que representam as componentes mais importantes da sintomatologia depressiva, identificadas a partir da literatura clínica e dos estudos de análise factorial. É avaliada a frequência da ocorrência destes sintomas depressivos na última semana, através de uma escala de 4 pontos: 0 - “nunca ou muito raramente”, 1- “ocasionalmente”, 2 - “com alguma frequência”; 3 - “com muita frequência/sempre”. O resultado total da escala é obtido através do somatório dos itens, podendo variar entre 0 e 60. Quanto maior o resultado total, maior é a intensidade da sintomatologia expressa pelo indivíduo. Os autores da adaptação para a população portuguesa (Gonçalves, B & Fagulha, T., 2004) propuseram um ponto de corte de 20. Nos sujeitos com resultado igual ou superior a 20, a probabilidade da presença de depressão clínica deve ser tida em conta. Na nossa investigação, a CES-D será usada para confirmação do diagnóstico clínico previamente estabelecido nos sujeitos da amostra de deprimidos. Iremos analisar a intensidade sintomatológica de cada um dos sujeitos. A CES-D não permite fazer um diagnóstico dicotómico sobre a presença ou ausência de uma perturbação depressiva, mas sim fazer uma avaliação da intensidade sintomatológica depressiva. Pode no entanto ser usada para efeitos de triagem/despiste inicial ou para avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva. (Gonçalves. & Fagulha., 2004).

2.4.5. *Escala de Orientação Religiosa* (versão portuguesa de Linhares, 2009, da *Intrinsic/Extrinsic Scale - Revised (I/E-R)* de Gorsuch & McPherson, 1989).

Esta escala foi utilizada como medida de religiosidade. Esta versão revista pretende aumentar a validade da Escala original de Allport e Ross (1967). A versão utilizada compreende 14 itens. Os itens 1, 3, 4, 5, 7, 10, 12 e 14 correspondem à escala de religiosidade Intrínseca, os itens 6, 8 e 9 correspondem à escala de religiosidade Extrínseca-Pessoal e os itens 2, 11 e 13 à escala de religiosidade Extrínseca-Social. As respostas são dadas numa escala de Likert de cinco pontos, com as seguintes opções e respectivas pontuações: 1- “Discordo totalmente”, 2-“Discordo em Parte”, 3-“Não tenho a certeza”, 4-“ Concordo em Parte”, 5-“Concordo totalmente”. Aquando da sua cotação é obtido um valor para as subescalas de RI, RE (Total), REep e REes. Tendo em conta o contributo da Irmã Rosilene Linhares, considerámos a organização dos itens desta escala divididos em *factor 1* (agrupa itens 1,4,5,6,7,8,9,12, subescala Intrínseca/Extrínseca Pessoal), *factor 2* (agrupa os 3 itens da subescala Extrínseca Social) e *factor 3* (agrupa os itens 3, 10, 14, ditos Extrínsecos “outros”).

2.5. Caracterização das Amostras

No grupo de sujeitos sem diagnóstico psiquiátrico (Grupo 1) foram recolhidos 44 protocolos. Foram também recolhidos dados de 14 sujeitos com perturbação depressiva (Grupo 2; entretanto somados aos 19 recolhidos pela Dra. Vanessa Martins, 2011). As características sociodemográficas das amostras são apresentadas no Quadro 1. Os dois grupos apresentam valores médios semelhantes em termos de idade e proporção de cada um dos géneros, embora o grupo da comunidade inclua participantes com idades inferiores às dos sujeitos do grupo clínico. Quanto às restantes características encontramos as seguintes diferenças: 1) Embora as duas amostras apresentem valores semelhantes para o estado civil casado/união de facto, a amostra clínica apresenta uma maior incidência de divórcios/separações (36,40% comparativamente a 13,60%); 2) relativamente à escolaridade, as diferenças nas duas amostras parecem verificar-se nos extremos – amostra clínica com mais sujeitos com escolaridade inferior ao 2º ciclo do ensino básico (15,20%) e a amostra da comunidade com percentagem superior de indivíduos com pelo menos 12 anos de escolaridade (70.45%).

Quadro 2. Características sociodemográficas das amostras (N=77)

		Grupo 1 (n=44)	Grupo 2 (n=33)
Idade (anos)	Min.-Max.	20-61	31-72
	Média	38,3	47,91
	Desvio Padrão	9,3	9,58
Género	Homens	34,10%	21,20%
	Mulheres	65,90%	78,80%
Estado Civil	Solteiro	25,00%	15,20%
	Casado/União de facto	59,10%	45,50%
	Divorciado/Separado	13,60%	36,40%
	Viúvo	2,30%	3,00%
Nível de escolaridade*	<6 anos	0,00%	15,20%
	6≤x<9	20,45%	9,10%
	9≤x<12	4,54%	30,30%
	12 anos	27,27%	27,30%
	>12 anos	43,18%	18,20%

*Nota: a soma não é 100% porque há dados omissos.

2.6. Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através do *software* IBM SPSS 19© e do *software* **STATISTICA 11**. Realizou-se a estatística descritiva para caracterização das

amostras considerando os dados sociodemográficos e as variáveis de interesse *sintomatologia depressiva, prática e orientação religiosas e características da personalidade* avaliadas com o Teste de Szondi. Analisou-se a significância das diferenças entre as médias das variáveis em estudo nos grupos através do teste *t*-Student para amostras independentes. Efectuou-se o teste Wilcoxon-Mann-Whitney para analisar as diferenças entre os dois grupos nas várias reacções do Teste de Szondi. Estudaram-se as associações lineares entre as variáveis, recorrendo ao Coeficiente de Correlação de Pearson.

Capítulo 3 – Resultados

3.1. Estatística descritiva e análise de diferenças em função do grupo

No Quadro 3, apresentamos as diferenças entre as médias das variáveis sintomatologia depressiva, prática e orientação religiosas e a significância das diferenças observadas (em função da amostra comunidade vs. Clínica, analisada através do teste *t*-student para amostras independentes). Para todas as variáveis, as diferenças em função do grupo são estatisticamente significativas ($p < 0.05$), exceptuando-se as variáveis *factor 3* e *Prática Religiosa (QPR)*. A amostra clínica reporta, em média, mais sintomatologia depressiva, comparativamente à amostra comunitária. O mesmo se verifica para as variáveis *factor 2* e *factor 1*, caso onde é ainda mais notória a diferença. Se atentarmos à Escala EOR, verificamos que a sua pontuação total é superior no caso dos sujeitos deprimidos.

Quadro 3. Estatística descritiva das variáveis em estudo. Diferenças entre as médias das amostras clínica e comunitária (N=58).

	Comunidade (n=44)	Deprimidos (n=14)	t de Student	Sig.
Sintomatologia Depressiva (CES-D)	14,45(8,92)	32,70(12,34)	-7,529	.000
Total EOR	38,07(9,73)	45,93(8,32)	-2,719	.009
Total Subescala RE	4,84(2,56)	7,00(3,74)	-2,445	.018
Factor 1	24,52(8,42)	32,14(6,07)	-3,128	.003
Factor 2	4,84(2,56)	7,00(3,74)	-2,445	.018
Factor 3	8,70(3,11)	6,79(3,31)	1,978	.053
Pratica Religiosa (QPR)	5,07(3,13)	5,36(2,10)	-0,322	.749

Nota: Desvio padrão indicado entre parêntises ao lado da média.

3.2. Análise das correlações

Grupo da comunidade

No Quadro 4 apresentamos as correlações entre as variáveis de interesse, obtidas através do Coeficiente de Correlação de Pearson.

Quadro 4. Correlações entre as variáveis em estudo para o grupo da comunidade, (*p <0,01; n=44).

	1	2	3	4	5	6	7
1 Sintomatologia depressiva	1						
2 Total EOR	.073	1					
3 Total Subescala REes	-,213	,601*	1				
4 fator1	,070	,916*	,407*	1			
5 fator2	-,213	,601*	1,000*	,407*	1		
6 fator3	,214	,155	-,044	-,178	-,044	1	
7 Total QPR	-,005	,582*	,268	,557*	,268	,093	1

Neste Quadro verificamos que a sintomatologia depressiva não apresenta correlação significativa com as outras variáveis. A prática religiosa surge positivamente correlacionada com o agrupamento *factor 1* ($r=0.557$; $p=0,00$), com o total da EOR ($r=0,582$; $p=0,00$) e com o item *católico praticante* (item 1 da Escala QPR; $r=0,817$; $p=0,00$); enquanto o item *católico praticante* se correlaciona significativamente com o total da EOR ($r=0,503$; $p=0,00$), com o total da subescala REes ($r=0,389$; $p=0,01$), com o *factor 1* ($r=0,430$; $p=0,00$) e o *factor 2* ($r=0,389$; $p=0,01$). O *factor 2* apresenta uma associação significativa com o item *católico praticante*, mas o mesmo não se passa com o total da Escala de Prática Religiosa (QPR). Este resultado conduziu-nos à verificação do comportamento dos restantes itens da QPR. Verificámos uma correlação significativa entre o *factor 2* (RE), o item *católico praticante* ($r=0,324$; $p=0,032$), o *comungar* ($r=0,371$; $p=0,013$), a *oração* ($r=0,348$; $p=0,021$), a *confissão* ($r=0,355$; $p=0,018$) e a *participação em outras actividades da paróquia* ($r=0,419$; $p=0,005$). O *factor 1* está correlacionado significativamente com estes itens e, também, com a *educação religiosa/comunhão* ($r=0,345$; $p=0,022$), a *frequência da cerimónia religiosa* ($r=0,395$; $p=0,008$) e a *preferência pelo casamento religioso* ($r=0,526$; $p=0,00$).

