

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DEPRESSIVIDADE E TRAÇOS BORDERLINE NA
POPULAÇÃO GERAL ADULTA**

Miguel Cunha Arranhado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica
Dinâmica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DEPRESSIVIDADE E TRAÇOS BORDERLINE NA
POPULAÇÃO GERAL ADULTA**

Miguel Cunha Arranhado

Dissertação orientada pela Professora Doutora Joana Henriques Calado

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde – Psicologia Clínica
Dinâmica

2020

Agradecimentos

A todos que, diretamente ou indiretamente, me levaram até este momento. A mim, pela resiliência durante este ano atípico e desafiante que colocou todas as minhas valências em teste.

À Professora Joana Calado, por toda a ajuda e contributo durante este ano, pelas aulas durante o meu percurso, e principalmente pelo interesse contagiante pela psicodinâmica que me deu uma nova forma de olhar a psique e o mundo.

Ao Professor Bruno Gonçalves, novamente, que me guiou paralelamente durante este ano letivo e que influenciou de forma indireta, mas enriquecedora, o desenvolvimento deste trabalho.

À Professora Salomé Vieira Santos, pelo sentido clínico e crítico que me fez crescer como aluno e futuro psicólogo.

À Professora Ana Sofia Medina, pela forma clara e objetiva do seu ensino de temas complexos do desenvolvimento psíquico, que me permite compreender cada caso de forma holística.

Ao Professor António Branco Vasco, pelo pragmatismo com que partilha e ensina a realidade clínica, pelas supervisões informais e conversas na faculdade.

À Ju, o melhor que a faculdade me deu, pelas palavras constantes de apoio que me deram força para acreditar no meu trabalho e nas minhas capacidades, como pelo amor incondicional e inabalável.

Ao Francisco Ribeiro, companheiro da psicodinâmica, pelo suporte e amizade. Espero que nos continuemos a irritar/rir em conjunto com as maiores absurdidades desta vida, como sermos adeptos do Sporting.

Ao Nuno Fernandes e ao Rodrigo Dias, por terem estado sempre disponíveis nesta fase final. Que a conclusão deste trabalho sirva de motivação para a vossa reta final. Força Spezia!

À Mariana Carlos, pela nossa amizade e pela forma inspiradora com que encaras a vida.

Ao António Miguel, pelas tardes de guitarra, de conversa e de muita amizade. Que estes momentos não se esgotem.

À Mafalda Carreiro, pela capacidade e paciência sobre-humana que tens para me ouvir.

À Mariana Garrido, pelas conversas intermináveis, pela via da palavra ou da música.

Ao Henrique, Paco e Duarte por sermos a prova de que as amizades não têm prazo de validade.

À minha família, pela preocupação demonstrada durante este percurso e por fazerem de mim quem sou.

À minha mãe, por tudo. Pelo apoio infinito em todas as minhas decisões, como quando decidi seguir esta área. Entre psicologia e teatro não tinhas muita hipótese.

Ao meu pai, pelo carinho e por me ensinar todos os dias a lutar por cada oportunidade.

Ao meu avô. A quem dedico este trabalho. “Não importa o que acontece. Nunca deixes de ser tu próprio.”

Resumo

O presente estudo investiga na população geral adulta, a relação entre os traços *borderline* e a temática da depressividade, tendo em conta a relevância destes traços na sociedade atual. Os objetivos são: (1) Analisar as diferenças entre um grupo com traços *borderline* e um grupo normativo quanto à personalidade depressiva e depressividade; (2) Explorar quais os itens e fatores depressivos do ITD-R que distinguem o grupo com traços *borderline* do grupo normativo; (3) Explorar quais as dimensões da personalidade do Modelo dos Cinco Fatores que predizem os fatores e o resultado total da personalidade depressiva do ITD-R, no grupo com traços *borderline* e no grupo normativo. São utilizados dois questionários de autorrelato: NEO-FFI (NEO-Five Factor Inventory) e o ITD-R (Inventário de Traços Depressivos). Os grupos são constituídos por participantes da população geral adulta, com idade igual ou superior a 18 anos. 59 participantes no grupo com traços *borderline* ($M= 36.25$ anos; $DP= 14.33$ anos) e 97 participantes no grupo normativo ($M= 36.25$ anos; $DP= 12.31$ anos). O grupo com traços *borderline* apresenta resultados médios superiores no resultado total e em todos os fatores do ITD-R. Os itens preditores do grupo com traços *borderline* descrevem sentimentos de desadequação (ITD-R 8; $B= .49$), maior frequência de sentimentos de abatimento (ITD-R 13; $B= .58$) e facilidade na recusa de pedidos exteriores (ITD-R 22; $B= -.71$). Os fatores Depressão de Fracasso ($B= .16$) e Depressão Perfeccionista ($B= -.25$) são discriminantes do grupo com traços *borderline*. O Neuroticismo é preditor do resultado total e de todos os fatores do ITD-R em ambos os grupos. Os modelos apresentam preditores específicos para o grupo com traços *borderline*, sob a presença de traços como a Amabilidade e a Extroversão. No grupo normativo, a Abertura à Experiência é preponderante na predição do resultado total e de todos os fatores do ITD-R, exceto para a Depressão Inibida. A depressividade do grupo com traços *borderline* surge como específica e distinta do grupo normativo. O estudo da configuração depressiva *borderline* irá permitir uma resposta mais adequada no contexto da intervenção psicológica.

PALAVRAS-CHAVE: Depressividade; Personalidade; *Borderline*; População Geral; Psicologia Clínica

Abstract

The present study investigates the relation between depressive traits and borderline traits in the adult general population, according to the relevance of these traits in today's society. This investigation has three objectives: (1) to explore the differences between a group with borderline traits and a normative group in relation to depressive personality and depressive traits; (2) to explore which items and factors of the ITD-R, including the total score, distinguish the group with borderline traits from the normative group; (3) to explore which dimensions of the Five Factor Model predict the depressive factors and total score of the ITD-R in the group with borderline traits and in the normative group. Two self-report questionnaires were used: NEO-FFI (NEO- Five Factor Inventory) and ITD-R (Depressive Traits Inventory). The groups are composed of participants from the general adult population aged 18 years or over. The group with borderline traits is composed of 59 participants ($M= 36.25$ years; $SD= 14.33$ years) and the normative group is composed of 97 participants ($M= 36.25$ years; $SD= 12.31$ years). The group with borderline traits shows higher mean results in all depressive factors and in the total score of ITD-R. The items that predict the group with borderline traits relate to feelings of inadequacy (ITD-R 8; $B= .49$), higher frequency of dejection feelings (ITD-R 13; $B= .58$) and greater ease in rejecting external requests (ITD-R 22; $B= -.71$). Two factors, Failure Depression ($B= .16$) and Perfectionist Depression ($B= -.25$), predict the group with borderline traits. In relation to the Five Factor Model personality traits, in both groups, Neuroticism predicts every depressive factor and the total score of the ITD-R. Every prediction model is unique for the group with borderline traits, with the presence of traits like Agreeableness and Extroversion. For the normative group, Openness predicts the total score and every factor of the ITD-R except Inhibited Depression. Thus, borderline depressive traits seem specific and distinct in relation to the normative group. Future research will build a more comprehensive view of the depressive configuration on borderline personality organizations, helping psychological intervention to be more suitable for these populations.

Keywords: Depression Traits; Personality; Borderline; General Population; Clinical Psychology

Índice

Introdução.....	1
1. Enquadramento Teórico	2
1.1. Sociedade e Funcionamento Psíquico	2
1.2. Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i>	6
1.3. Depressão e Personalidade	12
1.4. Inventário de Traços Depressivos e o Funcionamento <i>Borderline</i>	20
2. Objetivos e Hipóteses.....	23
3. Método	24
3.1. Participantes	24
3.1.1. Grupo com Traços <i>Borderline</i>	24
3.1.2. Grupo Normativo	25
3.2. Instrumentos	27
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	27
3.2.2. Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade: NEO-FFI	27
3.2.3. Inventário de Traços Depressivos – Versão Reduzida (ITD-R).....	28
3.3. Procedimento.....	29
3.3.1 Procedimento Estatístico	29
4. Resultados.....	30
4.1. Diferenças entre o Grupo com Traços <i>Borderline</i> e o Grupo Normativo nos Fatores e Total do ITD-R.....	30
4.2. Itens do ITD-R que Predizem o Grupo com Traços <i>Borderline</i>	31
4.3. Fatores do ITD-R que Predizem o Grupo com Traços <i>Borderline</i>	32
4.5. Predição dos Fatores e Total do ITD-R através dos Traços de Personalidade no Grupo com Traços <i>Borderline</i>	33
4.6. Predição dos Fatores e Total do ITD-R através dos Traços de Personalidade no Grupo Normativo	34
5. Discussão	36
6. Conclusão	49

Referências Bibliográficas: 53

Índice de Quadros

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Grupo com Traços Borderline.....25

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Grupo Normativo.....26

Quadro 3

Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Grupos nos Fatores do ITD-R.....31

Quadro 4

Resultados da Análise de Regressão Logística entre Grupos.....32

Quadro 5

Resultados da Análise de Regressão Logística entre Grupos.....32

Quadro 6

Resultados das Análises de Regressão Múltipla no Grupo com Traços Borderline.....33

Quadro 7

Resultados das Análises de Regressão Múltipla no Grupo Normativo.....35

Introdução

A patologia depressiva e a patologia *borderline* são cada vez mais relevantes na sociedade atual, tanto pelo contexto clínico como pela sua expressão menos severa na população geral. De acordo com a Direção-Geral de Saúde (2017) a percentagem de utentes com perturbações depressivas em Portugal subiu de 5.34 % para 9.32% entre 2011 e 2016. Adicionalmente, a evolução da sociedade atual pode acentuar as características *borderline*, promovendo estas características na população geral (Armony, 2010). Tendo em conta os modelos dimensionais da personalidade, a normalidade e a patologia formam um contínuo quantitativo dos traços de personalidade (Krueger et al., 2007; Widiger, Costa, & McCrae, 2002). Assim, o estudo de traços associados à patologia em populações normativas permite a identificação de características maladaptativas que, apesar de não serem patológicas, estão associadas a disfuncionalidades psicológicas (Fonseca-Pedrero et al., 2011).

A relação entre traços depressivos e traços *borderline* é complexa e pouco consensual, visto que existe sobreposição de fatores etológicos, sintomas e critérios de diagnóstico no contexto clínico (Dukalski, Suslow, Egloff, Kersting, & Donges, 2019). Esta relação pode ser definida conceptualizando certas características depressivas como parte integrante do funcionamento *borderline* (Beatson & Rao, 2012; Snyder et al., 1982). Consequentemente, a depressividade no funcionamento *borderline* manifesta-se através de características específicas como sentimentos de vazio, vergonha, dependência e medo de abandono (Dukalski et al., 2019). Seguindo os modelos psicodinâmicos, este tipo de depressão pode ser descrito como uma depressão anaclítica (Campos, 2013).

Desta forma, o presente estudo tem como objetivo principal explorar a depressividade na população geral com traços *borderline*, de acordo com a operacionalização da personalidade depressiva contemplada no ITD-R (Campos, 2015). Esta investigação faz parte do projeto “Personalidade e Psicopatologia”, em desenvolvimento na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

A investigação está estruturada em 6 pontos distintos. Primeiro, é apresentado o enquadramento teórico de acordo com o tema em estudo, onde são abordados temas como a sociedade e o funcionamento psíquico, a perturbação de personalidade *borderline*, a depressividade e o Modelo dos Cinco Fatores. De seguida, nos três pontos seguintes, são apresentados os objetivos e hipóteses, a metodologia utilizada e os resultados obtidos. No

quinto ponto estes resultados são discutidos, sendo que no último ponto são apresentadas as principais conclusões, limitações e considerações para investigações futuras.

1. Enquadramento Teórico

1.1. Sociedade e Funcionamento Psíquico

Nos primórdios da psicanálise o interesse pelo estudo do inconsciente, do que está recalçado e reprimido, daquilo que opera para lá do diretamente observável, pode ser atribuído, ainda que de forma superficial, à repressão sexual vivida na época vitoriana (Shaw, 2020). De forma superficial visto que o desejo recalçado no pensamento freudiano não reflete a inexistência da sexualidade neste período (Shaw, 2020), mas sim o conflito entre o desejo e a sociedade (o real) tal como foi descrito através do princípio da realidade (Freud, 1958).

A vida mental de cada sujeito implica uma relação com um outro, que pode ser modelo, objeto, companheiro ou inimigo, desta forma a psicologia individual estende-se inevitavelmente para o campo da psicologia social (Freud, 1955). Desta forma o desenvolvimento de uma sociedade está intimamente ligado ao desenvolvimento da vida mental dos seus cidadãos (Lothane, 2012). Tendo em conta a sociedade contemporânea de Freud, o funcionamento neurótico está então associado à dificuldade de o sujeito integrar as proibições e exigências sociais, negando a sua vida instintiva, impostas em nome do ideal social (Lothane, 2012). Os símbolos culturais que preenchem o ideal do ego desta época representam um sujeito cumpridor de regras, disciplinado e dedicado a uma única carreira ou ideologia (Lejarraga, 2013). Estas características são, seguindo a lógica Freudiana, correspondentes a um período edipiano castrador, marcado pela introjeção maciça da interdição e do objeto paterno como figura autoritária (Armony, 2010). Este processo contribui para a construção de um superego severo, que castiga e mantém o ego no caminho rumo ao ideal descrito anteriormente (Lejarraga, 2013). O meio social sacrificou a sexualidade e a agressividade do ser humano tal como a resolução da problemática edipiana coloca desafios semelhantes ao indivíduo em desenvolvimento (Freud, 1961).