Grupo com perturbação depressiva

No Quadro 5 apresentamos as correlações obtidas através do Coeficiente de Correlação de Pearson para a amostra clínica.

Quadro 5. Correlações entre as variáveis em estudo para a amostra clínica (*p <0,01; n=14).

		1	2	3	4	5	6	7
1	Sintomatologia depressiva	1						
2	Total EOR	,081	1					
3	Total Subescala REes	,233	,668	1				
4	fator1	,114	,815	,325	1			
5	fator2	,233	,668	1,000	,325	1		
6	fator3	-,270	,262	-,050	-,155	-,050	1	
7	Total QPR	,371	,279	,304	,388	,304	-,354	1

Assim, para este Grupo, as correlações significativas são menos abundantes retringindo-se às associações significativas entre subescalas da EOR.

Os resultados da CES-D revelam coerência com o diagnóstico prévio de Depressão para os sujeitos desta amostra, tendo 84,8% dos sujeitos uma cotação acima de 20, o que revela uma intensidade significativa de sintomas depressivos (Quadro 6). O valor mais elevado foi de 50 e o mínimo de 5 (desvio padrão de 12,3; média de 32,70 e mediana 35).

Quadro 6- Resultados das frequências e percentagens na CES -D consoante a amostra.

Amostra	Intensidade dos sintomas*	Frequência	Percentagem (%)
Clínica (n=33)	<20	5	15,2
	20 ou +	28	84,8
Comunitária (n=44)	<20	34	77,3
	20 ou +	10	22,7

* O ponto de corte considerado é de 20.

3.3. Resultados do Teste de Szondi

3.3.1. Características de personalidade e Depressão

Utilizou-se o Teste não paramétrico U de Mann-Whitney para analisar as diferenças nas duas amostras para as reacções factoriais, considerando o nível de significância $p < .10$ (em anexo consta o Quadro completo com apresentação das frequências das quatro respostas possíveis (0,+,-,±) para cada factor de ambas as amostras. Neste Quadro apresentamos os resultados significativos referentes às frequências das reacções factoriais obtidas para a amostra clínica (G2, n=33) e comunitária (G1, n=44).

Quadro 7. Comparação entre a amostra clínica (n=33) e amostra da comunidade (n=44) relativamente aos factores do teste de Szondi (p < 0,10).

Vector	Factor	Média da Frequência (%)		Soma das ordens		U	Z - Ajustado	Valor-p
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2			
<i>P</i>	hy 0	10,6	18,5	1549	1455	558,5	-1,92	0,054
<i>Sch</i>	p +!	3,2	0,0	1782	1221	660,0	1,75	0,080
<i>C</i>	d +	8,2	23,9	1450	1553	460	-3,12	0,002
	d -	54,7	31,9	2006	998	436,5	3,02	0,003
	d ±	4,6	11,5	1568	1435	578	-1,98	0,048
	d - !	6,5	1,8	1839	1164	603	2,16	0,031
	Σ !! d-	7,8	4,2	1838	1165	604	2,14	0,032
	m -	4,7	14,7	1608	1395	618	-1,6	0,109

Restringindo-nos às reacções factoriais, verificamos diferenças marginalmente significativas no vector Sch (factor p) e no vector P (factor hy). Contudo, os resultados mais significativos estão relacionados com as reacções factoriais d+ e d- remetendo para diferenças nas constelações do vector C. A diferença entre deprimidos e não deprimidos centra-se no factor d. Na amostra clínica verifica-se maior frequência de reacções d+ e menos de d-. O Quadro 8 apresenta as reacções do vector C que dão lugar a diferenças significativas.

Quadro 8. Comparação das frequências (%) do vector C entre as amostras em estudo (p < ,05).

Reacções vectoriais	Média da Frequência (%)		Soma das ordens		U	Z Ajustado	Valor-p
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2			
C ++	6,36	14,75	1558	1445	568	-2,07	0,039
C +-	0,91	6,26	1614	1389	624	-1,97	0,048
C +±	0,0	2,98	1628	1375	638	-2,34	0,019
C - +	45,91	26,62	1971	1033	471,5	2,67	0,008

A partir da análise deste Quadro verificamos que a amostra clínica apresenta maior percentagem de reacções c++ e c+- e c+±. A amostra comunitária apresenta quase o dobro de respostas c-+. Inversamente, o grupo clínico apresenta mais de o dobro das respostas c++ comparativamente ao grupo de indivíduos sem diagnóstico de depressão.

A partir dos resultados obtidos na CES-D, dividimos o conjunto dos sujeitos da amostra clínica e da amostra da população geral em função da maior ou menor sintomatologia depressiva. Utilizámos o ponto de corte de 20, sugerido por Gonçalves e

Fagulha (2004). No Quadro 9 agrupámos a informação relativa às variáveis vectoriais que dão lugar a diferenças significativas ($p < .10$), na comparação entre os sujeitos com menos sintomatologia depressiva ($CES-D < 20$) e os sujeitos com mais sintomatologia depressiva.

Quadro 9. Comparação das diferenças significativas das reacções factoriais ($CES-D - 20$), ($p < .05$).

Factor	Soma das Ordens		U	Z - Ajustado	Valor-p
	Grupo 1 (n=39, CES-D* < 20)	Grupo 2 (n=38, CES-D ≥ 20)			
p +!	1597	1406	665,0	2,00	0,045
Σ !! p+	1597	1406	665,0	2,00	0,045
d +	1359	1644	579,0	-1,88	0,060**
d -	1849	1154	413,0	3,39	0,001

**Diferenças significativas ao nível $p < 0,10$.

No Quadro 9 podemos observar que se verificam diferenças significativas entre as reacções factoriais dos sujeitos dos sub-grupos considerados consoante a menor ou maior sintomatologia depressiva ($CESD < 20$ e $CES-D \geq 20$), relativamente aos factores p e d. As tendências p+ e d- são mais frequentes nos sujeitos com níveis de sintomatologia depressiva inferiores ao ponto de corte 20, sendo estes resultados coincidentes com aqueles já verificados no Quadro 7. Analisando a significância das diferenças encontradas nas frequências das acentuações verificamos que apenas foi encontrada uma diferença significativa em $\Sigma !! p+$ ($p=0,045$), à semelhança do que já acontecer em Martins (2011). É ainda de salientar a diferença significativa encontrada entre as médias de frequência do índice SOZ +(%), índice de Socialização, entre o Grupo 1 (49,003) e Grupo 2 (41,837), superior no Grupo dos menos deprimidos. Explorando como se comporta o vector C, obtemos (Quadro 10):

Quadro 10. Comparação das frequências (%) do vector C ($CES-D - 20$), ($p < .05$).

Vector	Média da Frequência (%)		Soma das ordens		U	Z Ajustado	Valor-p
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2			
C + ±	0,0	2,6	1443	1560	663,0	-2,05	0,040
C - +	47,2	27,9	1789	1214	473,0	2,78	0,005

Assim, para os factores p, hy e para o vector C, as diferenças encontradas para os resultados obtidos com a CESD-D, confirmam as diferenças verificadas em função da divisão de sujeitos por amostra clinica e comunitária.

3.3.2. Características de Personalidade e Religiosidade

Para estudarmos a eventual associação entre as características de personalidade e a religiosidade, comparámos as respostas factoriais e vectoriais dos sujeitos em função do agrupamento *factor 1* proposto pela Irmã Rosilene Linhares (Grupo 0; <29 e Grupo 1; ≥ 29). Utilizámos como ponto de corte o valor 29, igual à mediana do *factor 1*. Daqui em diante serão rejeitados 19 sujeitos da amostra clínica dos quais não dispomos de dados sobre a religiosidade.

Quadro 11. Comparação das frequências (%) das respostas factoriais tendo em conta o Factor 1 (p <,05).

Reacções Factoriais e Vectoriais	Média da Frequência (%)		Soma das ordens		U	Z - ajustado	Valor-p
	Grupo 0	Grupo 1	Grupo 0	Grupo 1			
e - !	4,3	0,7	928,5	782,5	347,5	2	0,046
Σ !! e	4,3	0,7	928,5	782,5	347,5	2	0,046
s 0	4,6	0,0	928	783	348	2,3	0,021
Sch + 0	5,0	0,0	942,5	768,5	333,5	2,55	0,011
C + -	0,7	7,8	767	944	332	-2,28	0,022

Através da análise deste Quadro, verificamos que os sujeitos com valores mais elevados em *factor 1* apresentam uma configuração característica nos factores e e s e nos vectores C e Sch. Efectuámos um Teste de Correlação de Pearson para estudar a associação entre a orientação religiosa intrínseca e extrínseca. Assim, para n= 47, e para p <0,01, obtivemos o valor 0,569.

Com vista a compreendermos a eventual associação entre as características de personalidade e a religiosidade em função da “Orientação externa social” (agrupamento *factor 2*; Irmã Rosilene), comparámos o Grupo 0 (n=31, <4) com o Grupo 1 (n=27, ≥4). Utilizamos como ponto de corte a mediana do *factor 2* (= 4). Apresentamos os resultados obtidos no Quadro 12.

Quadro 12. Comparação das frequências (%) das respostas factoriais tendo em conta o agupamento *Factor 2* ($p < ,05$).