O início do século XX deu continuidade a esta ideia com a confirmação do triunfo capitalista e consequente início da globalização. A economia fomentava um consumismo focado na acumulação, nos produtos de longa duração, no produto único e ideal (Bauman, 2004). Apesar da aparente estabilidade deste panorama cultural e socioeconómico, a

acumulação foi gradualmente transformada em substituição, no consumo rápido, exacerbado e descartável (Bauman, 2004). O consumismo de carácter neurótico foi transformado num outro tipo de consumo, oral ou *borderline* (Lejarraga, 2013). Lacan chegou a distinguir como principal característica psíquica da evolução do capitalismo o “encerramento da castração” (Holland, 2016). A revolução sexual ocorrida após a segunda guerra mundial, alterou a sexualidade e rigidez moral no mundo ocidental (Lothane, 2012). A abertura e oportunidade para a expressão sexual aumentou de forma exponencial, sendo que, no entanto, a repressão ainda existe atualmente tendo em conta por exemplo, o crescimento de fundamentalismos religiosos e políticos (Lothane, 2012). Ao longo deste período, a revolução sexual trouxe inovações culturais e tecnológicas como a pílula contraceptiva, a expansão da indústria pornográfica, o início da luta contra a homofobia e a promoção do conceito de amor livre (Herzog, 2015). Estas transformações atenuaram o peso dos constrangimentos sexuais e sociais, questionando barreiras e proibições (Lothane, 2012). Desta forma a psicanálise freudiana ou mesmo pós-freudiana parecia estar desatualizada e pouco centrada nas preocupações sociais vividas neste período (Herzog, 2015). Com esta mudança de paradigma um número cada vez maior de psicanalistas começou a considerar a alteração da centralidade da história de Édipo na teoria analítica, para a centralidade da problemática de Narciso (Herzog, 2015). No entanto, como referido por Herzog (2015), esta discussão sobre o narcisismo não o descreve no sentido lato como vaidade ou autoinvestimento, mas sim no sentido do défice da autoestima e da vulnerabilidade narcísica. Por outro lado, o próprio desenvolvimento social pode ter tido consequências no desenvolvimento relacional infantil.

Por exemplo, com a revolução feminista os níveis da empregabilidade feminina subiram rapidamente, levando ao rápido aumento de mães em situação de trabalho, diminuindo, no entanto, o tempo passado com os filhos devido às fracas condições de trabalho concedidas nestes casos (Gornick, Meyers, & Ross, 1997). Nos Estados Unidos, da década de 60 para a década de 80 a percentagem de mães trabalhadoras com filhos menores de seis anos passou de 20% (Barnett & Baruch, 1978, como referido em Barglow Vaughn. & Molitor, 1987) para 50% (Waldman, 1983, como referido em Barglow et al., 1987). No estudo de Barglow et al. (1987) verificou-se que a condição mãe trabalhadora estava associada a uma vinculação “insegura ou evitante” nos filhos, comparando com as

crianças do grupo controlo. No artigo de Agrawal, Gunderson, Holmes e Lyons-Ruth (2004) foi feita uma revisão de 13 estudos sobre a relação do tipo de vinculação com o funcionamento *borderline*. Todos os estudos analisados demonstraram uma forte associação entre pacientes diagnosticados com perturbação da personalidade *borderline* e formas inseguras de vinculação (Agrawal et al., 2004).

Para Erik H. Erikson, citado por Batra (2013), os fatores sociais são aqueles que influenciam a construção da identidade de forma mais significativa. Tal como os cuidadores primários podem fomentar sentimentos de confiança básica, segurança e coesão no sujeito, a própria sociedade funciona como um ambiente potenciador da confiança, da coerência interna, do sentimento de pertença e de significado para a vida (Caverth, 1993). Por outro lado, um meio de fraca contenção, inconstante e em permanente mudança não permite aos sujeitos a integração de uma identidade satisfatória (Gubb, 2010), levando a sentimentos depressivos, de isolamento e de fragmentação (Caverth, 1993). A sociedade que interage como mãe *borderline* (Gubb, 2010), fomenta e acentua o funcionamento *borderline* nos sujeitos (Armony, 2010). Neste sentido, a clínica do início do século XX habituada à narrativa neurótica da culpa, da triangulação e do desejo recalcado, é agora confrontada com a coexistência da neurose e da psicose em indivíduos cujo conflito está fixado na relação dual e relacionado com o vazio interno, com a falha e com a fragilidade de existir, quebrando a lógica binária da psicanálise clássica (Lejarraga, 2013; Silva, 2014).

As teorias levantadas pelos autores referidos podem estar a ser reforçadas nos dias de hoje. As redes sociais têm um papel cada vez mais preponderante no quotidiano dos indivíduos e na sociedade atual, sendo que os riscos associados para a saúde mental estão documentados na literatura (e.g., Feinstein et al., 2013; Pallotti, Tubaro, Casilli, & Valente, 2018; Vogel, Rose, Roberts, & Eckles, 2014). Exemplificando alguns riscos salientes, o uso regular e excessivo das redes sociais está associado a sintomas depressivos, ansiosos e à autoestima e autoconceito negativos (Feinstein et al., 2013; Gao et al., 2020; Pallotti et al., 2018; Vogel et al., 2014). Estes sintomas estão relacionados, por exemplo, com sentimentos de inferioridade e dinâmicas de comparação (Vogel et al., 2014). Apesar da investigação sobre psicopatologia e redes sociais ser recente, um estudo indica que os traços da perturbação da personalidade *borderline* estão associados a dificuldades interpessoais e *stress* psicológico na utilização destas redes (Ooi et al., 2020).

Sujeitos com traços *borderline* apresentam um número superior de utilização das redes, publicam mais conteúdo e reportam níveis superiores de arrependimento devido às mesmas publicações (Ooi et al., 2020). Conseqüentemente, estes sujeitos alteram com maior frequência o conteúdo das suas publicações e apagam frequentemente as mesmas (Ooi et al., 2020). Estas dinâmicas podem ser causadas pelas características interpessoais dos funcionamentos *borderline*, no entanto podem existir fatores externos agravantes.

Para efeitos lucrativos associados ao ramo publicitário, o conteúdo e notificações apresentados aos utilizadores das redes é controlado e personalizado de acordo com as preferências de cada sujeito (Ruckenstein & Granroth, 2019). Estas preferências são calculadas através de algoritmos que monitorizam e inferem as reações emocionais dos utilizadores (Ruckenstein & Granroth, 2019). Como exemplo desta tecnologia, certos modelos têm a capacidade de identificar instabilidade afetiva, característica da perturbação da personalidade *borderline*, através apenas do uso das redes sociais (Saha, Chan, De Barbaro, Abowd, & Choudhury, 2017). Por outras palavras, quanto mais extrema e frequente a reação emocional (calculada pela interação com o dispositivo) maior a probabilidade do utilizador ser exposto a conteúdo semelhante (Ruckenstein & Granroth, 2019). Os indivíduos são gradualmente expostos a estímulos cada vez mais extremos, positivos e negativos, de forma a gerar interação e maior tempo de utilização. No contexto do funcionamento *borderline*, esta dinâmica assemelha-se aos mecanismos de clivagem onde o mundo psíquico é povoado por representações fragmentadas apenas positivas ou negativas. Sugerindo a influência da polarização das redes sociais na vida mental dos indivíduos, o estudo de Bail et al. (2018) indica que a exposição nas redes sociais a crenças opostas, pode resultar no extremar das crenças previamente estabelecidas.

Desta forma, as redes sociais na sociedade atual podem acentuar características *borderline* como a clivagem, sentimento de vazio ou a vulnerabilidade narcísica. Este meio indefinido e mutável, extremamente responsivo e de estímulo constante pode atenuar momentaneamente o sentimento de vazio. O sujeito fica contido numa esfera própria onde se vê a si mesmo projetado em representações clivadas, idealizadas e odiadas, e onde a constante comparação com outros utilizadores acentua sentimentos de inferioridade, fracasso e de auto desvalorização. Apesar destas considerações, a literatura

sobre estas relações é recente, sendo que as consequências destes desenvolvimentos são ainda desconhecidas e imprevisíveis.

1.2. Perturbação da Personalidade *Borderline*

O uso do termo *borderline* no contexto psicológico e psiquiátrico continua em constante atualização devido às diferentes abordagens teóricas a que foi sujeito. O termo surge inicialmente no contexto psicanalítico ainda no formato de duas palavras separadas, no sentido literal de linha fronteira (*border line*) para representar o grupo de pacientes que não se encaixam nem no funcionamento neurótico, nem no funcionamento psicótico (Stern, 1938). O uso mais frequente do termo surge no contexto da perturbação da personalidade *borderline*, conceito introduzido por Gunderson e Singer (Stone, 2005). A psiquiatria reconheceu oficialmente esta perturbação quando foi incluída no DSM-III como uma perturbação de eixo II (Aronson, 1985). Inicialmente o termo *borderline* era associado à perturbação esquizotípica e esquizofrénica, mas com os trabalhos de Gunderson e Spitzer o termo ganhou o estatuto de entidade clínica independente e passível de ser distinguida de outras perturbações através de parâmetros comportamentais (Aronson, 1985).

A descrição da perturbação da personalidade *borderline* inclui quatro grupos de características psicopatológicas (Zanarini, 2005). Tal como no DSM-V (APA, 2013), o primeiro grupo de natureza emocional/afetiva descreve sentimentos como falta de apoio ou de esperança, depressão, raiva, auto-desvalorização, ansiedade, pânico e por último humor reativo ou labilidade afetiva (Zanarini, 2005). O segundo grupo, cognitivo, é caracterizado por dissociação e paranoia induzida por stress, experiências de desrealização ou despersonalização, incluindo também o critério referente ao sentimento de falta de coesão identitária (Zanarini, 2005). O terceiro grupo de natureza impulsiva e comportamental, inclui comportamentos auto-lesivos, ideação e comportamento suicida e outros comportamentos de risco como sexo inseguro, alimentação desregulada e condução agressiva (Zanarini, 2005).

Os pacientes com perturbação da personalidade *borderline* constituem uma população de risco de suicídio (Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004), sendo que uma meta-análise realizada sobre o suicídio nesta população apresenta valores aproximados de 7% de morte por suicídio (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005). Estes valores

parecem ser corroborados por um estudo recente, que obteve uma percentagem de 5,9% (Temes, Frankenburg, Fitzmaurice, & Zanarini, 2019).

O último grupo, de natureza interpessoal inclui intensa instabilidade nas relações afetivas, alternando entre a idealização e a desvalorização, manipulação e esforços frenéticos para evitar o abandono real ou imaginado (APA, 2013), como também a repetição destas características na relação terapêutica (Zanarini, 2005). É também importante referir que apesar da generalidade dos sintomas agravar com o stress, este agravamento é superior em pacientes com eventos traumáticos na infância (Zanarini, 2005). O trabalho de Reich et al. (1997) verificou que cerca de 91% dos pacientes *borderline* reportam algum tipo de abuso na infância desde negligência a abuso emocional, verbal, físico ou sexual.

A prevalência geralmente aceite da perturbação da personalidade *borderline* na população geral é aproximadamente de 1% (Lenzenweger, 2010). Outros estudos verificaram valores mais elevados, localizados entre 1,6% a 5,9% na população geral (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). No contexto clínico os valores são superiores sendo que no caso da consulta externa de psiquiatria a percentagem é de 12% e nos doentes internos o valor chega aos 22% (Ellison, Rosenstein, Morgan, & Zimmerman, 2018). Em relação à faixa etária, a prevalência de patologia da personalidade na população jovem é significativamente maior que na população mais envelhecida (Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2014; Balsis, Zweig, & Molinari, 2015). Um estudo de Ames e Molinari (1994) encontrou uma diferença significativa entre as duas populações numa amostra clínica, sendo que percentagem da patologia na amostra jovem era de 22% comparando com os 7% da amostra idosa. Uma das hipóteses explicativas desta diferença refere que a diminuição da prevalência ao longo do tempo de vida é consequência de um burnout dos sintomas como a impulsividade ou rutura relacional, levando a uma menor instabilidade interpessoal (Ellison et al., 2018). Apesar de ser frequentemente diagnosticada na adolescência, o diagnóstico nesta população não é totalmente aceite visto que os critérios podem não ser sensíveis a variáveis relacionadas com o desenvolvimento (Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008). No entanto dados recentes parecem contrariar esta ideia, demonstrando estabilidade semelhante no diagnóstico entre a população adolescente e adulta (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014). Neste sentido, os

indivíduos com traços *borderline* referem ter procurado ajuda devido à sintomatologia, em média, aos dezassete anos de idade (Crick, Murray-Close, & Woods, 2005).

A literatura psicanalítica a partir dos anos 60 integrou o conceito *borderline* como uma organização ou estrutura psíquica independente, tendo em conta maioritariamente os conflitos pré-edípicos (Aronson, 1985). Desta forma a compreensão psicanalítica deste funcionamento obteve diversas perspetivas como da teoria britânica das relações de objeto, da psicologia do ego americana e também da teoria de desenvolvimento de Margaret Mahler (Aronson, 1985). O trabalho de Melanie Klein, tal como o de diversos psicanalistas pós-freudianos, reforçou que em funcionamentos do tipo *borderline* estava implícita uma fixação à fase oral (Silk, Wolf, Bem-Ami, & Poortinga, 2010). O carácter impulsivo e agressivo destes indivíduos tal como o abuso de substâncias ou comportamentos alimentares desregulados, podem ser explicados como uma forma não sublimada da oralidade na vida adulta (Silk et al., 2010). A regressão à oralidade estará também relacionada com a fraca integração de diferentes aspetos do objeto introjetado (Segal, 2018). As representações de objeto primárias existem na psique do sujeito de forma clivada entre a gratificação e a frustração, o amor e o ódio (Silk et al., 2010). Esta fraca integração pode levar à própria intermitência entre a valorização e a desvalorização do outro (Silk et al., 2010). O sujeito *borderline* revela este funcionamento mais arcaico também na relação terapêutica através da identificação projetiva e da idealização do terapeuta, resultando numa transferência psicótica (Kernberg, 1985).