Reacções Factoriais e Vectoriais	Média da Frequência (%)		Soma das ordens		U	Z - ajustado	Valor-p
	Grupo 0	Grupo1	Grupo 0	Grupo 1			
e ±	9,03	22,71	779,5	931,5	283,5	-2,32	0,020
hy -	85,22	71,42	1012,5	698,5	320,5	1,61	0,106
p ±	0,0	3,70	958,5	752,5	374,5	0,91	0,365
C + -	1,29	7,7	845,5	865,5	349,5	-1,78	0,075

Verificamos que os sujeitos com valores mais elevados em *factor 2* apresentam uma configuração característica nos factores e, p e no vector C.

Partindo do resultado total da EOR e dicotomizando, tomando a mediana como critério, ou seja, ≤ 40 (Grupo 0, $n=30$), > 40 (Grupo 1, $n=28$), procedemos à comparação de frequências, tendo obtido os resultados que apresentamos no Quadro 13:

Quadro 13. Comparação das frequências (%) das respostas factoriais tendo em conta o total da EOR ($p < ,05$).

Reacções Factoriais e Vectoriais	Média da Frequência (%)		Soma das ordens		U	Z - ajustado	Valor-p
	Grupo 0	Grupo1	Grupo 0	Grupo 1			
e ±	8,00	23,33	729,0	982,0	264,0	-2,68	0,007
k ±	30,00	14,53	1034,0	677,0	271,0	2,45	0,014
d -	56,3	36,7	1039,0	672,0	266,0	2,42	0,015
s ±	2,00	07,62	824,0	887,0	359,0	-1,02	0,306
P15	5,3	15,95					
SCH14	8,33	0,0					

Através da análise deste Quadro, constatamos que os indivíduos com maior pontuação na EOR, apresentam diferenças significativas associadas aos factores e, s e vector P. Inversamente, os indivíduos com menor pontuação na escala EOR apresentam diferenças nos factores k_{\pm} , d- e no vector Sch.

Com vista a verificar se as diferenças nas características de personalidade são significativas relativamente aos resultados obtidos com a Escala de Prática Religiosa

(QPR), comparámos os resultados obtidos com os sujeitos que responderam “sim” no item 1 da QPR “*católico praticante*” (Grupo 1) com os restantes que assinalaram os outros itens (Grupo 2). Os resultados não parecem ser muito significativos, provavelmente devido ao número reduzido de sujeitos (Quadros 14 e 15).

Quadro 14. Comparação das diferenças significativas entre as frequências (%) das respostas factoriais tendo em conta a filiação e prática religiosas (QPR_católicos praticantes), ($p < ,05$).

Reacções Factoriais	Soma das Ordens		U	Z	Valor de p	Z- Ajustado	Valor de p
	Grupo 1	Grupo 2					
s ±	502,5	1209	218,5	1,62	0,106	1,76	0,079*
Σ !! s-	435,0	1276	286,0	0,39	0,696	1,73	0,083*

*Diferenças significativas ao nível $p < 0,10$.

Quadro 15. Comparação das frequências (%) do vector C (QPR_católicos praticantes), ($p < ,05$).

Factor	Soma das Ordens		U	Z	Valor-p	Z- Ajustado	Valor-p
	Grupo 1	Grupo 2					
d +	476,0	1235	245,0	1,14	0,256	1,66	0,096*

*Diferenças significativas ao nível $p < 0,10$.

Pela análise deste quadro, constatamos um valor significativamente maior da frequência da resposta d+ associado ao item “*católico praticante*”.

Relativamente à análise das diferenças nas características de personalidade e tendo em conta a prática religiosa, comparámos os resultados dicotomizados da Escala de Prática Religiosa (QPR), considerando a mediana como critério de corte (Grupo 0, $n=37$ e Grupo 1, $n=21$) e utilizando o teste U de Mann-Whitney. No Quadro 16 apenas figuram as diferenças que foram assinaladas como mais significativas.

Quadro 16. Comparação das frequências (%) das respostas factoriais tendo em conta a Escala QPR ($p < ,05$). Grupo 0 ($n=37$) e Grupo 1 ($n=21$). Foi considerado o corte a , valor mediana da Escala QPR.

Factores	Média da Frequência (%)		Soma das ordens		U	Z - ajustado	Valor-p
	Grupo 0	Grupo1	Grupo 0	Grupo 1			
h-	20,0	6,67	1205	506,5	275,5	2,19	0,029
K+	12,2	2,9	1201	510	279	2,17	0,03
d+	9,3	24,1	973,5	737,5	270,5	-2,19	0,029
d-	53,7	34,5	1223,5	487,5	256,5	2,16	0,031

Quadro 17. Comparação das frequências (%) das respostas vectoriais tendo em conta a Escala QPR ($p < ,05$). Grupo 0 (n=37) e Grupo 1 (n=21). Foi considerado o corte a

Reacções Vectoriais	Média da Frequência (%)		Soma das ordens		U	Z - ajustado	Valor-p
	Grupo 0	Grupo1	Grupo 0	Grupo 1			
S 0 ±	2,7	8,2	1009,5	701,5	306,5	-1,87	0,061
S- +	9,3	1,9	1195,5	515,5	284,5	2,3	0,022
P 0-	29,2	15,8	1203	508	277	1,86	0,063
Sch 0 -	3,2	17,4	1022,5	688,5	319,5	-1,62	0,105
Sch ± +	6,8	0	1175,5	535,5	304,5	2,26	0,024
C 0 ±	1,1	6,6	675,5	1035,5	332,5	1,7	0,089
C ++	4,9	14,6	700	1011	308	1,77	0,076
C - +	44,5	27,3	497	1214	266	-2,01	0,044

Restringindo-nos às reacções factoriais, verificamos diferenças significativas nos factores h, k e d. As tendências h-, k+ e d- são mais significativas no Grupo com menor prática religiosa e a tendência d+ mais frequente no Grupo com elevada prática religiosa, remetendo para os resultados já encontrados relativamente à amostra clínica. Relativamente aos vectores, verificamos resultados significativos nos vectores S, P, Sch e C. As respostas S 0 ±, Sch 0 - C 0 ± e C ++ surgem associadas ao Grupo com níveis mais elevados de prática religiosa. De salientar que neste Grupo predominam as reacções (0), (S 0 ± Sch 0 - C 0 ±), exceptuando-se o que se passa no vector P (P 0-) e as reacções (+), exceptuando-se relativamente a Sch+, o que remete para os resultados já encontrados em relação às respostas ambivalentes no Grupo do factor 1. No Grupo com níveis mais inferiores de prática religiosa verifica-se uma maior incidência de respostas vectoriais S- +, P 0-, Sch ± + e C - +.

Capítulo 4 – Discussão dos Resultados

4.1 Estatística Descritiva e Correlação

Primeiramente devemos reconhecer que as amostras consideradas são pouco representativas das populações em estudo (n=33 e n=44). No entanto, foi possível verificar que, os resultados associados às **variáveis sociodemográficas**, confirmam os estudos epidemiológicos já realizados sobre a depressão. Assim, verificámos uma maior incidência da doença em indivíduos do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, a situação de separado(a)/divorciado(a) é bastante mais frequente e significativa na amostra clínica, o que consubstancia a abordagem da depressão enquanto resultado da perda do objecto e do seu amor e subsequente dificuldade em canalizar a energia investida nesse objecto interiorizado e idealizado num outro.

Comparando as duas amostras no que respeita ao nível de escolaridade, verificámos que a amostra clínica apresenta um maior número de indivíduos com um nível de escolaridade inferior a 6 anos (extremo inferior). A amostra comunitária apresenta um nível mais elevado de sujeitos com escolaridade superior a 12 anos (extremo superior). Os participantes deprimidos apresentam uma escolaridade menos diferenciada, possivelmente fruto de uma relação biunívoca entre problemas de saúde mental (neste caso, a depressão) e o acesso à valorização escolar e cultural. Outros factores como o desemprego não foram aqui explorados do ponto de vista estatístico, sendo um aspecto a analisar no futuro. A maioria dos indivíduos da amostra clínica está desempregada.

Relativamente à **Escala CED-D**, verificámos que a comparação amostra clínica vs amostra comunitária permite obter sensivelmente os mesmos resultados previstos por esta Escala. Confirmam-se assim os resultados divulgados em estudos anteriores (Gonçalves & Fagulha, 2004, Martins, 2011) que apontam este instrumento como uma medida válida para avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva. As diferenças encontradas para os factores p, hy e para o vector C através dos resultados obtidos com a CES-D, confirmam as diferenças verificadas em função da divisão de sujeitos por amostra (clínica e comunitária).

4.2 Hipóteses formuladas

Relativamente às hipóteses formuladas, podemos assumir que os resultados obtidos também confirmaram a Hipótese 1. Existem diferenças significativas entre os perfis de sujeitos da amostra clínica e da população geral. Verificámos diferenças marginalmente significativas no vector Sch (factor p) e no vector P (factor hy). Contudo, os resultados mais significativos estão relacionados com as reacções factoriais d+ e d-, remetendo para diferenças nas constelações do vector C. A diferença entre deprimidos e não deprimidos centra-se no factor d. Na amostra clinica verifica-se maior frequência de reacções d+ e menos de d-.

A amostra clínica apresenta maior percentagem de reacções c++, c+- e c+±. A amostra comunitária apresenta quase o dobro de respostas c-+. As respostas C+- traduzem a forma autística e depressiva de contacto. Enquanto a reacção C-+ traduz fidelidade e uma ligação estável ao objecto, a tendência d+ destes sujeitos deprimidos traduz a tendência a ficarem “agarrados” ao objecto inicial, aguardando o seu regresso. Remete a uma dispersão resultante de uma procura pouco convicta de um novo objecto de investimento afectivo. Uma procura perpétua que pode prejudicar o desempenho e atenção do sujeito em diversos contextos (Favraux, 2011). As tendências p+ e d- são mais frequentes nos sujeitos com níveis mais baixos de sintomatologia depressiva. A reacção p+ caracteriza a inflação do ego ou egodiástole. A acentuação na amostra comunitária de p+! traduz o perigo de um ego demasiadamente inflacionado. Esta prevalência de p+ na amostra da comunidade pode também estar relacionada com o nível sociocultural elevado dos sujeitos (Gonçalves, 1999). A diferença significativa encontrada entre as médias de frequência do índice SOZ +(%), índice de Socialização, na amostra de sujeitos com menor nível de sintomatologia depressiva, é facilmente explicada pela facilidade de relacionamento interpessoal característico de indivíduos com menores índices desta sintomatologia.

Relativamente à amostra de sujeitos deprimidos, não confirmámos os resultados dos estudos anteriores relativos às respostas e-. A acumulação de tendências agressivas mediadas por hy- que implica um sentimento de vergonha e pudor colectivos e que leva o sujeito à repressão moral dos afectos brutais vividos em e- (Derleyn, 2008 cit por Martins, 2011). Também não obtivemos respostas significativas em h+ ou h+! (como

Bucher) característica em pacientes internados em contexto hospital (na nossa amostra, n=14). Os sujeitos deprimidos nesta amostra apresentaram maior frequência de respostas m-, e não m+ como sucedeu em Martins (2011). Os indivíduos deprimidos deste estudo correspondem a sujeitos que tendem a procurar perpetuamente um novo objecto que suplante o amor do antigo, mas fazendo-o sem grande sustentação, de modo dispersivo, sentindo-se continuamente sós, isolados e não valorizados devidamente. No decurso deste processo com pouca ligação à realidade, as suas relações e investimentos afectivos são marcados pela instabilidade e “infidelidade” face ao objecto de investimento.

Analisando o Quadro 3, relativo à estatística descritiva das variáveis em estudo, e no que se refere à análise das diferenças entre as suas médias nas amostras clínica e comunitária, concluímos que os totais obtidos nas Escalas CES-D e EOR são superiores na amostra clínica, bem como nos agrupamentos *factor 1* e *factor 2*. Estes resultados apoiam a Hipótese 2.

Verificam-se realmente diferenças significativas nos níveis de depressão consoante a religiosidade do sujeito. Esta diferença é ainda mais significativa relativamente ao *factor 1*, representativo, segundo Linhares (2009), de um tipo mais maduro ou intrínseco de religiosidade. Podemos contrapor este facto aos dados existentes na literatura que advogam que, quanto maior a religiosidade do indivíduo, mais baixo o seu nível de desconforto psicológico (Koenig 1995; Pargament, 1997; Ross, 1990). Particularmente quanto à gestão do stress, alguns autores associam a religiosidade intrínseca a uma forma adaptativa de “coping religioso” (Bjorck et al, 1993). A forma como a religião auxilia no confronto com situações dolorosas depende da concepção que se tem de Deus, dos rituais, formas de oração e outras experiências religiosas como a conversão (Hold et. al, 1996). Quanto à relação entre religião e saúde mental, não existe um consenso, existindo autores que defendem a associação da religião a altos graus de neuroticismo e prejuízo para a saúde dos indivíduos.

Pfeifer e Waelty (1995) concluem que o compromisso religioso está correlacionado positivamente com a satisfação com a vida e negativamente com o neuroticismo, sendo que esta associação religião-neuroticismo se deve a personalidades de base patológica. As perturbações mentais podem afectar as crenças e expressões religiosas (Argyle, 1959; cit por Oliveira, 2000). Não é a religião que perturba o

funcionamento psicológico do sujeito, mas sim a sua predisposição de base para o desenvolvimento de neurose ou psicose (Caird, 1987; cit por Oliveira, 2000).

Recorrendo a um teste projectivo, o Teste de Szondi, e na linha dos estudos referidos no Capítulo 1 que utilizam instrumentos de avaliação da personalidade na linha de Eysenck, conseguimos mostrar que os indivíduos com maiores níveis de sintomatologia depressiva e maior pontuação total na Escala EOR (*e no factor 1*) apresentam características de personalidade já de si mais predisponentes ao desenvolvimento de doença mental: e_{\pm} , hy^{-} , p_{\pm} , c^{+-} , $e^{-!}$, s_0 , $Sch+0$, s_{\pm} e d^{+} . Kiss, E. (2005), já mencionado no Capítulo 1, havia já associado os factores p^{+} , e^{+} , e^{-} , hy^{-} , e d^{+} à ansiedade e depressão. Assim os indivíduos com maior pontuação na Escala EOR (*e factor 1*) acusam a presença de um conflito ético e moral latente, que parecem resolver através de um processo inflativo de união e adoração a um ser transcendente e onipotente. Os indivíduos com resultados mais baixos na EOR (*e factor 1*), apresentam uma acumulação de tendências agressivas, de não aceitação da autoridade que vem de fora ($e^{-!}$), um conflito moral que resolvem através de hy^{-} , que conduz o sujeito à repressão de desejos e afectos incompatíveis com os seus princípios morais, éticos e religiosos.

Por outro lado, o nosso estudo revela que o mesmo se passa para o Grupo com maior pontuação na Escala de Prática Religiosa, relativamente às respostas d^{+} , S_0_{\pm} , Sch_0^{-} , $C0_{\pm}$ e C^{++} e ao item “*católico praticante*”. A análise das diferenças entre as amostras no que se refere ao item católico praticante acusou uma diferença muito significativa (acentuação) na tendência s^{-} , que remete para a humildade, doação de si, espírito de sacrifício, desejo de dar e proteger, que caracteriza os princípios universais da religião, ocidental ou islâmica.

Os indivíduos com maior pontuação na EOR, apresentam diferenças significativas associadas aos factores e , s e vector P , tal como acontece nos indivíduos mais deprimidos (amostra clínica e/ou níveis mais elevados da CES-D). Inversamente, os indivíduos com menor pontuação na escala EOR apresentam diferenças nos factores k_{\pm} , d^{-} e no vector Sch . O mesmo se verifica na amostra comunitária e no grupo com níveis inferiores de sintomatologia depressiva.

Em relação à *Hipótese 3* (diferenças significativas nos perfis de sujeitos consoante a sua orientação religiosa), verificámos que os sujeitos com valores mais elevados no agrupamento *factor 1* (subescala Intrínseca/Extrínseca Pessoal, itens

1,4,5,6,7,8,9 e 12) apresentam uma configuração característica nos factores e e s e nos vectores C e Sch (e - !, Σ !! e, s 0, Sch + 0, C + -). Os sujeitos com valores mais elevados do *factor 2* apresentam uma configuração característica nos factores e, p e no vector C (e ±, hy-, p±, C+-).

No factor e são muito frequentes os sinais de tensão e dilema subjectivo (o dilema “ético”, entre o bem e o mal) e mais raros os sinais de acumulação de agressividade. A diferença no factor p é curiosa: os sujeitos com valores mais elevados em religiosidade intrínseca parecem tender a projectar e a participar dessas projecções. Finalmente no factor d encontramos sujeitos com valores mais elevados em religiosidade intrínseca, uma posição muito mais aberta ao encontro e à procura (d0, d+), por contraste com a posição mais retraída e “conservadora” dos sujeitos com valores mais baixos em religiosidade intrínseca.

Segundo Szondi, a luta ética sã entre o bem e o mal pode ser expressa pela luta entre dois grupos de tendências diametralmente opostas: 1) (e+) atitude conscienciosa, tolerância, bondade de coração, gosto em servir, fé em Deus, cuidar do outro; 2) (e-) sem censura/consciência moral, intolerância, blasfémia, alegria pelo mal do outro e malícia. Através da sua ligação ao factor hy, o combate entre estes dois conjuntos de tendências caracteriza a pulsão humana fundamental à ética e à lei interior. A censura ética e a censura moral apresentam uma forma/constelação própria e podem relacionar-se com a depressão, entre outras patologias. A primeira (de natureza masculina) parece estar presente nas neuroses obsessivas e, a segunda, (de natureza feminina), está associada à depressão.

4.3 Orientação e Prática Religiosas

Analisando o Quadro 4, relativo às correlações encontradas entre as variáveis em estudo, verificamos uma associação previsível entre os *factores 1* e *2* e o Total da EOR e uma correlação bastante significativa entre o Total da QPR, o Total da EOR e o *factor 1*. Curiosamente não verificámos uma associação positiva entre o Total da QPR, o *factor 2* ou o Total da Subescala REes. Assim podemos constatar que a prática religiosa surge positivamente correlacionada com o agrupamento *factor 1*, com o total da EOR e com o item *católico praticante*; o *factor 2* correlaciona-se significativamente com este item, com o comungar, a oração, a confissão e a participação em outras actividades da paróquia. O *factor 1* está correlacionado significativamente com estes itens e também

com a educação religiosa, a frequência da cerimónia religiosa e a preferência pelo casamento religioso.