A teoria de Mahler contribuiu com uma visão compreensiva da origem de processos deficitários relacionados com o funcionamento *borderline*, como a inconstância de objeto e a depressão de abandono (Aronson, 1985). Devido a falhas de disponibilidade libidinal materna durante o processo de individuação-separação (Mahler, 1963), o sujeito fixa o seu desenvolvimento relacional na subfase de reaproximação ao objeto primário (Rinsley, 1982). O ego separado começou por emergir, no entanto o seu fraco suporte leva ao medo de abandono (Kernberg, 1985). Ao realizar movimentos no sentido da independência e autonomia, a criança recebe por parte do objeto reações de rejeição ou de retirada libidinal (Silk et al., 2010). Desta forma, a criança associa as tentativas de separação da mãe, ou sentimentos de zanga contra a mesma, ao desligamento emocional que recebe em troca (Silk et al., 2010). Como consequência, estes indivíduos não desenvolvem competências maduras de regulação emocional, apresentando

dificuldades em expressar a agressividade ou ainda uma tendência para a conter até a expressarem de forma extrema e desadequada (Silk et al., 2010). Motivada pelo medo de abandono, na infância a criança aprende a agradar ao objeto como forma de evitar a falta de amor (Silk et al., 2010). Assim, o sujeito *borderline* pode apresentar manifestações relacionais contraditórias de dependência e de ruptura pela fixação no desenvolvimento das dinâmicas de separação e individuação.

Donald Winnicott deu continuidade a esta ideia com a introdução do conceito de falso *self* (Aronson, 1985). Seguindo a lógica Mahleriana, a falha de desenvolvimento que influencia a construção de um falso *self* encontra-se após o indivíduo perceber a mãe como um objeto exterior ao seu *self* (Newman, 2013). Enquanto a criança se encontra nesta fase de dependência de um objeto externo, o trauma relacional não permite o desenvolvimento do verdadeiro *self* levando a criança a procurar outras soluções relacionais (Newman, 2013). O falso *self* tem então origem na acomodação do *self* às exigências maternas, moldando-se às necessidades da mesma, criando a ilusão de uma relação satisfatória e de um objeto responsivo (Newman, 2013). Além da inconsistência materna, Winnicott (1958) referiu que a capacidade de estar só, na presença da mãe, estará também afetada neste tipo de desenvolvimento do *self*. Ao começar autonomamente a explorar o seu próprio mundo interno, através de estados de quietude, a criança é forçada a voltar à relação por interferências maternas nestes períodos (Spelman, 2013). Esta interferência pode ser sentida como aniquiladora da autonomia e do *self* ainda rudimentar, resultando na adaptação da criança de forma excessiva ao funcionamento materno. (Spelman, 2013).

Devido a estes desenvolvimentos relacionais o sujeito *borderline* apresenta à superfície uma estrutura aparentemente neurótica que entra, no entanto, em rupturas ocasionais onde demonstra pensamento desorganizado, pobres fronteiras do ego, tal como atitudes contraditórias, ansiedade e fraca tolerância à frustração (Aronson, 1985). Através da interação dos indivíduos com a sociedade do tipo *borderline*, a prevalência deste tipo de traços de personalidade na população geral pode aumentar levando a uma nova normalidade *borderline* (Varela, 2018). Desta forma a relevância do estudo do funcionamento *borderline* na população geral é reforçada. Este tipo de investigação leva à compreensão da relação entre os traços maladaptativos na personalidade normal e a perturbação da personalidade *borderline*, permitindo consequentemente a criação de

programas de deteção e intervenção em grupos de risco (Fonseca-Pedrero et al., citado por Varela, 2018).

Através da perspetiva dimensional da personalidade, os traços de personalidade maladaptativos da perturbação da personalidade *borderline* estão distribuídos na população através de um contínuo de severidade patológica (Fonseca-Pedrero et al., 2011). Os traços *borderline* na população geral são então qualitativamente semelhantes e quantitativamente menos graves em comparação com a população clínica (Fonseca-Pedrero et al., 2011). Neste sentido foram encontradas correlações significativas entre escalas de medida de traços *borderline* e medidas de depressão, ansiedade, *stress*, ideação paranoide e predisposição alucinatória na população jovem não clínica (Fonseca-Pedrero et al., 2011).

Até à introdução da alternativa dimensional, na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) (APA, 2013), o modelo vigente conceptualizava cada perturbação de personalidade como entidades categoriais independentes entre si e da normalidade (Pocnet, Antonietti, Handschin, Massoudi, & Rossier, 2018; Samuel, Carrol, Rounsaville, & Ball, 2013). Apesar desta conceptualização, diversos autores sublinharam as limitações do modelo categorial em contraste com a utilização de um modelo dimensional (Krueger et al., 2007). A própria natureza do conceito de perturbação da personalidade implica que a personalidade, algo comum a todos os sujeitos, se tornou perturbada (Krueger et al., 2007). Na personalidade perturbada, certos traços comuns a toda a população existem de forma exagerada ou extrema (Krueger et al., 2007), sendo que este ponto extremo pode ser operacionalizado como o nível no contínuo da personalidade em que o *impairment* se torna clinicamente significativo (Widiger et al., 2002). Desta forma o modelo dimensional refere que na perturbação de personalidade, existem alterações quantitativas e mal adaptativas nos traços de personalidade da população dita normal (Distel et al., 2009; Widiger et al., 2002; Widiger & Samuel, 2005).

O Modelo dos Cinco Fatores é um dos modelos dimensionais da personalidade normativa mais investigados, sendo constituído por cinco dimensões de Neuroticismo, Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência. (Costa & McCrae, 1992; Samuel et al., 2013; Widiger et al., 2002). Indivíduos com níveis elevados de Neuroticismo tendem a experienciar emoções negativas, como ansiedade, depressão,

irritação, funcionando de forma pouco resiliente a nível emocional (Soto, Kronauer, & Liang, 2015). Resultados elevados na dimensão Conscienciosidade estão associados à organização e ao foco numa dada tarefa, enquanto resultados semelhantes na dimensão Amabilidade indicam cooperação e cortesia ao invés do antagonismo ou hostilidade (Soto et al., 2015). Indivíduos com níveis elevados de Extroversão são assertivos e sociáveis e por último, indivíduos com níveis elevados de Abertura à Experiência têm um leque extenso de interesses, são sensíveis à arte e experiências subjetivas como a beleza e preferem a novidade em detrimento da rotina (Soto et al., 2015). Este modelo foi largamente validado tanto a nível genético, comportamental, transcultural e também a nível de desenvolvimento e de estabilidade temporal (Samuel et al., 2013).

A utilização apenas do Modelo dos Cinco Fatores na descrição da personalidade é ineficaz na identificação de uma perturbação da personalidade (Trull & Widiger, 2013). No entanto através deste modelo é possível identificar a presença de traços maladaptativos que podem ser característicos de um funcionamento específico, como o funcionamento *borderline*, em amostras da população geral (Trull, 2012; Trull & Widiger, 2013). Investigação genética sugere que as componentes hereditárias da perturbação da personalidade *borderline* correspondem totalmente às componentes hereditárias da personalidade normal (Wright, Hopwood, & Zanarini, 2015), justificando a presença de funcionamentos *borderline* não patológicos na população geral. A pertinência do estudo deste tipo de amostras justifica-se pela possibilidade de identificar estes traços maladaptativos, que apesar de poderem não estar presentes de forma extrema, podem causar dificuldades funcionais na vida destes indivíduos (Livesley, 2001).

Em relação à perturbação da personalidade *borderline*, a maioria da investigação (35 estudos em 56) que relaciona as perturbações de personalidade entre o DSM-IV e o Modelo dos Cinco Fatores demonstra que a perturbação da personalidade *borderline* está associada ao Neuroticismo, baixa Amabilidade e baixa Conscienciosidade (Widiger & Costa, 2002). A própria meta-análise desta temática de investigação confirma estes resultados (Saulsman & Page, 2004; Samuel & Widiger, 2008). Aspetos correspondentes a baixa Extroversão como baixa emoção positiva e baixa afetividade estão também associados à perturbação da personalidade *borderline* (Samuel & Widiger, 2008).

Estes traços têm capacidade preditiva de futuros níveis de sintomas *borderline* e de forma geral predizem também diferentes níveis de patologia da personalidade ao longo

da vida (Vachon et al., 2013). Neste sentido foram encontradas correlações significativas longitudinais entre a melhoria dos sintomas *borderline* e os traços normalmente associados a este tipo de funcionamento (Wright et al., 2015). Com a diminuição dos sintomas *borderline* surge também a diminuição do Neuroticismo e o aumento da Amabilidade, Conscienciosidade e Extroversão (Wright et al., 2015). Reforçando que os sintomas *borderline* podem ser explicados, em grande parte, pelos modelos dimensionais de traço (Wright et al., 2015). Estes dados explicam possivelmente o maior número de diagnósticos da perturbação da personalidade *borderline* na população jovem (Balsis et al., 2015; Tomko et al., 2015) e a hipótese de burnout dos sintomas *borderline* ao longo da vida, como a impulsividade ou a rutura relacional (Ellison et al., 2018).

O funcionamento *borderline* é caracterizado por instabilidade psicológica e comportamental (Hopwood & Zanarini, 2010), sendo que, no entanto, é possível conceptualizar este funcionamento como uma estável instabilidade (Senabre, 2019). Ao longo do tempo, os indivíduos com esta perturbação demonstram menos estabilidade nos níveis da sua configuração de traços em relação a outras perturbações (Hopwood & Zanarini, 2010). No entanto esta instabilidade manifesta-se de forma estável, no sentido em que afeta apenas um grupo de traços (Neuroticismo, Amabilidade, Conscienciosidade e Extroversão) de forma específica (Hopwood & Zanarini, 2010).

1.3. Depressão e Personalidade

O conceito de personalidade depressiva, relacionando depressão e personalidade, tem sido largamente estudado ao longo dos anos no âmbito da investigação psiquiátrica e psicanalítica (Campos, 2013). O conceito de personalidade depressiva está na fronteira entre depressão e personalidade visto que os dois conceitos entram em fusão, sendo que o humor depressivo e outras características depressivas são conceptualizadas como traços de personalidade crónicos e estáveis (Klein, Wonderlich, & Shea, 1993)

Os primórdios do conceito de personalidade depressiva recuam até aos trabalhos de Kraepelin (1921) onde referiu a existência de um temperamento depressivo caracterizado pela autocrítica, desespero, falta de emoção e sentimentos de culpa e de baixa confiança que poderiam levar à doença afetiva. Dando continuidade a este conceito, Schneider (1959) incluiu características como anedonia, ceticismo, sentimentos de dúvida, preocupação constante ou pessimismo. Este temperamento depressivo corresponderia a uma predisposição para a depressão, sendo que estas características

podiam estar presentes tanto em pacientes como na população geral (Kraepelin, 1921; Kretschmer, 1925). Desta forma, a personalidade depressiva começou a ser descrita como um contínuo desde o temperamento até à patologia (Campos, 2013).

A personalidade depressiva é então um contínuo ou espectro, onde existem diversas formas de depressão clínica ou de vulnerabilidade à depressão clínica (Campos, 2013). O sujeito com personalidade depressiva pode desta forma ter uma depressão crónica, vulnerabilidade a episódios ou momentos de depressão, como pode não estar deprimido em nenhum momento específico (Campos, 2013; Klein, Kotov, & Bufferd, 2011). Este contínuo depressivo varia de acordo com a literatura em relação à intensidade, frequência e duração (Blatt, 2004; Campos, 2013; Klein, et al., 2011).

A literatura psicanalítica descreveu ao longo dos anos a personalidade depressiva numa perspetiva do desenvolvimento, das características pré-mórbidas e de risco para a depressão (Campos, 2013). Apesar da multiplicidade de teorias e perspetivas, existem vários pontos comuns na descrição do fenómeno depressivo (Huprich, 1998). O depressivo mostra-se pessimista e negativo na sua interação com o mundo, com outros e consigo mesmo (Huprich, 1998). Esta negatividade surge associada a experiências infantis de frustração e de perda objetal, sendo que a agressividade dirigida ao objeto frustrante é infletida para o próprio *self* (Coimbra de Matos, 2014; Huprich, 1998). Estas frustrações levam à regressão e fixação oral, numa tentativa de recuperar o prazer e a gratificação do passado, regredindo para um estado de união narcísica com o objeto materno (Coimbra de Matos, 2014). Neste contexto, a culpa depressiva resulta da agressividade inicialmente dirigida para o objeto frustrante (Coimbra de Matos, 2014; Blatt, 1974). Este padrão reprimido de frustração e desilusão objetal é repetido na presença de novas experiências de perda ou frustração (Huprich, 1998). Para Abraham, além da fixação às dinâmicas da fase oral, os sujeitos depressivos tendem também a regredir à analidade, com tentativas retentivas e de controlo do objeto (Blatt, 1974).

O depressivo é também caracterizado pela organização deficitária do investimento narcísico, da desvalorização e da baixa autoestima (Coimbra de Matos, 2014). Existe um desejo insatisfeito, uma frustração infantil associada tanto a uma decepção primária devido à perceção da não exclusividade do amor materno como também a uma decepção edipiana, onde a impossibilidade do desejo imposta pela realidade não é aceite e integrada pelo ego (Coimbra de Matos, 2014). De forma geral o depressivo sentiu-se abandonado a nível

oral, o que leva a sentimentos de desamparo, desespero, vazio e solidão devido à falta de um amor primário satisfatório (Coimbra de Matos, 2014). A nível anal o depressivo sentiu-se dominado relacionalmente, criando sentimentos de submissão, obediência, revolta e controlo associados à necessidade de perfeição, às dinâmicas de culpa e à acentuação de idealizações arcaicas e inatingíveis (Coimbra de Matos, 2014). Por fim a nível fálico sentiu-se depreciado, onde as fantasias e o desejo esbarram contra a resposta do objeto, levando à desvalorização da autoimagem sexuada que acentua as dinâmicas internas de castração (Coimbra de Matos, 2014). Os sujeitos depressivos perseguem conquistas e sucesso de forma a compensar a sua auto-desvalorização, sendo que os objetivos traçados são inalcançáveis e altamente idealizados, reforçando sentimentos de falhanço e de incapacidade de corresponder às expectativas (Blatt, 2004). O objeto interno do depressivo é então um objeto bifacial, composto por uma face idealizada e outra negativa negada provisoriamente (Coimbra de Matos, 2014).