Com vista a verificar se as diferenças nas características de personalidade são significativas relativamente à prática religiosa (QPR), comparámos os católicos praticantes (Grupo 1; n=14) com os outros (Grupo 2; n=44). Os resultados não parecem ser muito significativos, provavelmente devido ao número reduzido de sujeitos considerado (Quadros 12 e 13). Restringindo-nos às reacções factoriais, verificamos diferenças significativas nos factores h, k e d. As tendências h-, k+ e d- são mais significativas no Grupo com menor prática religiosa e a tendência d+ mais frequente no Grupo com elevada prática religiosa, remetendo para os resultados já encontrados relativamente à amostra clínica. Relativamente aos vectores, verificamos resultados significativos nos vectores S, P, Sch e C. As respostas S 0±, Sch 0-, C 0± e C ++ surgem associadas ao Grupo com níveis mais elevados de prática religiosa. De salientar que neste Grupo predominam as reacções (0), (S 0±, Sch 0- e C 0±), exceptuando-se o que se passa no vector P (P 0-) e as reacções (±), exceptuando-se Sch+, que remete para os resultados já encontrados em relação às respostas ambivalentes no Grupo do *factor 1*. No Grupo com níveis mais inferiores de prática religiosa verifica-se uma maior incidência de respostas vectoriais S- +, P 0-, Sch ± + e C - +.

A fonte de energia da função diastólica do eu deriva da força pulsional para *ser* (p), em oposição ao *ter* (k). No início da vida, o indivíduo projecta a força da sua existência na mãe (existência dual). Mais tarde, desloca-a para as figuras de autoridade e objectos de amor. Por outro lado, pode retirá-la dos objectos exteriores ou ainda incorporar em si mesmo outros objectos. Esta situação, quando extremada, pode assumir uma forma patológica de dilatação do eu, ambitendência ou inflação patológica. Se o eu transfere a força da sua existência para a sua instância suprema (o espírito), então torna-se religioso e crente em Deus. Nos povos primitivos (k0, k+, Sch 0-! ou Sch +-!!) existia uma participação mística original (Levy-Bruhl cit por Favraux, 2011). O indivíduo atribuía a força da sua existência ao objecto totémico. Este facto pode ser relacionado com o estado de confiança básica e identidade do eu de E. Eryckson. Szondi situa neste nível o significado e essência de todas as espécies de participação de natureza mística. A hipertonia da projecção indica um nível elevado de união místico-religiosa com o objecto totémico (p-!, p-!!, p-!!!). A semelhança entre os “perfis pulsionais” dos primitivos e o perfil projectivo paranóide do homem actual revela que a

nossa cultura é incapaz de assegurar ao homem civilizado a confiança básica. Relativamente às amostras em estudo verificámos que as tendências h-, k+ e d- são assim significativas no Grupo com menor prática religiosa, verificando-se ainda uma maior incidência de respostas vectoriais S-+ PO- Sch $\pm\pm$ e C-+.

Capítulo 5 – Conclusão

Este estudo confirma as hipóteses formuladas relativamente à relação entre depressão, características de personalidade e religiosidade. O Teste de Szondi mostrou ser um teste sensível à depressão e à identificação de diferenças de personalidade relacionadas com a religiosidade.

Assim, encontrámos diferenças significativas e tendencialmente significativas entre os perfis dos indivíduos com depressão e os sujeitos sem depressão, tal como Bucher (1979) e Martins (2011) haviam sugerido. No entanto, o perfil da amostra clínica (deprimidos) confirma apenas parcialmente os resultados de investigações anteriores ao nível dos vectores Sch, P e C. Obtivemos uma correlação significativa entre as escalas EOR e QPR, sendo que os indivíduos com maior pontuação na Escala EOR apresentaram níveis de sintomatologia mais elevados. Estes resultados verificaram-se quando comparadas as médias entre as amostras clínica e comunitária, e quando foi efectuada esta comparação tendo como critério de corte o valor 20 da Escala CES-D. Assim, verificou-se a validade desta escala relativamente à avaliação da sintomatologia depressiva (Gonçalves & Fagulha, 2004).

Este estudo confirma a validade da escala CES-D e a especificidade do esquema pulsional de Szondi quer em relação à sintomatologia depressiva, quer em relação à variável religiosidade. No entanto as amostras consideradas revelaram-se muito pouco representativas da população geral. No futuro seria interessante aprofundar o estudo da relação entre as características de personalidade e a religiosidade dos sujeitos, designadamente no que concerne à resolução do dilema e conflito ético e religioso (e-/hy-) e ao processo de sublimação do factor e; estudo a ser efectuada com maior profundidade e com amostras representativas da população em estudo.

Referências Bibliográficas:

Abbad, G., Torres, C.V. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierarquica em psicologia organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 7, 19-29.

Aghii, M., Aliniya, R. (2012). The investigation of the relationship between religious orientation and suicide thought among students. *Journal of Basic and Applied Scientific Research*, 2 (3) 2956-2961.

Allport, G.W., & Ross, J.M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5 (4), 432 – 443.

Alston, W.P.; Religion: General definitions and characteristics. In Edwards, P. (Ed.) *The Encyclopedia of Philosophy* v.7, p.141-144. Macmillan, London 1982. (apud Levin e Vanderpool 1987).

Amaro, J.W.E. *Psicoterapia e Religião*. Lemos, São Paulo, 1996

American Psychiatric Association : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth edition - DSM - IV. Washington D.C., 1994.

American Psychiatric Association Task Force on Meditation Position Statement on Meditation. *American Journal of Psychiatry* v.134: p.6., 1977.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* third edition-revised (DSM III-R). Washington DC: American Psychiatric Association Press. (1987).

Anderson, D. A.; *Spirituality and Systems Therapy: Partners in clinical practice*. *Journal of Pastoral Psychotherapy* v.1 (1), p.19-31, 1987.

Andreasen, N. & Noyes, Jr., R. Suicide attempt by self-imolation. *American Journal of Psychiatry* v.132, p.554-556, 1975.

APA - The Committee on Psychiatry and Religion. (report 132). American Psychiatry Press, Washington DC. 1992. *Leaders and Followers: A Psychiatric Perspective on Religious Cults*.

Argyle, M. & Beit-Hallahmi; *The Social Psychology of Religion*. Routledge & Kegan Paul, London, 1975.

Arteburn, S. & Felton, J. *Toxic Faith: Understanding and Overcoming Religious Addiction*. Nashville (TN). Oliver Nelson 1991.

Azhar, M.Z.; Varma, S.L., Dharap, A.S.: Religious Psychotherapy in anxiety Disorder patients. *Acta Psychiatr. Scand.* v.90, p.1-3, 1994.

Baasher, T.; *The Arab Countries*. In Howells JG (ed.) *World History of Psychiatry*. Brunner / Mazel. New York, 1975.

Back, K.W. & Bourque, L.B.; (1970) Can feelings be enumerated? Behavioral Science v.15, p.487-496, 1970. (apud Prince (1992) e Valla e Prince 1989).

Bagby, R.M., Joffe, R.T., Parker, J.D.A., Levitt, A. & Harkness, K.L. (2002). Major Depression, Chronic Minor Depression, and the Five-Factor Model of Personality. *European Journal of Personality*, 16, 271-281

Balfour, A. & Hamilton, C.M.; Attempted Suicide in Glasgow. British Journal of Psychiatry v.109, p.609-615, 1963.

Bandura, A.; Principles of behavior modification. New York, Holt, 1969.

Bankston, W.B.; Allen, H.D. & Cunningham, D.S. Religion and suicide: A research note on sociology's "one law". Social Forces v.62, p.521-528, 1983. (apud Stack 1992).

Barnhouse, R.T. How to evaluate patients religious ideation. I, Robinson, L.H. Ed. Psychiatry and religion: Overlapping concerns. Washington DC, American Psychiatric Press. 1986

Batson, C.D. & Ventis, W.L. The religious experience. New York, Oxford University Press. 1982.

Bearon, L.B.; Koenig, H.G. . Religious cognitions and use of prayer in health and illness. Gerontologist v.30 (2), p.249-253, 1990.

Beck, R. & Jessup, R. K. (2004). The Multidimensional Nature of Quest Motivation. *Journal of Psychology and Theology*, 32(4), 283-294.

Bergin, A. E. (1983). Religiosity and mental health: A critical reevaluation and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 170-184.

Bergin, A. E., Masters, K. S., & Richards, P. S. (1987). Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 197-204.

Blazer, D.(2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58A, M249-M265.

Boey, K.W. (2003). Religiosity and psychological well-being of older women in Hong Kong. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 8, 921-935.

Brown, D.R., Johnson, E.P., Parrish, M.S.(2007??). Spirituality Assessments: Limitations and Recommendations

Bucher, R. (1979). *Depressão e melancolia, estudo histórico e psicopulsional sobre a estrutura e classificação dos estados depressivos*. Rio de Janeiro: Zahar. (Obra original, 1975).

Burris, C. T. (1994). Curvilinearity and Religious Types: A Second Look at Intrinsic, Extrinsic, and Quest Relations. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 4, 245 – 260.

Campos, R.C. (2009). *Depressivos somos nós. Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Almedina.

Daniel K. J. (1999). “Religious Affiliation and Mental Health”. *Religion, Mental Health, and the Latter-day Saints*, ed. Daniel K. Judd, Religious Studies Center, Brigham Young University, 245–280.