Apesar da descrição de autores como Coimbra de Matos (2014), que conceptualizam uma única personalidade depressiva, Blatt propõe dois tipos distintos de personalidade depressiva (Campos, 2013). A personalidade depressiva do tipo anaclítico ou dependente, tem como características o desamparo, exaustão, desesperança, o medo de abandono e de não ser amado (Blatt, 1974, 2004; Campos, Bresser, & Blatt, 2013). O desejo dominante está centrado no desejo de ser cuidado, amado, protegido e apoiado, como na procura desesperada e ineficaz pela gratificação e pelo contacto com o outro (Blatt, 1974, 2004; Campos et al., 2013).

Por outro lado, a personalidade depressiva do tipo introjetivo ou autocrítico é marcada por sentimentos de auto-desvalorização, culpa, de não ser merecedor de amor e ainda de não estar à altura das expectativas (Blatt, 1974, 2004; Campos et al., 2013). A depressividade introjetiva torna os sujeitos sensíveis ao perfeccionismo, à crítica e à reprovação do outro, desenvolvendo uma moralidade rígida (correspondente à severidade do superego) como defesa contra sentimentos intensos de culpa e de transgressão (Blatt, 1974, 2004; Campos et al., 2013). Por vezes, nestes casos a excessiva participação em múltiplas atividades pode ser interpretada como uma tentativa defensiva de compensação contra os sentimentos de inferioridade, culpa, autocrítica e desvalorização (Campos, 2013).

Blatt refere, no entanto, que na maioria da população clínica as características destes dois tipos de personalidade depressiva estão presentes simultaneamente (Campos, 2013). O Questionário de Experiências Depressivas (QED; Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976) conceptualiza a personalidade depressiva de acordo com estas duas escalas de dependência e autocrítica, sendo que estudos realizados na população clínica através deste instrumento revelam tendencialmente correlações elevadas entre as duas escalas (Campos, 2013).

No sentido da criação de um instrumento de medida de traços depressivos da personalidade, o Inventário de Traços Depressivos, Campos (2013) considera a operacionalização de um conceito singular da personalidade depressiva composto por diferentes facetas que englobam a variedade de traços e dimensões depressivas. Esta dimensão depressiva da personalidade consiste então num conjunto de diferentes traços que formam um padrão de funcionamento típico e representativo de diversas condições clínicas e da dimensão normal da personalidade, permitindo a avaliação de diferenças interindividuais (Campos, 2013). As diferentes facetas, conjuntos de traços depressivos ou tipos de depressão podem ser explicados pela hipótese patoplástica da depressão que não invalida o modelo contínuo ou de espectro da depressão (Campos, 2013, Klein et al., 2011). Segundo o modelo patoplástico da depressão, a personalidade influencia a expressão ou manifestação da depressão (Klein et al., 2011). A adição do modelo patoplástico pode explicar as diferenças interindividuais, preservando, no entanto, a conceptualização de uma personalidade depressiva singular que abrange a normalidade e a patologia.

Traços de personalidade como por exemplo a dependência, são frequentemente descritos tanto como pré-mórbidos para a depressão e como componentes da expressão sintomática da depressão (Campos, 2013). Esta distinção pode ser, no entanto pouco útil visto que a dependência pode existir tanto como traço e como sintoma depressivo, visto que a depressão emerge a partir da personalidade (Campos, 2013). Desta forma, uma estrutura de personalidade pré-existente, como por exemplo a estrutura de personalidade *borderline*, pode influenciar a manifestação da depressão nos indivíduos.

Conceptualizando ou não a relação entre personalidade e depressão como um contínuo entre a normalidade e a patologia, diversas investigações sobre esta relação reforçam a hipótese de que certos traços de personalidade correspondem a uma

vulnerabilidade para a patologia depressiva (Bagby, Joffe, Parker, Kalembe, & Harkness, 1995; Enns & Cox, 1997; Kendler & Myers, 2010; Klein et al., 1993, 2011).

As principais relações encontradas entre a patologia depressiva e os traços de personalidade do Modelo dos Cinco Fatores revelam relações fortes e positivas com o Neuroticismo (Fanous, Neale, Aggen, & Kendler, 2007; Kendler, Gatz, Gardner, & Pederson, 2006; Kendler, Neale, Kessler, Heath, & Eaves, 1993) e correlações fracas e inversas com a Extroversão (Kendler et al., 2006). De forma a completar as investigações anteriores, um estudo de Kendler e Myers (2010) investigou as relações genéticas entre a perturbação depressiva major e todos os traços de personalidade contidos no Modelo dos Cinco Fatores, através de uma amostra de tamanho moderado composta por gémeos. Foram encontradas pequenas relações não significativas com os fatores Abertura à Experiência, Extroversão e Amabilidade, sendo que a relação encontrada foi positiva para o primeiro fator e negativa para os dois últimos (Kendler & Myers, 2010). Em relação ao Neuroticismo e Conscienciosidade foram encontradas relações moderadas e estatisticamente significativas, positivas para o Neuroticismo e negativas para a Conscienciosidade, sugerindo que os fatores genéticos que influenciam estes dois traços se sobrepõem de forma substancial aos fatores que influenciam o risco para a perturbação depressiva major (Kendler & Myers, 2010). No entanto a relação genética entre a Conscienciosidade e a perturbação depressiva major diminui com a inclusão do Neuroticismo no modelo de regressão, indicando que uma grande parte da relação encontrada com a Conscienciosidade é consequência da variância partilhada com o Neuroticismo (Kendler & Myers, 2010). Estas relações foram também encontradas num estudo longitudinal, onde a recuperação da patologia depressiva estava significativamente relacionada com a diminuição do Neuroticismo e o aumento da Extroversão e Conscienciosidade (Karsten et al., 2012).

Uma meta-análise da literatura sobre depressão e personalidade confirma os resultados anteriores reportando que a perturbação depressiva major está associada a níveis elevados de Neuroticismo e a baixos níveis de Conscienciosidade (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010). A associação a baixos níveis de Extroversão é inconsistente, sendo que, apesar da existência de relações moderadas e negativas, alguns estudos encontraram efeitos positivos (Kotov et al., 2010). No caso da perturbação distímica as relações apresentam valores mais elevados e consistentes, positivas para o Neuroticismo

e negativas para a Extroversão e Conscienciosidade (Kotov et al., 2010). Esta diferença é consistente com a concepção da perturbação distímica como sendo mais relacionada com os traços de personalidade do que a perturbação depressiva major (Kotov et al., 2010).

Associações mais consistentes e específicas podem não ser facilmente encontradas visto que este tipo de investigação utiliza dimensões gerais da personalidade (Klein et al., 2011). Traços mais específicos, contidos em dimensões mais gerais no Modelo dos Três Fatores, parecem indicar associações mais fortes e consistentes com a patologia depressiva (Klein et al., 2011). Os fatores Neuroticismo/Afetividade Negativa e Extroversão/Emoção Positiva do Modelo dos Três Fatores, são estatisticamente equivalentes às dimensões Neuroticismo e Extroversão do Modelo dos Cinco Fatores (Watson, Kotov, & Gamez, 2006). A componente do Neuroticismo/Afetividade Negativa que reflete a tendência para a auto-desvalorização e comportamentos auto-lesivos contribui para a depressão mesmo após o controlo estatístico dos traços mais gerais (Watson et al., 2006). A faceta da afetividade positiva contida na Extroversão/Emoção Positiva parece estar associada à patologia depressiva, em contraste com a faceta da sociabilidade e extroversão que não demonstra relação com a patologia depressiva (Durbin, Klein, Hayden, Buckley, & Moerk, 2005; Naragon-Gainey, Watson, & Markon, 2009). Estes resultados parecem explicar a inconsistência das relações encontradas entre a Extroversão e as diferentes patologias depressivas, visto que grande parte da variância não parece relevante para este tipo de patologia (Klein et al., 2011).

A relação entre depressão e funcionamento *borderline* ainda não é totalmente clara, sendo uma relação de difícil escrutínio dada a partilha de sintomas, fatores etológicos e critérios de diagnóstico a nível patológico (Dukalski et al, 2019; Snyder et al, 1982). A comorbilidade de diagnóstico entre as duas perturbações parece ser elevada, sendo que 83% dos pacientes com perturbação da personalidade *borderline* reportam algum tipo de perturbação depressiva ao longo da vida (Zanarini et al., 1998). Devido à predominância de instabilidade emocional e emoção negativa na perturbação da personalidade *borderline*, em certos casos torna-se difícil distinguir se o paciente *borderline* tem simultaneamente uma depressão major ou se os sintomas depressivos fazem parte do próprio funcionamento *borderline* (Beatson & Rao, 2012). Fatores ambientais como padrões patológicos e inseguros de vinculação, em alguns casos associados a temperamento ansioso e a trauma infantil, aumentam a predisposição tanto

para a perturbação da personalidade *borderline* como para perturbações depressivas (Beatson & Rao, 2012; Beatson & Taryan, 2003).

Apesar da sobreposição de vários sintomas, depressão e perturbação da personalidade *borderline* parecem ser estruturas independentes, no sentido em que o tratamento da depressão não leva à remissão dos sintomas *borderline* (Beatson & Rao, 2012; Gunderson et al., 2004). No caso da presença de sintomas depressivos na perturbação da personalidade *borderline*, estes sintomas estão tendencialmente associados a stress e conflito interpessoal (Beatson & Rao, 2012). Estes sintomas parecem ainda fazer parte integrante do funcionamento *borderline*, visto que o tratamento clássico antidepressivo não leva à remissão destes sintomas em específico (Beatson & Rao, 2012). De acordo com Snyder et al. (1982) a depressão é o afeto mais frequentemente descrito no funcionamento *borderline*, além da raiva. Desta forma a qualidade dos sintomas depressivos na perturbação da personalidade *borderline* é específica e única (Beatson & Rao, 2012; Levy, Edell, & McGlashan, 2007; Silk et al., 2010).

As características da depressão na perturbação da personalidade *borderline* incluem: sentimentos de solidão, vazio, vergonha ao invés da culpa, desamparo, alienação e tristeza intensa; dependência, medo de abandono e rejeição; instabilidade da afetividade negativa; sentimento marcado de malvadez interior; agressividade contra o próprio *self*; comportamento e ideação suicida aumentada (Beatson & Rao, 2012; Dukalski et al., 2019; Snyder et al., 1982). O desamparo acompanhado pelo sentimento de injustiça e de revolta demarcam o ritmo depressivo do sujeito *borderline* (Snyder et al., 1982). A alienação e o isolamento surgem no contexto defensivo contra a ansiedade e exaustão resultante das dificuldades relacionais e interpessoais (Snyder et al., 1982). Estas características estão em linha com a conceção psicanalítica de depressão de abandono, associada a conflitos nos desenvolvimentos da fase de separação-individuação (Snyder et al., 1982). Por sua vez, a depressão de abandono corresponde à descrição da depressão anaclítica, sendo que, devido à influência dos conflitos pré-edipianos neste tipo de depressão, esta é uma depressão encontrada tipicamente em sujeitos com funcionamentos *borderline* (Wixom, Ludolph, & Westen, 1993).

Autores como Kernberg (1985) e Gunderson (1985), referem como característica dos sujeitos *borderline* a vulnerabilidade para a depressão, sublinhando, no entanto, que a depressão não explica todas as manifestações da perturbação, mas que a sua forma de

expressão é explicada pela própria perturbação (Wixom et al., 1993). A partir desta perspectiva a depressividade *borderline* representa uma reação maladaptativa à percepção do próprio *self* como destruidor e malévolo (Wixom et al., 1993). O objeto percebido de forma clivada leva ao sentimento de rejeição que conseqüentemente resulta em ciclos de raiva e agressividade ora agidos ora infletidos (Snyder et al., 1982). Além dos níveis elevados de agressividade e hostilidade típicos da perturbação da personalidade *borderline*, a autocrítica parece também fazer parte da experiência depressiva *borderline* (Köhling, Ehrenthal, Levy, Schauenburg, & Dinger, 2015; Southwick, Yehuda, & Giller, 1995). Esta componente de autocrítica parece corresponder em parte à depressão introjectiva de Blatt (1974), no entanto a depressão *borderline* está aquém da culpa neurótica estando relacionada com características mais primitivas da relação dual (Snyder et al., 1982; Wixom et al., 1993). Os sujeitos *borderline* apresentam aspetos superficialmente neuróticos (Aronson, 1985), visto que não apresentam os aspetos mais coerentes e integrados da depressão neurótica associados também à severidade de um superego mais maturo (Wixom et al., 1993).

Utilizando o Questionário de Experiências Depressivas (QED), a perturbação da personalidade *borderline* surge relacionada positivamente com ambas as escalas de Dependência e Autocrítica (Westen et al., 1992). No entanto, através da análise dos itens do QED, verificou-se que pacientes depressivos com patologia *borderline* diferem significativamente dos sujeitos depressivos sem patologia *borderline*, manifestando a sua experiência depressiva com sensibilidade à perda, abandono, rejeição e instabilidade na afetividade negativa (Westen et al., 1992). Através deste questionário verificou-se que os sujeitos *borderline* reportam significativamente mais experiências depressivas centradas na dependência do que sujeitos deprimidos não-*borderline* (Wixom et al., 1993).