Dein, S. (2006) Religion, spirituality and depression: implications for research and treatment. *Primary care and community psychiatry*, 11(2), 67-72.

Dias, C. (2011). Religiosidade intrínseca e extrínseca: Implicações no bem-estar subjectivo de adultos de meia-idade. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Donahue, M.J. (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: Review and metaanalysis. *Journal of Personal and Social Psychology*, 48 (2), 400 – 419.

Eliassen, A.H., Taylor, J., Lloyd, D.A. (2005). Subjective Religiosity and Depression in the Transition to Adulthood. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(2): 187-199.

Faria, J.B., Seidl, E.M. (2005). Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de saúde e Doença: Revisão da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (3): 381 – 389.

Favraux, E. (2011). *L. Szondi. Manuel du Diagnostic Experimental Des Pulsions*. V.1. Edição do autor.

Favraux, E. (2011). *L. Szondi. Manuel du Diagnostic Experimental Des Pulsions*. V.1. Edição do autor.

Feifel, H. (1958). Symposium on relationships between religion and mental health. *American Psychologist*, 13, 565-579.

Fleck, M.P., Borges, Z.N., Bolognesi, G. & Rocha, N.S. (2003). Desenvolvimento do Whoqol, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, 37 (4): 446 – 55.

Flere, S.J., Lavric, M.(2007). Is intrinsic religious orientation a cultural specific American Protestant concept? The fusion of intrinsic and extrinsic religious orientation among non-Protestants. *European Journal of Social Psychology (in press)*.

Fromm, E. (1962). *Psicanálise e Religião*. Livro Ibero-Americano, 2ªed prt, Rio de Janeiro, Brasil.

Gomes, A (2011). Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. *Estudos de Religião*, 25 (40): 81-109.

Gonçalves, B. (1991). As respostas dos esquizofrénicos ao Teste de Szondi: estudo tipológico. *Revista Portuguesa*

Gonçalves, B. (1996). O teste e a teoria de Szondi: enquadramento histórico e exemplo de investigação com adolescentes surdos. *Psychologica*, 15, 101 – 106.

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). The Portuguese Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CED - D). *European Journal of Psychological Assessment*, 20 (4): 339 – 48.

Gonçalves, B. (S/ Data). *A Teoria de L.Szondi*. Texto elaborado para a cadeira de Modelos de Personalidade (FPCEUL/2002).

Graham, M. D. (2001). A Phenomenological study of quest-oriented religion. Tese.

Guimarães, H., & Avezum, A. (2007). O impacto da espiritualidade na saúde física. Revisão de literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica* 34, 88 – 94.

Dirilen-Gumus, O. (2010), The effect of religiosity on political ideology via value types and personality traits: a comparison between Turkey and USA. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5(2010), 12-17.

Hall, T.W., Edwards, K.J. (2002). The Spiritual Assessment Inventory: A Theistic Model and Measure for Assessing Spiritual Development. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(2), 341-357.

Hereck, G.M. (1987). Religious orientation and prejudice: A comparison of racial and sexual attitudes. *Personality and social Psychology Bulletin*, 13(1), 34 – 44.

Irigaray, T. Q. & Schneider , R.H. (2007). Características de personalidade e depressão em idosos da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* 29(2), 169 – 175.

King, J.E., Crowther, M.R.(2004). The measurement of religiosity and spirituality: examples and issues from psychology. *Journal of Organizational Change Management*, 17(1), 83-101.

King, M. B., & Hunt, R. A. (1975). Measuring the religious variable: National replication. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 14, 13-22.

Kunin, 2003

Larson, D. B., Pattison, E. M., Blazer, D. G., Omran, A. R., & Kaplan, B. H. (1986). Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978-1982. *American Journal of Psychiatry*, 143, 329-334.

Legrand, M (1979). *Leopold Szondi. Son test, sa doctrine*. Bruxelas: Pierre Mardaga.

Linares, R. (2009). Escala de Orientação Religiosa (versão para estudo).

Loewenthal, K. (2006). *Religion, Culture and Mental Health*. Cambridge University Press.

Martins, V. (2011). A Depressão no Teste de Szondi. Tese de Mestrado Integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa.

Matsudaira, T., Kitamura, T. (2006). Personality traits as risk factors of depression and anxiety among japanese students. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 97-109.

Mazidi, M., Moltafed, G., Sadati, S. (2010). Personality traits, religious orientation and happiness. *Procedia Social and Behavioral Sciences*,9(2010), 63 – 69.

McCrae, R.R. & John, O.P. (1992). Na introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*, 60 (2): 175 – 215.

Moreira-Almeida, A. & Alminhana, L. O. (2009). Personalidade e religiosidade/espiritualidade (R/E). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36 (4): 153-61.

Mulder, R. T. (2002). Personality Pathology and Treatment Outcome in Major Depression: A Review. *Am J Psychiatry*, 159 (3), 359 – 371.

Neyrinck, B, Lens, W., Vansteenkiste, M, Soenens, B. (). Updating Allport's and Batson's Framework of Religious Orientations: A Refreshing Look from the Perspective of Self-Determination Theory and Wulff's Modelo f Approaches towards Religion, ...

O'Connor, B.P., Vallerand, R.J. (2001). Religious Motivation in the Elderly: a French – Canadian Replication and an Extension. *The Journal of Social Psychology*, 130(1), 53-59.

Parker, G., Crawford, J. (2009). Personality and self-reported treatment effectiveness in depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 518-525.

Psychological Medicine, v.11, p. 561-579, 1981.

Ross L. (1995). The spiritual dimension: its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud*, 32, 457 – 68.

sa de Psicologia 2, 75 – 84.

Salem, M.O. (2006). Religion, Spirituality and Psychiatry.(comunicação – procurar referencias).

Sandage, S.J., Jankowski, P.J., Link, D.C.(2010). Quest and spiritual development moderated by spiritual transformation. *Journal of Psychology and Theology (free online)*.

Saroglou, V. & Jaspard, J.-M. (2000). Personality and religion: From Eysenck's taxonomy to the Five-Factor Model. *Archiv für Religionspsychologie*, 23, 41-70

Saroglou, V. & Jaspard, J.-M. (2001.a). Does religion affect humour creation? An experimental study. *Mental Health, Religion, and Culture*, 4, 1, 33-46.

Saroglou, V. (2001.b). La religion des jeunes et leur personnalité : Etudes récentes en Belgique francophone. In Saroglou & Hutsebaut (Eds.), *Religion et développement humain : Questions psychologiques* (pp. 115-140). Paris-Montréal : L'Harmattan

Saroglou, V. (2002.a). Religion and the five factors of personality: A meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32, 15-25.

Saroglou, V. (2002.b). Beyond dogmatism: The need for closure as related to religion. *Mental Health, Religion, and Culture*, 5, 2, 183-194.

Saroglou, V. (2003). [Psychology of religion and culture](#). In *Encyclopedia of Life Support Systems* (EOLSS). Oxford, UK: UNESCO-Eolss Publishers.

Saroglou, V. (2010). Religiousness as a cultural adaptation of basic traits: a five-factor model perspective. *Personality and Social Psychology Review*, *14*(1), 108-125.

Saroglou, V. & Munoz-García, A. (2008). Individual differences in religion and spirituality: an issue of personality traits and/or values. *Journal for the Scientific Study of Religion*, *47*(1), 83-101.

Schotte, J. (1990). *Szondi avec Freud, sur la voie d'une psychiatrie pulsionnelle*. Bruxelles: de Boeck Université, 1990.

Silveira, D.X., Jorge, M.R. (). Propriedades psicometricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clinica e não-clinica de adolescentes e adultos jovens.

Smith, T.B., McCullough, M.E., Poll, J. (2003). Religiousness and Depression : Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, *129*(4), 614-636.

Tahmasbipour, N. & Taheri, A. (2011). The investigation of relationship between religious attitude (intrinsic and extrinsic) with depression in the university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, *30* (2011), 712 – 716.

Yeung, W.J. & Chan Y. (2007). Os efeitos positivos da religiosidade sobre a saúde mental em populações fisicamente vulneráveis: uma revisão em recentes estudos empíricos e teorias relacionadas. *Revista Internacional de reabilitação psicossocial*. *11*(2), 37-52.