A análise dos dados relativos à subescala Necessidade (anaclítica) confirmou os dados anteriores, sendo que os pacientes *borderline* deprimidos ou não deprimidos apresentaram valores mais elevados nesta subescala do que pacientes apenas com depressão (Levy et al., 2007). A subescala Necessidade está significativamente correlacionada com *stress* interpessoal, comportamento autodestrutivo e impulsividade, componentes integrantes da patologia *borderline* (Levy et al., 2007). Em relação aos cinco fatores da personalidade, a subescala Necessidade está associada positivamente com o Neuroticismo e negativamente com a Extroversão e Conscienciosidade, de forma

significativa na população geral (Mcbride, Zuroff, Bacchioni, & Bagby, 2006). Estes resultados assemelham-se às relações encontradas entre o modelo dos cinco fatores e a patologia *borderline*, positivas para o Neuroticismo e negativas para a Conscienciosidade (Widiger & Costa, 2002) e para alguns aspetos da Extroversão (Samuel & Widiger, 2008).

Os sujeitos *borderline* reportam também de forma significativa uma maior preocupação com os aspetos orais dependentes e agressivos do que sujeitos não-*borderline* no teste Rorschach (Wixom et al. 1993). Estes resultados são consistentes com as teorias psicanalíticas que conceptualizam a depressão *borderline* como uma depressão dependente, de abandono ou anaclítica (Wixom et al., 1993).

1.4. Inventário de Traços Depressivos e o Funcionamento Borderline

O Inventário de Traços Depressivos (ITD) foi desenvolvido por Campos (2015), de forma a criar uma medida que avalie a personalidade depressiva de forma holística e integradora. As características relevantes deste inventário serão abordadas na secção Método. Este inventário, de acordo com a sua fundamentação teórica dimensional da personalidade depressiva, alia a perspetiva psiquiátrica e psicanalítica reunindo tanto a manifestação clínica como a experiência interna depressiva (Campos, 2015). Através desta visão singular e unitária é abrangida tanto a depressão (clínica) e a depressividade (não clínica), esta última correspondente à personalidade e à depressão latente cuja verdadeira sintomatologia depressiva pode estar mascarada por mecanismos antidepressores (Coimbra de Matos, 2014).

A distinção qualitativa entre traço e sintoma depressivo, é operacionalizada em termos de duração e estabilidade, sendo que o ITD avalia a depressão-traço (Campos, 2015). Desta forma, apesar de uma pontuação alta no resultado total do inventário poder indicar uma depressão crónica, o ITD não possui a capacidade de diagnóstico de uma perturbação clínica (Campos, 2015). Através do ITD é possível avaliar em que grau o funcionamento mental de um sujeito se assemelha ao constructo da personalidade depressiva, avaliando a presença de traços depressivos da personalidade (Campos, 2015). Estas características tornam este instrumento útil na avaliação dos traços na população clínica, como na população não clínica de identificar o risco e a vulnerabilidade de desenvolverem tanto uma perturbação depressiva como um episódio depressivo (Campos, 2015).

De acordo com o nosso conhecimento e revisão efetuada, a literatura sobre a utilização deste instrumento no âmbito da depressividade *borderline* é ainda inexistente. Dada a extensa literatura sobre os traços de personalidade *borderline* e, simultaneamente, sobre a relação entre depressão e funcionamento *borderline*, parece relevante a utilização do ITD na população com traços *borderline*. Ao partir de uma perspetiva da depressão como traço de personalidade, o ITD pode ser importante na identificação dos traços depressivos tanto em populações *borderline* clínicas e não clínicas.

Apesar do ITD não corresponder a uma visão dual da personalidade depressiva como o QED, separando a dimensão Dependência da dimensão Autocrítica, é possível encontrar associações com o funcionamento *borderline* através por exemplo, dos fatores contidos no ITD. Durante o desenvolvimento do instrumento, foi realizada uma análise no sentido de identificar que itens demonstravam o mesmo comportamento em diferentes amostras (Campos, 2015). Foram encontrados cinco fatores distintos, visto que 41 dos 80 itens do inventário saturavam num dado fator (Campos, 2015). Considerando os itens presentes em cada fator, estes foram denominados de Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional (Campos, 2015).

Para obter mais informação sobre os fatores depressivos, os resultados das cinco escalas fatoriais foram correlacionados com as escalas do QED como também com as escalas de padrões de personalidade do MCMI-II (Campos, 2015). Foi utilizada a escala Autocrítica, no entanto, ao invés da utilização da escala Dependência foi utilizada uma subescala desta última (Necessidade) (Campos, 2015). Todos fatores do ITD estão correlacionados positivamente com ambas escalas do QED (Campos, 2015), sendo que estes resultados não permitem hipotetizar uma relação específica entre algum fator e o funcionamento *borderline*, visto que este está correlacionado na literatura com experiências centradas na dependência e com a necessidade anaclítica (Levy et al., 2007; Westen et al., 1992; Wixom et al., 1993).

Através dos resultados correlacionados entre o ITD e o MCMI-II, foi possível descrever de forma mais detalhada os fatores depressivos que parecem representar diferentes facetas da personalidade depressiva (Campos, 2015). O primeiro fator, Depressão Essencial, sugere uma dimensão anódica, ansiosa e de “retirada”, semelhante à conceção psiquiátrica da perturbação da personalidade depressiva (Campos, 2015). O

segundo fator, Depressão Inibida, está associado a uma dimensão esquizoide da depressividade com evitamento, retirada, imaturidade e forte inibição da agressividade (Campos, 2015). O terceiro fator, Depressão de Fracasso, está associado a uma dimensão de autocrítica e desvalorização pessoal (Campos, 2015). Esta autocrítica, acompanhada por sentimentos de fracasso e falta de capacidade surge, no entanto no contexto da relação com o outro (Campos, 2015). O quarto fator, Depressão Perfeccionista, aproxima-se de uma dimensão de rigidez e perfeccionismo mostrando, no entanto, um lado mais adaptativo visto que é o único fator do ITD correlacionado com sentimentos de autoeficácia (Campos, 2015). O último fator, referente à Depressão Relacional, aponta para a vulnerabilidade ao abandono e à perda numa dimensão interpessoal da personalidade depressiva (Campos, 2015).

Tendo em conta estes dados, é possível hipotetizar de acordo com a literatura que a depressão de fracasso e a depressão relacional podem estar associadas ao funcionamento *borderline*. A dimensão de autocrítica presente na depressão de fracasso pode corresponder em parte à autocrítica *borderline* (não neurótica) descrita anteriormente (Köhling et al., 2015; Southwick et al., 1995). Além desta dimensão, a Depressão de Fracasso parece ainda conter uma dimensão de dependência dada a correlação significativa encontrada entre este fator e a escala Dependente do MCMI-II (Campos, 2015), reforçando a hipótese de associação com o funcionamento *borderline*. Em relação à Depressão Relacional, as características apontadas por Campos (2015) como a vulnerabilidade à perda e ao abandono parecem sugerir uma possível associação ao funcionamento *borderline*. No mesmo sentido, este fator aparece também relacionado com a escala Dependente do MCMI-II (Campos, 2015), confirmando o carácter interpessoal deste fator. Os itens que podem estar associados ao funcionamento *borderline* serão provavelmente itens que estão contidos tanto na Depressão de Fracasso como na Depressão Relacional.

O próprio resultado total do ITD pode surgir associado ao funcionamento *borderline*, especialmente em comparação com amostras não clínicas sem traços representativos de outras perturbações da personalidade, dada a componente depressiva característica dos sujeitos *borderline*.

2. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo visa explorar a personalidade depressiva, operacionalizada através do Inventário de Traços Depressivos, num grupo normativo da população geral adulta com evidência de traços de personalidade *borderline* e a sua comparação com um grupo normativo da população geral sem evidência de traços de personalidade *borderline*, tendo em conta as relações encontradas na literatura entre depressão e perturbação da personalidade *borderline*, em amostras clínicas e não clínicas. De seguidas são apresentadas hipóteses de acordo com os objetivos do estudo:

Objetivo 1: Explorar as diferenças entre um grupo com traços *borderline* e um grupo *normativo* no resultado total e nos fatores da personalidade depressiva do ITD-R.

Hipótese 1 (H1): Os participantes do grupo com traços *borderline* apresentam resultados médios mais elevados nos fatores Depressão de Fracasso, Depressão Relacional e no ITD-R Total, relativamente aos participantes do grupo *normativo*.

Objetivo 2: Explorar através dos modelos de regressão quais os itens e fatores do ITD-R (Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista, Depressão Relacional) que distinguem o grupo com traços *borderline* do grupo *normativo*.

Objetivo Específico 2.1: Explorar quais os itens do ITD-R que distinguem o grupo com traços *borderline* do grupo *normativo*.

Objetivo Específico 2.2: Explorar quais os fatores e total do ITD-R que distinguem o grupo com traços *borderline* do grupo *normativo*.

Hipótese 2 (H2): O grupo com traços *borderline* é predito pela Depressão de Fracasso e Depressão Relacional.

Objetivo 3: Explorar quais as dimensões da personalidade normativa, Modelo dos Cinco Fatores (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade, Conscienciosidade), que predizem os fatores da personalidade depressiva do ITD-R (Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista, Depressão Relacional) e o ITD-R Total, no grupo com traços *borderline* e no grupo *normativo*.

Hipótese 3 (H3): Os fatores e total do ITD-R, são preditos pela dimensão Neuroticismo em ambos os grupos.

Objetivo Específico 3.1: Explorar o valor preditivo da Amabilidade nos fatores e total do ITD-R em ambos os grupos.

3. Método

3.1. Participantes

Os participantes desta investigação dividem-se em duas amostras distintas: “grupo com traços *borderline*” e “grupo normativo”.

3.1.1. Grupo com Traços *Borderline*

A amostra do grupo com traços *borderline* é composta por 59 participantes da população geral adulta, com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 36.25$ anos; $DP = 14.33$ anos), de nacionalidade portuguesa. A caracterização sociodemográfica desta amostra encontra-se apresentada no Quadro 1.

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Grupo com Traços Borderline

Variáveis	<i>N</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo								
Feminino	29	49.20						
Masculino	30	50.80						
Idade			36.25	14.33	36.00	36.00	18.00	83.00
Escolaridade								
< 4º ano	1	1.70						
4º ano	0	0						
6º ano	1	1.70						
9º ano	10	16.90						
12º ano	18	30.50						
Licenciatura ou mais	29	49.20						
Estado civil								
Solteiro	29	49.20						
Casado ou vivendo como tal	22	37.30						
Viúvo	1	1.70						
Divorciado ou separado	7	11.90						
Situação Profissional								
Empregado	43	72.90						
Desempregado	7	11.90						
Reformado	2	3.40						
Dona de casa	0	0						
Estudante	7	11.90						

3.1.2. Grupo Normativo

A amostra do *grupo normativo* é composta por 97 participantes da população geral adulta, com idade igual ou superior a 18 anos ($M = 36.25$ anos; $DP = 12.31$ anos), na sua

maioria de nacionalidade portuguesa. A caracterização sociodemográfica desta amostra encontra-se apresentada no Quadro 2.

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Grupo Normativo

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo								
Feminino	48	49.50						
Masculino	49	50.50						
Idade			36.25	12.31	36.00	37.00	18.00	80.00
Escolaridade								
< 4º ano	0	0						
4º ano	1	1						
6º ano	1	1						
9º ano	14	14.40						
12º ano	35	36.10						
Licenciatura ou mais	46	47.40						
Estado civil								
Solteiro	37	38.10						
Casado ou vivendo como tal	52	53.60						
Viúvo	1	1						
Divorciado ou separado	6	6.20						
Situação profissional								
Empregado	72	74.20						
Desempregado	7	7.20						
Reformado	3	3.10						
Dona de casa	1	1						
Estudante	14	14.40						

3.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI); Inventário de Traços Depressivos – Versão Reduzida (ITD-R).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

Neste questionário estão incluídos 18 itens que permitem a recolha de dados sociodemográficos, como sexo, idade, nacionalidade e nível de escolaridade.

3.2.2. Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade: NEO-FFI

O presente estudo utilizou a versão portuguesa do NEO-FFI, sendo que a sua versão original corresponde à revisão do NEO-PI desenvolvida por Costa e McCrae (1992). A versão portuguesa possui uma estrutura fatorial equivalente ao Modelo dos Cinco Fatores referido no Enquadramento Teórico (Pedroso-Lima et al., 2014), composta pelas dimensões Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade (Costa & McCrae, 1992; Samuel et al., 2013; Widiger et al., 2002).

O NEO-FFI é composto por 60 itens, tendo como estrutura de resposta uma escala de *Likert* de 5 pontos: 0 (Discordo Fortemente); 1 (Discordo); 2 (Neutro); 3 (Concordo); 3 (Concordo Fortemente). É um instrumento direcionado para a aplicação na população adulta, a partir dos 17 anos, abrangendo qualquer nível de escolaridade e estatuto social. A validade e fiabilidade da versão utilizada foi reforçada, com alfas de Cronbach entre .75 e .82 (McCrae & Costa, 2004), sendo que foram estudadas e confirmadas relações entre diversas variáveis e as dimensões, tal como o poder preditivo das escalas (Costa & McCrae, 1992; Pedroso-Lima et al., 2014). Para a consistência interna os resultados encontrados variam entre .69 e .81 consoante as dimensões em causa, sendo que estes valores são semelhantes aos da versão original (Pedroso-Lima et al., 2014).

Para a amostra desta investigação, Varela (2018) confirmou a consistência interna do instrumento através da fusão de ambos os grupos devido a motivos estatísticos e ao tamanho da amostra (N=156). Para as cinco dimensões, os alfas de Cronbach obtidos foram: .85 Neuroticismo; .77 Extroversão; .67 Abertura à Experiência; .69 Amabilidade; .84 Conscienciosidade (Varela, 2018). Estes valores são equivalentes aos obtidos no estudo de Pedroso-Lima et al. (2014).

3.2.3. Inventário de Traços Depressivos – Versão Reduzida (ITD-R)

No sentido de avaliar a depressividade nos diferentes grupos, foi utilizado o Inventário de Traços Depressivos – Versão Reduzida (ITD-R), desenvolvido por Campos (2015). Como foi referido no Enquadramento Teórico, o ITD original foi criado no sentido de avaliar e investigar a personalidade depressiva e os traços depressivos da personalidade. Partindo da perspetiva dimensional da personalidade normal e da depressividade como um *continuum* da normalidade à patologia, a utilização deste instrumento é útil tanto em amostras clínicas como não clínicas (Campos, 2015).