ANEXOS

Quadro 18 – Médias de frequências (%) factorias e Teste U de Mann-Whitney para as amostras clinica e comunitária

Grupo 1 n=44 Amostra Comunitária

Grupo 2 N=33 Amostra Clinica

Reacções Factoriais	Soma das Ordens		U	Z - Ajustado	Valor de p
	Grupo 1	Grupo 2			
H_1	1765	1238	677,0	0,53	0,594
H_2	1582	1422	591,5	-1,41	0,159
H_3	1784	1219	658,0	0,84	0,403
H_4	1840	1164	602,5	1,75	0,080
H_5	1700	1303	710,0	-0,20	0,841
H_6	1728	1276	714,5	0,34	0,736
H_7	1702	1301	712,0	-0,17	0,861
H_8	1728	1276	714,5	0,34	0,736
S_1	1631	1372	641,0	-0,94	0,347
S_2	1761	1243	681,5	0,46	0,646
S_3	1653	1351	662,5	-0,77	0,439
S_4	1684	1320	693,5	-0,36	0,721
S_5	1721	1282	721,0	0,06	0,951
S_6	1710	1293	720,0	-0,21	0,837
S_7	1726	1277	716,0	0,13	0,897
S_8	1710	1293	720,0	-0,21	0,837
E_1	1754	1249	688,0	0,40	0,692
E_2	1852	1152	590,5	1,47	0,142
E_3	1581	1423	590,5	-1,42	0,156
E_4	1670	1334	679,5	-0,52	0,601
E_5	1733	1271	709,5	0,84	0,401
E_6	1730	1273	712,0	0,26	0,793
E_7	1733	1271	709,5	0,84	0,401
E_8	1730	1273	712,0	0,26	0,793
HY_1	1549	1455	558,5	-1,92	0,054
HY_2	1710	1294	719,5	-0,11	0,912
HY_3	1835	1169	607,5	1,29	0,197
HY_4	1718	1285	724,0	0,02	0,980
HY_5	1716	1287	726,0		
HY_6	1812	1191	630,0	1,12	0,264
HY_7	1716	1287	726,0		
HY_8	1818	1186	624,5	1,18	0,238
K_1	1806	1197	636,0	1,07	0,283
K_2	1670	1333	680,0	-0,58	0,565
K_3	1687	1316	697,0	-0,30	0,766
K_4	1767	1237	675,5	0,54	0,587

K_5	1716	1287	726,0		
K_6	1671	1332	681,0	-0,60	0,551
K_7	1716	1287	726,0		
K_8	1671	1332	681,0	-0,60	0,551
P_1	1686	1317	696,0	-0,31	0,757
P_2	1783	1220	659,0	0,77	0,443
P_3	1627	1376	637,0	-0,93	0,354
P_4	1705	1298	715,0	-0,15	0,884
P_5	1782	1221	660,0	1,75	0,080
P_6	1730	1273	712,0	0,24	0,812
P_7	1782	1221	660,0	1,75	0,080
P_8	1729	1274	713,0	0,22	0,826
D_1	1707	1297	716,5	-0,09	0,924
D_2	1450	1553	460,0	-3,12	0,002
D_3	2006	998	436,5	3,02	0,003
D_4	1568	1435	578,0	-1,98	0,048
D_5	1688	1315	698,0	-0,84	0,398
D_6	1839	1164	603,0	2,16	0,031
D_7	1688	1315	698,0	-0,84	0,398
D_8	1838	1165	604,0	2,14	0,032
M_1	1756	1247	686,0	0,54	0,590
M_2	1814	1190	628,5	1,11	0,267
M_3	1608	1395	618,0	-1,60	0,109
M_4	1674	1329	684,0	-0,57	0,571
M_5	1863	1141	579,5	1,53	0,125
M_6	1688	1315	698,0	-0,84	0,398
M_7	1869	1134	573,0	1,60	0,110
M_8	1688	1316	697,5	-0,86	0,390

Quadro 19 - Comparação Vector C (diferenças nas duas amostras)

[N:B.. Por lapso as 3 últimas colunas têm uma decimal a mais]

	Rank Sum - Group 1	Rank Sum - Group 2	U	Z - adjusted	p-value
C1	1710,5	1292,5	720,50	-0,092	0,9263
C2	1784,0	1219,0	658,00	0,728	0,4669
C3	1652,0	1351,0	662,00	-1,235	0,2170
C4	1712,5	1290,5	722,50	-0,062	0,9506
C5	1749,0	1254,0	693,00	1,214	0,2247
C6	1558,0	1445,0	568,00	-2,069	0,0385
C7	1614,0	1389,0	624,00	-1,974	0,0484
C8	1628,0	1375,0	638,00	-2,342	0,0192
C9	1773,0	1230,0	669,00	1,099	0,2717
C10	1970,5	1032,5	471,50	2,666	0,0077
C11	1686,0	1317,0	696,00	-0,711	0,4771

C12	1767,0	1236,0	675,00	0,892	0,3724
C13	1666,0	1337,0	676,00	-1,325	0,1851
C14	1635,0	1368,0	645,00	-1,235	0,2168
C15	1688,0	1315,0	698,00	-0,844	0,3985
C16	1694,0	1309,0	704,00	-1,128	0,2591

Quadro 20 - Comparação vector P (diferenças nas duas amostras):

	Rank Sum - Group 1	Rank Sum - Group 2	U	Z - adjusted	p-value
P1	1631	1373	640,5	-1,57	0,117
P2	1733	1271	709,5	0,84	0,401
P3	1790	1214	652,5	0,78	0,435
P4	1744	1259	698,0	0,74	0,462
P5	1700	1304	709,5	-0,35	0,723
P6	1705	1298	715,0	-0,28	0,779
P7	1870	1133	572,0	1,70	0,090
P8	1749	1254	693,0	1,21	0,225
P9	1631	1372	641,0	-1,23	0,219
P10	1678	1326	687,5	-0,79	0,432
P11	1630	1374	639,5	-0,92	0,359
P12	1716	1287	726,0	0,01	0,992
P13	1679	1324	689,0	-0,67	0,501
P14	1733	1271	709,5	0,84	0,401
P15	1665	1339	674,5	-0,61	0,539
P16	1688	1315	698,0	-0,84	0,398

Quadro 21 - Cálculo das Médias de frequência (diferenças entre as duas amostras quanto às reacções factoriais)

	Mean - 1	Mean - 2
H_1	2,30	2,06
H_2	5,27	6,45
H_3	1,57	1,12
H_4	0,86	0,36
H_5	0,89	1,45
H_6	0,14	0,06
H_7	1,07	2,00
H_8	0,14	0,06
S_1	1,60	1,77
S_2	5,65	5,21
S_3	1,23	1,36

S_4	1,52	1,66
S_5	0,77	0,73
S_6	0,05	0,18
S_7	0,91	0,73
S_8	0,05	0,30
E_1	2,93	2,66
E_2	2,38	1,60
E_3	3,33	4,13
E_4	1,36	1,62
E_5	0,09	0,00
E_6	0,23	0,20
E_7	0,09	0,00
E_8	0,23	0,20
HY_1	1,06	1,85
HY_2	0,32	0,36
HY_3	8,13	7,38
HY_4	0,50	0,40
HY_5	0,00	0,00
HY_6	1,64	1,53
HY_7	0,00	0,00
HY_8	1,95	1,77
K_1	1,42	1,27
K_2	0,77	1,12
K_3	5,32	5,58
K_4	2,49	2,04
K_5	0,00	0,00
K_6	0,77	0,70
K_7	0,00	0,00
K_8	0,82	0,70
P_1	3,44	3,61
P_2	2,27	1,45
P_3	3,56	4,21
P_4	0,73	0,74
P_5	0,32	0,00
P_6	0,41	0,30
P_7	0,36	0,00
P_8	0,45	0,36
D_1	3,26	3,27
D_2	0,82	2,40
D_3	5,47	3,19
D_4	0,45	1,15
D_5	0,05	0,16

D_6	0,65	0,18
D_7	0,05	0,16
D_8	0,78	0,42
M_1	0,69	0,59
M_2	8,28	7,06
M_3	0,47	1,47
M_4	0,56	0,88
M_5	4,92	3,65
M_6	0,05	0,30
M_7	6,65	4,74
M_8	0,05	0,36
S1	0,23	0,22
S2	1,43	1,07
S3	0,09	0,42
S4	0,55	0,34
S5	0,86	1,19
S6	3,02	3,60
S7	0,59	0,72
S8	0,80	0,95
S9	0,33	0,18
S10	0,74	0,48
S11	0,41	0,21
S12	0,09	0,24
S13	0,18	0,18
S14	0,45	0,06
S15	0,14	0,00
S16	0,09	0,12
P1	0,18	0,62
P2	0,05	0,00
P3	2,52	1,97
P4	0,18	0,06
P5	0,14	0,18
P6	0,09	0,12
P7	2,06	1,30
P8	0,09	0,00
P9	0,38	0,71
P10	0,14	0,24
P11	2,64	2,99
P12	0,18	0,18
P13	0,36	0,34
P14	0,05	0,00
P15	0,91	1,11

P16	0,05	0,16
SCH1	0,18	0,28
SCH2	0,45	0,18
SCH3	0,65	0,61
SCH4	0,14	0,20
SCH5	0,27	0,08
SCH6	0,18	0,36
SCH7	0,23	0,48
SCH8	0,09	0,20
SCH9	2,02	2,58
SCH10	1,07	0,54
SCH11	1,82	2,27
SCH12	0,41	0,18
SCH13	0,97	0,67
SCH14	0,57	0,36
SCH15	0,86	0,84
SCH16	0,09	0,16
C1	0,23	0,24
C2	2,69	2,20
C3	0,15	0,48
C4	0,19	0,34
C5	0,09	0,00
C6	0,64	1,47
C7	0,09	0,63
C8	0,00	0,30
C9	0,33	0,12
C10	4,59	2,66
C11	0,18	0,22
C12	0,36	0,18
C13	0,05	0,22
C14	0,36	0,73
C15	0,05	0,14
C16	0,00	0,06
O1_O3	2,41	3,03
SY	31,48	32,40
DUR_MOL	1,49	1,73
SOZ	47,24	43,11
ID	0,09	0,09
IV	29,82	32,22

Quadro 22 - Frequências (%) vectoriais, Teste U de Mann-Whitney e diferenças entre sujeitos com maiores e menores índices de depressão (Total_CES-D \geq 20, 0/1; Grupo 1 (n=39, pontuação inferior a 20 na Escala CES-D); Grupo 2 (n=38, pontuação igual ou superior a 20 na CES-D))

		Rank Sum - Group 1	Rank Sum - Group 2	U	Z - adjusted	p-value
h 0	H_1	1444	1559	664,0	-0,83	0,406
h +	H_2	1501	1503	720,5	-0,21	0,835
h -	H_3	1553	1450	709,0	0,39	0,699
h \pm	H_4	1609	1395	653,5	1,22	0,221
h +!	H_5	1600	1403	662,0	1,01	0,315
h - !	H_6	1540	1463	722,0	0,56	0,574
$\Sigma !!$ h+	H_7	1605	1398	657,0	1,07	0,285
$\Sigma !!$ h-	H_8	1540	1463	722,0	0,56	0,574
s 0	S_1	1542	1462	720,5	0,22	0,826
s +	S_2	1490	1513	710,0	-0,32	0,753
s -	S_3	1598	1406	664,5	0,92	0,356
s \pm	S_4	1415	1589	634,5	-1,17	0,241
s +!	S_5	1538	1466	724,5	0,22	0,829
s - !	S_6	1520	1483	740,0	-0,02	0,985
$\Sigma !!$ s+	S_7	1543	1461	719,5	0,28	0,777
$\Sigma !!$ s-	S_8	1520	1483	740,0	-0,02	0,985
e 0	E_1	1519	1484	739,0	-0,02	0,987
e +	E_2	1556	1447	706,0	0,37	0,711
e -	E_3	1406	1597	626,0	-1,19	0,234
e \pm	E_4	1578	1426	684,5	0,63	0,528
e +!	E_5	1540	1463	722,0	0,96	0,336
e - !	E_6	1555	1448	707,0	0,65	0,519
$\Sigma !!$ e+	E_7	1540	1463	722,0	0,96	0,336
$\Sigma !!$ e-	E_8	1555	1448	707,0	0,65	0,519
hy 0	HY_1	1436	1568	655,5	-0,97	0,332
hy +	HY_2	1505	1498	725,0	-0,28	0,777
hy -	HY_3	1550	1453	712,0	0,31	0,758
hy \pm	HY_4	1553	1450	709,0	0,51	0,610
hy +!	HY_5	1521	1482	741,0		
hy - !	HY_6	1497	1506	717,0	-0,27	0,786
$\Sigma !!$ hy+	HY_7	1521	1482	741,0		

$\Sigma !! \text{hy-}$	HY_8	1498	1506	717,5	-0,27	0,790
k 0	K_1	1510	1494	729,5	-0,13	0,896
k +	K_2	1487	1517	706,5	-0,43	0,671
k -	K_3	1672	1332	590,5	1,55	0,120
k \pm	K_4	1486	1517	706,0	-0,37	0,711
k +!	K_5	1521	1482	741,0		
k -!	K_6	1526	1477	736,0	0,06	0,952
$\Sigma !! \text{k+}$	K_7	1521	1482	741,0		
$\Sigma !! \text{k-}$	K_8	1526	1477	736,0	0,06	0,952
p 0	P_1	1551	1453	711,5	0,30	0,763
p +	P_2	1657	1346	605,0	1,55	0,122
p -	P_3	1350	1653	570,0	-1,77	0,077
p \pm	P_4	1513	1491	732,5	-0,11	0,912
p +!	P_5	1597	1406	665,0	2,00	0,045
p -!	P_6	1519	1485	738,5	-0,03	0,972
$\Sigma !! \text{p+}$	P_7	1597	1406	665,0	2,00	0,045
$\Sigma !! \text{p-}$	P_8	1517	1487	736,5	-0,07	0,944
d 0	D_1	1373	1631	592,5	-1,55	0,122
d +	D_2	1359	1644	579,0	-1,88	0,060
d -	D_3	1849	1154	413,0	3,39	0,001
d \pm	D_4	1528	1475	734,0	0,09	0,931
d +!	D_5	1501	1503	720,5	-0,61	0,543
d -!	D_6	1561	1442	701,0	0,69	0,491
$\Sigma !! \text{d+}$	D_7	1501	1503	720,5	-0,61	0,543
$\Sigma !! \text{d-}$	D_8	1560	1443	702,0	0,67	0,502
m 0	M_1	1574	1430	688,5	0,70	0,482
m +	M_2	1554	1449	708,0	0,37	0,713
m -	M_3	1451	1553	670,5	-1,03	0,302
m \pm	M_4	1536	1467	726,0	0,20	0,845
m +!	M_5	1511	1492	731,0	-0,10	0,921
m -!	M_6	1501	1503	720,5	-0,61	0,543
$\Sigma !! \text{m+}$	M_7	1526	1477	736,0	0,05	0,963
$\Sigma !! \text{m-}$	M_8	1500	1503	720,0	-0,62	0,533

Anexo 1 - Factores ou necessidades pulsionais. Tipologia szondiana.

Factor	Traços de carácter (tendências + e -)	Interesses Profissionais	Sublimação	Manifestação Patológica/Criminologia
h	Carinho, feminilidade, passividade, comportamento maternal. Frivolidade, subjectivismo, sugestionalidade, gostos líricos amos a uma pessoa (+); desejo de cultura, amor à natureza e humanidade (-).	Cabeleireiro, recepcionista de hotel, camareiro, bailarino, servente, cozinheiro, músico, poeta, ginecologista, dermatologista.	Cultura, humanismo literário.	Hermafroditismo, travesti, homossexualismo. Espionagem, fraude, proxenetismo, prostituição, rufião.
s	Frieza, agressividade, vitalidade, masculinidade e virilidade, espírito empreendedor, realista e crítico, teimosia, auto-confiança, objectividade (+); humildade, doação de si, espírito de sacrifício, protector e civilizador (-).	Talhante, manicure, Cirurgião, dentista, anatomopatologista, domador de animais, escultor, veterinário, lutador, caçador, soldado.	Técnica, civilização, humanismo político	Sadismo, sodomia, pederastia, Sadomasoquismo, feticchismo, masoquismo. Homicídio sádico.
e	Misericórdia, bondade, meiguice, ingenuidade, tolerância, escrúpulos, devoção, desejo de ética e senso agudo da verdade (+); malevolência, raiva, ódio, vingança e cólera, descarga explosiva e intolerância aos outros (-).	Marinheiro, aviador, motorista, padeiro, escuteiro, missionário, enfermeiro, padre e monge, mineiro, bombeiro, higienista.	Ética, Religião, humanismo religioso e ético	Epilepsia, gaguez, asma, enurese, cefaleia, czema, alergias. Cleptomania, piromania, homicídio passional.
hy	Necessidade de aprovação, de se valorizar, sede de glória, vaidade, coqueteria, exibicionismo, exuberancia (+); pudor, timidez, desejo de viver num mundo irreal, imaginário, mentiras, ansiedades (-).	Política, actor, profissões artísticas, manequim.	Artes	Histeria, tiques, fobias e conversões somáticas, terror nocturno. Extorsão e manobras fraudulentas.
k	Introversão, egoísmo, egocentrismo, narcisismo, autismo, frieza, predomínio da razão, amor à lógica e ao conhecimento, realismo, racionalismo, monotonia, ordem, meticulosidade, rigidez, (ego- sistólico) (+); necessidade de negação, de se cecear, inibição, repressão, destruição (-).	Professor primário, ciencias exatas, matemático, filosofia, economia política, soldado, engenheiro, critico de arte, livreiro, tipografo.	Reflexão, filosofia, matemática e humanismo socializador.	Narcisismo, despersonalização, catatonia e reacções esquizoides, neurose obsessiva, fobia, hipocondria, feticchismo. Recusar-se a trabalhar, roubo por arrombamento.
p	(ego- diastolico), extroversão, espírito apaixonado, paixões amorosas, entusiasmo, parcialidade, desejo de dominação, superestimação, megalomania, rivalidade (+); subestimação de si, micromania, prudência, desconfiança, rancor, susceptibilidade, necessidade acusatória (-).	Inventor, poeta, escritor, psicólogo, psiquiatra, mitologia, mística, arqueologia, geologia, missionário, musico, farmaceutico, químico.	Escrever, descoberta, humanismo espiritualista e criador	Possessividade, megalomania, competitividade excessiva, paranóia, esquizofrenia, narcomania. Crimes políticos e megalómanos, fraudulentos e de extorsão.
d	Espírito de aquisição, busca perpetua do novo, curiosidade, infidelidade, prodigalidade, generosidade, falta de medida de sustentação (+); fidelidade, sinceridade, economia, desejo de colecionar, cupidez, avareza, conservantismo, espírito crítico, perseverança, prostração (-).	Antiquário, director/conservador de museu, critico e/ou colecionador de arte, pintor, banqueiro, varredor, tintureiro, gastroenterologista.	Economia política, humanismo economico.	Desvalorização de si mesmo, culpabilidade, depressão e melancolia, ausência de freio e sustentação, feticchismo. Roubo.
m	Necessidade insasiavel de se agarrar, de segurança, de alegrias e prazeres, bom humor, ingenuidade, tendência a caprichos, medo de perder o objectivo (+); solidão, isolamento, abandono, incúria, atarefado de modo dispersivo, ligação irreal com o mundo exterior, pseudomanias, ausência de sustentação e moderação (-).	Professor de linguas, dentista, banqueiro ou bolsa de valores, agente comercial, cozinheiro, dono de bar, <i>Barman</i> , músico, cinema.	Oratoria e todas as artes de modo geral	Mania, hipomaniacas, alcoolismo, comportamento ninfomaníaco, ironia e sarcasmo. Ladrão, abuso de confiança, bigamia.