O ITD é um instrumento de autorrelato, inicialmente composto por 80 itens, cuja resposta é estruturada por uma escala *Likert* de 5 pontos: 0 (Discordo Fortemente); 1 (Discordo); 2 (Neutro); 3 (Concordo); 3 (Concordo Fortemente). O resultado do ITD Total é calculado através da soma da pontuação obtida em cada item, podendo variar desde 0 até 205 (Campos, 2015). Os itens correspondem a diversas características depressivas presentes na literatura clínica psicanalítica e psiquiátrica, sendo que para a ponderação da escrita destes itens foram consultados outros instrumentos de avaliação depressiva como os Inventários de Depressão de Beck ou o Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Campos, 2015). Após a escrita os itens foram revistos por dois psicólogos clínicos para garantir a relevância e representatividade clínica (Campos, 2015). Dada a estabilidade do objeto de estudo, traços de personalidade, a precisão teste-reteste foi confirmada através da correlação de 0.80 ($p < .001$) obtida no resultado total entre duas aplicações distintas. A consistência interna é suportada através de um alfa de Cronbach de .97 em ambas as amostras utilizadas (Campos, 2015).

Através do estudo fatorial do ITD foram obtidas 5 escalas fatoriais, que devido aos 41 itens contidos nas escalas foram denominadas de: Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional. Cada escala apresenta consistência interna satisfatória sendo que a escala I apresenta um alfa de Cronbach de .93, a escala II de .84, a escala III de .85, a escala IV de .70 e a escala V de .73 (Campos, 2015). O ITD apresenta validade de constructo, concorrente e preditiva através de correlações significativas com outros instrumentos como o QED, DPDI, BDI-II, CES-D e o MCMI-II.

A versão reduzida utilizada neste estudo (ITD-R), é composta por 41 itens que correspondem aos itens presentes em cada escala fatorial. A validação, consistência e

precisão teste-reteste foi reforçada pela obtenção de correlações significativas tal como na versão original do ITD (Campos, 2015).

3.3. Procedimento

Esta investigação corresponde a um estudo transversal, fazendo parte de um projeto de investigação “Personalidade e Psicopatologia” a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

A amostra global foi recolhida através do método “bola de neve”. Esta amostra foi recolhida pela aplicação do protocolo, composto por nove instrumentos, dos quais este estudo utiliza três. Os critérios de participação neste estudo consistiram na idade dos participantes ser igual ou superior a 18 anos, da população geral. Foi necessária à participação a assinatura, pelos participantes, do consentimento informado. Foi ainda facultado o contacto do investigador, caso os participantes quisessem obter informações acerca dos resultados. A duração de preenchimento do protocolo rondava uma hora e trinta minutos. O protocolo foi entregue a cada participante num envelope e depois atribuído um número de ordem de forma a manter os dados anonimizados.

As amostras em estudo foram submetidas a procedimentos específicos baseados na investigação de Varela (2018) designada de “Traços da personalidade *borderline* na população geral adulta”.

3.3.1 Procedimento Estatístico

A análise dos dados foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics - versão 24 (Statistical Package for the Social Sciences). Utilizou-se a estatística descritiva (e.g., cálculos de frequências, médias e desvios-padrão), análises de variância a um fator (ANOVA), e recorreu-se a análises de regressão linear múltipla (método *stepwise*) e de regressão logística binária, (método *stepwise*) (Maroco, 2011).

Tendo em conta os objetivos deste estudo e de forma a testar as suas hipóteses, foram criados dois grupos (Varela, 2018): um grupo com traços *borderline* e um grupo normativo. Tendo em conta a revisão de literatura apresentada, a criação destes grupos teve em conta os resultados médios dos participantes nas escalas do NEO-FFI: Neuroticismo (M = 22.87), Amabilidade (M = 32.48) e Conscienciosidade (M = 35.01) (NEO-FFI). Assim, o grupo com traços *borderline* é composto pelos participantes que apresentam, relativamente à média, resultados mais elevados na dimensão Neuroticismo (i.e., resultado superior a 22.87) e resultados mais baixos nas dimensões Amabilidade

(i.e., resultado inferior a 32.48) e Conscienciosidade (i.e., resultado inferior a 35.01). Este grupo é composto por 59 participantes com as três características. Sendo a amostra inicial composta por 338 indivíduos e tendo em conta fins estatísticos, o grupo normativo foi criado de forma a ter um número mais reduzido de participantes, já que este seria o grupo de comparação. Assim, esta amostra é composta por 97 participantes dos 279 (i.e., amostra inicial sem os participantes do grupo com traços *borderline*), tendo sido estes selecionados de acordo com as características sociodemográficas que mais se assemelhavam às do grupo com o qual irão ser comparados (Varela, 2018).

4. Resultados

Nesta secção estão apresentados os resultados recolhidos através da presente investigação. Num primeiro momento, encontram-se os resultados correspondentes às diferenças nos fatores e total do ITD-R entre o grupo com traços *borderline* e o grupo normativo. De seguida estão presentes os dados relativos aos fatores e total do ITD-R que distinguem o grupo *borderline* do grupo normativo. Da mesma forma, estão presentes os dados relativos aos itens do ITD-R que distinguem o grupo *borderline* do grupo normativo. Por último encontram-se os resultados relativos aos valores preditivos dos traços de personalidade nos fatores e total do ITD-R, relativamente ao grupo com traços *borderline* e ao grupo normativo.

4.1. Diferenças entre o Grupo com Traços *Borderline* e o Grupo Normativo nos Fatores e Total do ITD-R

Os seguintes resultados correspondem à Hipótese 1 (p.20), presente no primeiro objetivo desta investigação. Para a exploração das diferenças entre grupos em relação aos fatores e total do ITD-R, foi realizada uma análise de variância a um fator –ANOVA cujos resultados estão presentes no Quadro 3. Os pressupostos deste método estatístico foram em parte validados, verificando-se a normalidade e a homogeneidade de variâncias em todas os fatores exceto na Depressão Relacional, através do teste de *Levene* ($p > .10$). Desta forma foi aplicada a correção de Welch para o fator referente à Depressão Relacional.

Quadro 3

Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Grupos nos Fatores do ITD-R

Fatores	Grupo com	Grupo				
	Traços <i>Borderline</i> (<i>n</i> = 59)	Normativo (<i>n</i> = 97)	<i>F</i>	<i>P</i>	<i>n</i> ² <i>p</i>	<i>Π</i>
	<i>M</i> (<i>DP</i>)	<i>M</i> (<i>DP</i>)				
ITD-R Total	119.86 (23.78)	88.03 (23.78)	61.47	.001	.28	.99
D. Essencial	33.97 (9.68)	22.90 (8.80)	53.77	.001	.26	.99
D. Inibida	27.58 (6.25)	20.57 (6.20)	46.60	.001	.23	.99
D. Fracasso	27.49 (7.34)	19.03 (6.29)	58.41	.001	.27	.99
D. Perfeccionista	17.80 (3.85)	15.01 (3.54)	21.26	.001	.12	.99
D. Relacional	13.03 (2.93)	10.53 (3.61)	20.30	.001	.12	.99

Nota: A negrito estão identificados os casos em que ($p < .05$); ¹

Para todos os fatores e total do ITD-R a diferença entre os grupos é estatisticamente significativos ($p < .001$), sendo a dimensão do efeito dos grupos elevada no ITD-R Total, Depressão Essencial e Depressão de Fracasso e média nos restantes fatores. O grupo com traços *borderline* demonstra valores mais elevados não só nos fatores Depressão de Fracasso, Depressão Relacional e no ITD-R Total, como em todos os fatores analisados em comparação com o grupo normativo. Tendo em conta as diferenças encontradas, a Hipótese 1 (p.20) foi confirmada.

4.2. Itens do ITD-R que Predizem o Grupo com Traços *Borderline*

De forma a analisar quais os itens do ITD-R que distinguem o grupo com traços *borderline* do grupo normativo, foi realizada uma análise de uma regressão logística binária. Assim, os resultados correspondentes ao Objetivo Exploratório 2.1 (p.20) estão presentes no Quadro 4.

¹ η^2p (dimensão do efeito): $\leq .05$ (Pequeno); $].05; .25]$ (Médio); $].25; .50]$ (Elevado); $> .50$ (Muito elevado); π (potência do teste): $\geq .80; 1.00]$ (Cohen (1988) cit. por Marôco, 2011).

Quadro 4

Resultados da Análise de Regressão Logística entre Grupos

	B (S.E.)	Wald (χ^2)	<i>p</i>	OR	Nagelkerke <i>R</i> ²
Modelo					.33
ITD-R 8	.49 (.23)	4.56	< .03	1.64	
ITD-R 13	.58 (.18)	9.88	< .002	1.78	
ITD-R 22	-.71 (13)	28.99	< .001	.49	

Nota: A negrito estão identificados os casos em que ($p < .05$)

Dos 41 itens do ITD-R, surgem 3 itens preditores do grupo com traços *borderline*. O item 8: “Sou uma pessoa que costuma ter comportamentos inadequados às situações” e o item 13: “Sinto-me frequentemente abatido(a) ou em baixo” são preditores do grupo com traços *borderline* e preditores negativos do grupo normativo. Por outro lado, o item 22: “Custa-me dizer que não quando me pedem alguma coisa” é preditor negativo do grupo com traços *borderline* e conseqüentemente preditor do grupo normativo. Este modelo de regressão explica 33% da variância total dos resultados.

4.3. Fatores do ITD-R que Predizem o Grupo com Traços *Borderline*

Para analisar que fatores do ITD-R distinguem o grupo com traços *borderline* do grupo normativo, foi realizada uma regressão logística binária. Desta forma, os resultados relativos à Hipótese 2 (p.20) estão presentes no Quadro 5.

Quadro 5

Resultados da Análise de Regressão Logística entre Grupos

	B (S.E.)	Wald (χ^2)	<i>p</i>	OR	Nagelkerke <i>R</i> ²
Modelo					.23
D. Fracasso	.16(.04)	20.34	< .001	1.18	
D. Perfeccionista	-.25(.05)	22.56	< .001	.78	

Nota: A negrito estão identificados os casos em que ($p < .05$)

Entre todos os fatores e total do ITD-R, surgem dois fatores preditores do grupo com traços *borderline*. O fator Depressão de Fracasso surge como preditor do grupo com

traços *borderline*. O fator Depressão Perfeccionista surge como preditor negativo do grupo com traços *borderline*. Dada a associação encontrada com a Depressão de Fracasso, a Hipótese 2 (p.20) foi parcialmente confirmada, visto que a Depressão Relacional não se encontra no modelo de regressão. Este modelo de regressão explica 23% da variância total dos dados.

4.5. Predição dos Fatores e Total do ITD-R através dos Traços de Personalidade no Grupo com Traços *Borderline*

Para analisar o valor preditivo dos traços de personalidade nos fatores e total do ITD-R (depressividade) no grupo com traços *borderline*, foram realizadas análises de regressão linear múltipla. Desta forma, os resultados relativos à Hipótese 3 (p. 20) e ao Objetivo Específico 3.1 (p.20) estão apresentados no Quadro 6.

Quadro 6

Resultados das Análises de Regressão Múltipla no Grupo com Traços Borderline

Preditores	B	B	T	P	R	R ²	F	p
ITD- R Total					.99	.98	1267.37	< .001
N	.83	3.34	10.56	< .001				
A	.16	.72	2.05	< .05				
D.Essencial					.98	.95	1170.55	< .001
N	.98	1.13	34.21	< .001				
D.Inibida					.98	.96	497.45	< .001
N	.84	.78	7.34	< .001				
A	.42	.44	3.56	< .001				
AE	-.28	-.28	-2.45	< .02				
D. Fracasso					.98	.96	1254.02	< .001
N	.98	.91	35.41	< .001				
D. Perfeccionista					.98	.97	851.37	< .001
N	.61	.37	8.43	< .001				
E	.38	.26	5.22	< .001				
D. Relacional					.99	.97	902.14	< .001
N	.67	.23	9.44	< .001				
E	.33	.16	4.69	< .001				

Nota: [N: Neuroticismo; A: Amabilidade; AE: Abertura à Experiência; E: Extroversão]; A negrito estão identificados os casos em que ($p < .05$)

De acordo com a análise, a dimensão Neuroticismo surge como preditora de todos os fatores do ITD-R e do ITD-R Total. Desta forma, a Hipótese 3 (p.20) que sugere o poder preditivo do Neuroticismo em todos os fatores do ITD-R e no ITD-R Total é confirmada para o grupo com traços *borderline*. Além destes resultados, o ITD-R Total é também predito pela dimensão Amabilidade. A Depressão Inibida é, ainda, predita pela Amabilidade e pela baixa Abertura à Experiência, enquanto a Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional, são preditas pela Extroversão.

4.6. Predição dos Fatores e Total do ITD-R através dos Traços de Personalidade no Grupo Normativo

Para analisar o valor preditivo dos traços de personalidade nos fatores do ITD-R no grupo normativo, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla. Desta forma, os resultados relativos à Hipótese 3 (p.20) estão apresentados no Quadro 7.

Quadro 7

Resultados das Análises de Regressão Múltipla no Grupo Normativo

	Preditores	B	B	T	p	R	R ²	F	p
ITD- R Total						.98	.97	1491.69	< .001
	N	.75	2.87	14.95	< .001				
	AE	.28	.90	5.95	< .001				
D.Essencial						.96	.92	597.22	< .001
	N	.74	.79	9.98	< .001				
	AE	.24	.20	3.22	< .002				
D.Inibida						.97	.95	919.21	< .001
	N	.65	.61	10.30	< .001				
	A	.34	.22	5.46	< .001				
D. Fracasso						.98	.96	1089.75	< .001
	N	.79	.67	14.25	< .001				
	AE	.20	.14	3.55	< .001				
D. Perfeccionista						.99	.97	1221.62	< .001
	N	.51	.35	11.53	< .001				
	AE	.29	.15	4.32	< .001				
	C	.21	.09	3.30	< .001				
D. Relacional						.97	.95	842.54	< .001
	N	.71	.34	11.22	< .001				
	AE	.28	.10	4.48	< .001				

Nota: [N: Neuroticismo; A: Amabilidade; AE: Abertura à Experiência; E: Extroversão]; A negrito estão identificados os casos em que ($p < .05$)

De acordo com a análise, a dimensão Neuroticismo surge como preditora de todos os fatores do ITD-R e do ITD-R Total. Desta forma, a Hipótese 3 (p.20) que sugere o poder preditivo do Neuroticismo em todos os fatores do ITD-R e no ITD-R Total para ambos os grupos, é confirmada. Além destes resultados o ITD-R Total, Depressão Essencial, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional são preditas pela Abertura à Experiência. A Depressão Inibida é, ainda, predita pela Amabilidade e a Depressão Perfeccionista é predita pela Conscienciosidade.

5. Discussão

Os resultados relativos ao primeiro objetivo demonstram a componente depressiva da população com traços *borderline*, reforçando a literatura apresentada no ponto 1.7, Depressão e Funcionamento *Borderline* (e.g., Beatson & Rao, 2012; Dukalski et al., 2019; Levy et al., 2007; Silk et al., 2010). Para todos os fatores do ITD-R, incluindo o ITD-R Total, a diferença entre os grupos é significativa, sendo que as médias são superiores para todas as componentes do ITD-R na população com traços *borderline*. A Hipótese 1 (p.20) é desta forma confirmada, apesar das diferenças serem encontradas para todos os fatores e não só para os fatores contemplados nesta hipótese. A homogeneidade na diferença de médias entre os grupos para cada fator, sugere que independentemente da faceta ou estilo depressivo, a população com traços *borderline* está mais suscetível a diferentes experiências depressivas em comparação com a população normativa. Tendo em conta que ambos os grupos são compostos por populações não clínicas, estes resultados são congruentes com estudos como o de Fonseca-Pedrero et al. (2011) que indicam associações positivas entre traços *borderline* e medidas de depressão em populações não clínicas. Visto que a literatura sugere uma relação semelhante entre depressão e os traços *borderline* para populações clínicas e não clínicas, estes resultados parecem reforçar também os modelos que conceptualizam a personalidade como um contínuo entre a normalidade e a patologia (Distel et al., 2009; Widiger et al., 2002; Widiger & Samuel, 2005).

Em relação ao segundo objetivo, mais concretamente ao Objetivo Específico 2.1 (p.20), os itens que predizem o grupo com traços *borderline* são os itens 8, 13 e 22. O item 8: “Sou uma pessoa que tem comportamentos desadequados às situações” surge como preditor do grupo com traços *borderline*. Este sentimento de desadequação parece ser congruente com diversas características do funcionamento *borderline*. Em primeiro lugar, a dificuldade de interpretar informações sociais, característica de funcionamentos próximos da psicose (Lysaker, Bell, Kaplan, Grieg, & Bryson, 1999), pode impedir a leitura correta do ambiente social e conseqüentemente fomentar comportamentos desadequados. No funcionamento *borderline* esta dificuldade está também relacionada com os mecanismos projetivos decorrentes da clivagem do objeto interno. Projetando a componente negativa do objeto clivado, o sujeito pode agir de forma hostil e desadequada. No mesmo sentido, o funcionamento *borderline* é caracterizado pela impulsividade, o que

retira capacidade de ponderação comportamental ao sujeito, acentuando as dinâmicas referidas. Internamente, percebendo a desadequação, o sujeito pode experienciar sentimentos intensos de vergonha. A vergonha é um sentimento associado à depressividade (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2013) e à perturbação da personalidade *borderline* (Peters & Geiger, 2016; Peters, Geiger, Smart, & Baer, 2014), sendo que esta última associação pode ser explicada pela clivagem objetal onde representações do *self* negativas estão desconectadas de representações positivas (Kernberg, 1984). Esta desconexão pode existir devido a experiências invalidantes durante a infância, onde a criança é induzida a sentir vergonha por experienciar emoção negativa (Peters & Geiger, 2016). Através da perspectiva psicanalítica estas dinâmicas estão ligadas a conflitos da analidade, onde a criança é repreendida pelos movimentos de oposição que visam a construção da autonomia (Mahler, 1983, Silk et al., 2010). Estas características podem estar também implicadas no poder preditivo do item 22 sobre o grupo com traços *borderline*.

Contido no fator Depressão Perfeccionista, o item 22: “Custa-me dizer que não quando me pedem alguma coisa” é preditor negativo do grupo com traços *borderline*. Esta associação tem de ser interpretada de forma inversa, visto que os dados indicam que para os indivíduos com traços *borderline* não existem dificuldades na recusa de pedidos exteriores. Podem estar em causa características antagónicas da população com traços *borderline*, sendo que o grupo com traços *borderline* foi construído tendo em conta resultados baixos na Amabilidade. Os conflitos de oposição podem surgir no contexto *borderline* pelos desenvolvimentos infantis da fase de separação-individação (Mahler, 1983) e acentuadas pela impulsividade comportamental. A facilidade na recusa de pedidos exteriores pode estar também relacionada com a clivagem do objeto interno. Inferindo negativamente as motivações do pedido, através da projeção de partes negativas do *self*, o sujeito pode recusar o pedido devido a ansiedades persecutórias. Esta interpretação é congruente com resultados do estudo de Fonseca-Pedrero et al. (2011), que indicam a associação entre traços *borderline* e ideação paranoide na população não clínica. A inversão do item 22 pode sugerir também níveis reduzidos de culpabilidade no grupo com traços *borderline* em comparação com o grupo normativo. Estes resultados são congruentes com a literatura que indica um contraste entre os sentimentos de

vergonha (elevados) e de culpa (diminuídos) no funcionamento *borderline* (Peters & Geirs, 2016; Peters et al., 2014).

O item 13: “Sinto-me frequentemente abatido(a) ou em baixo” surge também como preditor positivo do grupo com traços *borderline*. Esta associação pode ser explicada pela instabilidade afetiva característica do funcionamento *borderline*, sendo que o sujeito *borderline* apresenta maior probabilidade de experienciar abatimento e emoção negativa. Os dados da presente investigação parecem sugerir que a depressividade *borderline* difere significativamente da depressividade “normativa” pela maior frequência de abatimento, sentimentos de desadequação e ainda pela possível ausência de culpabilidade e/ou desconfiança das intenções dos outros.

Em relação ao Objetivo 2.2, o fator Depressão de Fracasso é preditor do grupo com traços *borderline* enquanto o fator Depressão Perfeccionista é preditor negativo do grupo com traços *borderline*. A Hipótese 2 (p.20) é parcialmente confirmada dada a ausência do fator Depressão Relacional no modelo de regressão. O poder preditivo da Depressão de Fracasso pode ser explicado, em parte, pela associação encontrada para o item 8 deste fator. Este fator representa tendências depressivas na ordem da autocrítica, auto desvalorização e incapacidade sentida na relação com os outros. Estes resultados podem reforçar a literatura que sublinha a importância da componente autocrítica na depressividade *borderline* (eg. Beatson & Rao, 2012; Dukalski et al., 2019; Köhling et al., 2015; Snyder et al., 1982; Southwick et al., 1995). No mesmo sentido da autocrítica, a perturbação de personalidade *borderline* está associada ao autoconceito extremamente negativo e à repulsa da própria aparência física e dos seus comportamentos (Winter, Bohus, & Lis, 2017). Estas características *borderline* são congruentes com a hipótese levantada para o item 8, em relação aos sentimentos de vergonha. Neste sentido, diversos itens deste fator apontam para uma avaliação negativa do *self* como por exemplo o item 7: “No fundo, sinto que não mereço ser feliz”, o item 11: “No fundo, não gosto muito de mim” e o item 24: “É frequente ter a sensação de não fazer nada certo”.

No sentido inverso, a Depressão Perfeccionista surge associada negativamente ao grupo com traços *borderline*. É importante ter em conta que este fator contém apenas 5 itens, sendo que grande parte do valor preditivo pode ser explicado pela associação encontrada para o item 22 deste fator. Além disto, um dos temas presentes neste fator pode corresponder à ruminação e possivelmente ao pensamento obsessivo, como

exemplificado no item 38: “Fico muitas vezes a pensar e repensar sobre as coisas que fiz ou disse”. Apesar do pensamento repetitivo estar associado ao funcionamento *borderline* (Baer & Sauer, 2011; Peters et al., 2017; Sauer-Zavala, Geiger, & Baer, 2013), estes pensamentos são distinguidos entre ruminação depressiva e ruminação agressiva (Baer & Sauer, 2011). Neste contexto o funcionamento *borderline* surge associado à ruminação agressiva em comparação com a ruminação depressiva (Baer & Sauer, 2011), sendo que este estilo ruminativo está associado a maiores níveis de abuso de substâncias, instabilidade afetiva, impulsividade e automutilação (Peters et al., 2017). Consequentemente, os itens deste fator podem não captar o estilo ruminativo agressivo. Adicionalmente a Depressão Perfeccionista está associada a sentimentos de autoeficácia (Campos, 2015), contrastando com o autoconceito negativo dos sujeitos *borderline*. A Depressão Perfeccionista pode estar ainda relacionada com dinâmicas de culpa, como exemplificado pelo item 14: “Penso muitas vezes que agi mal e fico com remorsos do que fiz”, sugerindo novamente a maior influência da vergonha na depressividade *borderline*.

Ao contrário do que era esperado, o fator Depressão Relacional não é preditor do grupo com traços *borderline*. Este fator está relacionado com a sensibilidade ao abandono e com a preocupação com o que os outros sentem em relação a si. Os resultados não significam a ausência das características da Depressão Relacional nos sujeitos com traços *borderline*, mas sugerem que este fator não tem o poder preditivo e diferencial sobre os grupos como por exemplo a Depressão de Fracasso. A ausência da Depressão Relacional do modelo de regressão pode ser explicada, num primeiro nível de análise, pela heterogeneidade de características das populações *borderline*. Apesar da literatura sugerir que a depressividade *borderline* está simultaneamente associada a medidas de dependência e de autocrítica (eg. Westen et al., 1992), dentro da população *borderline* existem sujeitos com diferentes características e que podem apresentar níveis mais elevados de autocrítica ou de dependência (Vansteelandt et al., 2020). No mesmo sentido os resultados podem indicar que para a amostra em estudo, características como a sensibilidade à rejeição e ao abandono não são suficientes para distinguir significativamente a depressividade do grupo com traços *borderline* da depressividade do grupo normativo. Por outro lado, através da perspectiva psicanalítica do funcionamento *borderline*, é possível levantar a hipótese de que as características da Depressão

Relacional não surgem de forma tão saliente na análise estatística pelas especificidades dos processos defensivos *borderline*.

De acordo com Kernberg (1985), os pacientes *borderline* manifestam operações defensivas mais primitivas centradas na negação, decorrentes dos processos de clivagem. Esta negação primitiva manifesta-se maioritariamente pela falta de capacidade de realizar a ligação emocional entre diferentes representações (Kernberg, 1985). A dor psicológica associada à dependência e ao medo de abandono pode ser negada de forma onipotente através da desvalorização do objeto frustrante (Kernberg, 1985). A utilização destes mecanismos pode levar o sujeito a alternar entre a necessidade de desenvolver relações fusionais, onde exige a responsividade de um objeto idealizado, e a manifestação de fantasias e comportamentos que revelam sentimentos mágicos de onipotência em relação a si próprio (Kernberg, 1985). Ambos os estados correspondem à identificação com partes clivadas do objeto, somente positivas e idealizadas de forma a proteger o *self* fragmentado contra objetos persecutórios (Kernberg, 1985). A onipotência pode ser identificada pela forma possessiva e exigente com que o sujeito se relaciona com o outro idealizado, como se o outro correspondesse a uma extensão de si (Kernberg, 1985). As necessidades dependentes associadas à insegurança na vinculação e ao medo de abandono podem não ser reconhecidas por se encontrarem projetados no outro.

Desta forma, a nível consciente, a necessidade dependente passa de ser reconhecida como uma necessidade pessoal para ser atribuída sob a forma de dever/obrigação ao objeto de amor. A partir deste momento, pelas dinâmicas estabelecidas com o outro, torna-se inevitável que durante o desenvolvimento da relação o sujeito *borderline* se sinta invalidado. No entanto, esta invalidação pode não assumir a forma consciente de abandono. Esta realização implicaria o reconhecimento das suas falhas ou necessidades e, no sentido inverso, o reconhecimento de que o outro não é totalmente mau. Este processamento é paradoxal no funcionamento *borderline* pelas pobres fronteiras do ego que dificultam a diferenciação entre o mundo interno e o externo. Posteriormente podem apenas surgir à superfície as consequências das frustrações relacionais, ao invés de uma verdadeira ligação entre o sofrimento psíquico e as dinâmicas internas de rejeição e abandono. Reforçando esta hipótese, o estudo de Bornstein (1998) sugere que os sujeitos *borderline* apresentam maior instabilidade na perceção das suas necessidades dependentes. Apesar de demonstrarem ocasionalmente *insight* sobre a

influência das necessidades dependentes no seu comportamento, o sujeito *borderline* pode perder bruscamente esta ligação emocional e cognitiva, especialmente em momentos de crise (Bornstein, 1998).

Em relação ao Objetivo 3, a Hipótese 3 (p.20) foi confirmada visto que todos os fatores do ITD-R e o ITD-R Total são preditos significativamente pelo Neuroticismo no grupo com traços *borderline* e no grupo normativo. Como referido no enquadramento teórico, o Neuroticismo está associado a várias formas de patologia depressiva (eg. Fanous et al., 2007; Kendler et al., 2006, 1993; Kotov et al., 2010). Estes resultados eram expectáveis visto que a associação positiva entre o Neuroticismo e o funcionamento depressivo mantém a sua força em estudos realizados na população geral (Bienvenu et al., 2004; Cox, McWilliams, Enns, & Clara, 2004; Jylhä & Isometsä, 2006). Dada a forte influência do Neuroticismo em diferentes populações e manifestações depressivas, é expectável que esta dimensão da personalidade tenha preponderância na predição do ITD-R Total e das diferentes facetas ou fatores depressivos. Desta forma, estes resultados reforçam também a validade do ITD-R como instrumento de medida da depressividade. No entanto estes dados sugerem o fraco poder discriminativo do Neuroticismo em relação aos diferentes fatores depressivos. Uma das facetas do Neuroticismo é a depressão (N6), pelo que provavelmente esta componente estará associada a todos os fatores do ITD-R, sendo que certos itens de ambos os instrumentos podem estar a medir o mesmo constructo. Em relação ao grupo com traços *borderline*, o Neuroticismo está associado na literatura ao funcionamento *borderline* (eg. Saulsman & Page, 2004; Samuel & Widiger, 2008; Widiger & Costa, 2002), sendo que esta associação pode ser justificada também pela partilha de características entre as duas variáveis. Facetas do Neuroticismo como a hostilidade (N2) e a impulsividade (N5) são características basilares do funcionamento *borderline*, podendo corresponder a uma parte significativa da predição do modelo. Assim, apesar dos resultados serem congruentes com a literatura será necessária uma análise mais detalhada das componentes do Neuroticismo implicadas nas predições, com o objetivo de aprofundar as relações em causa.

A Depressão de Fracasso é predita apenas pelo Neuroticismo, para o grupo com traços *borderline*. Como foi referido nos resultados correspondentes ao segundo objetivo, este fator depressivo é preditor da condição traços *borderline*. Desta forma estes resultados podem ser explicados novamente pela associação forte entre o Neuroticismo e

o funcionamento *borderline*. No estudo da relação entre o Modelo dos Cinco Fatores e os traços *borderline*, o Neuroticismo e todas as suas facetas surgem associadas positivamente aos traços *borderline* (instabilidade afetiva, distorções cognitivas, problemas de identidade e vinculação insegura) (Kendler, Myers, & Reichborn-Kjennerud, 2010). A Depressão Essencial é também predita apenas pelo Neuroticismo. Tendo em conta que este fator representa uma dimensão mais próxima da conceção psiquiátrica da depressão, o valor preditivo do Neuroticismo era esperado dadas as relações positivas apresentadas no Enquadramento Teórico entre a patologia depressiva e o Neuroticismo.

Além do Neuroticismo, surgiram alguns preditores adicionais em diferentes fatores. Em relação ao ITD-R Total, este resultado corresponde ao grau em que o funcionamento do sujeito se aproxima do conceito de personalidade depressiva (Campos, 2015). Para o grupo com traços *borderline*, além do Neuroticismo a Amabilidade surge também como preditor no modelo de regressão. Apesar da Amabilidade ser frequentemente associada negativamente à patologia *borderline* (Widiger & Costa, 2002; Saulsman & Page, 2004; Samuel & Widiger, 2008) e de forma inconsistente à patologia depressiva (Kendler & Myers, 2010; Klein et al., 2011; Kotov et al., 2010), estes resultados parecem sugerir que a Amabilidade, a par do Neuroticismo, está diretamente associada à depressividade na população geral com traços *borderline*.

A amabilidade representa a tendência para o altruísmo, honestidade, modéstia, idealismo e confiança no outro (Costa & McCrae, 1992). Apesar destas características a Amabilidade pode por vezes assumir uma forma patológica e maladaptativa relacionada com a dependência (Costa & McCrae, 1985). Segundo Widiger et al. (2002), diversos critérios de diagnóstico presentes no DSM incluem exemplos explícitos de Amabilidade extrema e patológica. O conformismo através da dificuldade de expressar discordância, o altruísmo pela abertura para se submeter a experiências desagradáveis e a modéstia pela necessidade de validação de terceiros para tomar decisões (Widiger et al., 2002). Apesar das relações encontradas entre Amabilidade e dependência não serem consistentes, a Amabilidade maladaptativa está fortemente associada com diversas medidas de dependência (Lowe, Edmundson, & Widiger, 2009).

No contexto da depressividade *borderline*, estas características extremas da amabilidade podem estar relacionadas com a dependência no sentido do evitamento do

abandono e da manutenção das relações dependentes. No estudo das dimensões da personalidade segundo o QED, a Amabilidade surge associada à dimensão Dependência enquanto a associação com a dimensão Autocrítica é inversa (Zuroff, 1994). Simultaneamente o Neuroticismo surge associado a ambas as dimensões, sendo que, no contexto do Modelo dos Cinco Fatores, a Amabilidade é o fator discriminante entre os dois estilos depressivos de Blatt (Zuroff, 1994). Em relação a este modelo, a depressividade dependente pode ser descrita como uma versão amável do Neuroticismo (Zuroff, 1994). A própria Amabilidade está relacionada com a comunhão e manutenção de relações positivas com os outros (Finch & Graziano, 2001). A ansiedade de separação, que se pode manifestar através de tentativas frenéticas de evitar o abandono, é atenuada quando o regresso do objeto de dependência é percebido ou real (Bornstein, Becker-Matero, Winarick, & Reichman, 2010). Desta forma, o depressivo *borderline* pode utilizar características da Amabilidade elevada como defesa contra o medo de abandono, sendo que a personalidade depressiva avaliada pelo ITD-R Total parece sensível às características presentes no grupo com traços *borderline*. Reforçando estas considerações, um estudo que relacionou os traços *borderline* com o Modelo dos Cinco Fatores, indica que a Amabilidade elevada está associada significativamente à insegurança na vinculação (Kendler et al., 2010). Uma das interpretações possíveis sugere que na população geral com traços *borderline*, a personalidade depressiva está relacionada com características dependentes associadas à Amabilidade.

Em relação ao fator Depressão Inibida, além do Neuroticismo surgem também a Amabilidade e a Abertura à Experiência como preditores no grupo com traços *borderline*. Ao contrário do Neuroticismo e da Amabilidade, a associação entre a Depressão Inibida e a Abertura à Experiência é negativa.

A Abertura à Experiência representa a disponibilidade dos indivíduos para novas experiências internas ou externas (Piedmont, Sherman, & Sherman, 2012). Esta dimensão distingue aqueles que procuram novidade e evitam estruturas definidas daqueles que aceitam a estabilidade e o familiar. Desta forma, problemas nesta dimensão podem surgir na forma como cada sujeito equilibra as pressões externas para a mudança com as suas necessidades emocionais internas (Piedmont et al., 2012). Problemas relacionados com baixa Abertura à Experiência podem incluir dificuldades na adaptação a mudanças sociais e pessoais, baixa tolerância com diferentes pontos de vista, alexitimia, pouca

profundidade emocional e um leque restrito de interesses (Widiger et al., 2002). Os indivíduos com baixa Abertura à Experiência demonstram tendências conformistas com os padrões pré-existentes no seu mundo externo (Piedmont et al., 2012). A baixa Abertura à Experiência maladaptativa pode resultar na desconexão do meio social, pela extrema rigidez apresentada a nível comportamental ou ideativo que leva à falta de profundidade emocional e tolerância social (Piedmont et al., 2012). Estes traços maladaptativos resultam então na dificuldade de estabelecer relações emocionais satisfatórias (Piedmont et al., 2012). Assim, os resultados que indicam o valor preditivo da baixa Abertura à Experiência sobre a Depressão Inibida reforçam o carácter esquizoide, de evitamento, isolamento, retirada e de inibição da agressividade deste fator depressivo (Campos, 2015).

Por outro lado, é necessário ter em conta que esta associação dos dados é relativa a um grupo com traços *borderline*. Desta forma a Abertura à Experiência apresenta valor preditivo na Depressão Inibida para os participantes com estas características específicas, sendo que esta relação deve ser interpretada à luz das mesmas. Apesar da associação entre Abertura à Experiência e patologia da personalidade ser inconsistente na literatura (Piedmont, Sherman, Sherman, & Dy-Liacco, 2009), algumas características maladaptativas desta dimensão surgem associadas ao funcionamento *borderline*.

A alexitimia é definida como a incapacidade de identificar as suas emoções e as dos outros, sendo que está inversamente associada à Abertura à Experiência (Singh, Arteché, & Holder, 2011) e diretamente associada à perturbação de personalidade *borderline* (New et al., 2012). Apesar dos sujeitos *borderline* serem altamente responsivos às emoções dos outros, a sua capacidade de identificação e de descrição das emoções é deficitária (New et al., 2012).

Por outro lado, a conformidade com padrões externos de funcionamento pode estar relacionada com o desenvolvimento de um falso *self*, associado na teoria psicodinâmica ao funcionamento *borderline* (e.g., Leichsenring, 1999; Ronningstam & Gunderson, 1991). Este *self* superficial corresponde à excessiva adaptação ao funcionamento do objeto primário na infância, que na vida adulta pode significar uma excessiva adaptação ao meio externo (Jorgensen, 2006). O verdadeiro *self* fica encoberto pelo falso *self*, resultando no fraco desenvolvimento da identidade. Desta forma, características maladaptativas da baixa Abertura à Experiência como a alexitimia, o conformismo com padrões externos de funcionamento ou a escassa definição de

interesses no contexto depressivo podem ser explicadas em parte por características do funcionamento *borderline*. Adicionalmente, o traço *borderline* correspondente à insegurança na vinculação está associado de forma significativa à baixa Abertura à Experiência (Kendler et al., 2010). A adaptação excessiva ao funcionamento do outro e do meio externo pode constituir uma função contentora das ansiedades decorrentes de uma vinculação insegura. Ao conformar-se com o funcionamento do outro e do exterior, o sujeito pode criar a ilusão de uma relação satisfatória e de um objeto responsivo (Newman, 2013).

No modelo de regressão para a Depressão Inibida, além do Neuroticismo e Abertura à Experiência, a Amabilidade surge também como preditor do grupo com traços *borderline*. A Amabilidade elevada pode ser interpretada à luz das considerações anteriores sobre a Abertura à Experiência, visto que elevada Amabilidade pode corresponder por exemplo ao conformismo extremo na dificuldade em expressar discordância e à necessidade de validação externa para a tomada de decisão. A interpretação destes resultados pode sugerir que na população geral com traços *borderline*, a faceta inibida da depressividade está relacionada com o falso *self* que inibe e conforma o indivíduo na sua relação consigo e com o exterior.

Para os últimos dois fatores, Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional, além do Neuroticismo surge também a Extroversão como preditor do grupo com traços *borderline*. Apesar das múltiplas associações entre a Extroversão e as suas componentes com a patologia da personalidade, as relações entre a alta Extroversão e a patologia da personalidade são menos comuns (Samuel & Widiger, 2008). As relações encontradas dizem respeito à perturbação da personalidade histriónica para todas as facetas da Extroversão, e à perturbação da personalidade antissocial para a faceta relacionada com a procura de excitação (Samuel & Widiger, 2008). O estudo de Kendler et al. (2010) indica, no entanto, uma associação positiva entre a Extroversão e dois traços *borderline*. No estudo mencionado, a Extroversão surge associada à instabilidade afetiva e à vinculação insegura. (Kendler et al., 2010).

Resultados positivos na Extroversão podem representar uma tendência a depender e procurar o contacto e suporte social como mecanismo de *coping* (Lysaker et al., 1999). Este suporte tem a função de diminuir o *stress*, atenuando possíveis conflitos internos e sintomatologia (Lysaker et al., 1999). No caso do funcionamento *borderline*, estes

conflitos podem estar associados com a insegurança da vinculação e do medo de abandono (Kendler et al., 2010). Indivíduos com alta Extroversão podem também apresentar sintomas psicopatológicos relacionados com a procura de excitação, hostilidade, falta de controlo de impulsos e falta de cooperação (Lysaker et al., 1999). No contexto dos funcionamentos de carácter psicótico, a procura de contacto social pode ser mal interpretada por défices no processamento da informação social (Lysaker et al., 1999). Apesar de poderem procurar ativamente o suporte e contacto social, a falta de sensibilidade para as nuances da interação social leva a que este comportamento extrovertido seja desadequado socialmente (Lysaker et al., 1999). Nestes casos, a procura de contacto em indivíduos com elevada Extroversão pode resultar em experiências frustrantes e depressoras.

Em termos objetivos, os défices sociais e relacionais podem decorrer da clivagem, visto que experiências emocionais inconstantes na infância podem enviesar o sujeito *borderline* a perceber e avaliar o outro como apenas bom ou mau (Selby, Braithwaite, Joiner, & Fincham, 2008). Desta forma o sujeito pode estar mais suscetível a conflito tanto pela avaliação de eventos relacionais neutros como negativos, como pela desculpabilização de eventos negativos pela percepção do objeto como totalmente positivo (Selby et al., 2008). Uma situação neutra como o afastamento temporário e casual de um parceiro, pode ser sentida como negativa no sujeito *borderline* pela ativação da ansiedade e medo de abandono. Por outro lado, o abuso por parte de um parceiro pode ser desculpabilizado, desvalorizado e/ou negado, através da negação das partes negativas do objeto. Desta forma a depressividade característica do fator Depressão Relacional, pode ser predita positivamente pela Extroversão num grupo com traços *borderline* devido à coexistência de tendências extrovertidas e de dificuldades na leitura das interações relacionais.

No caso da Depressão Perfeccionista, o efeito positivo da Extroversão para o grupo com traços *borderline* pode implicar outras dinâmicas sociais e relacionais. A Extroversão alta pode implicar motivações sociais distintas de outras componentes da personalidade relacionadas com o contacto social como a Amabilidade. Ao contrário da interação que visa a comunhão e manutenção das relações positivas na Amabilidade, a sociabilidade implicada na Extroversão está mais associada a motivos de agente (Finch & Graziano, 2001). Os motivos sociais de agente, representam a tendência do sujeito para

se destacar na situação social, através por exemplo da demonstração ou afirmação da superioridade a nível de capacidades, influência, conquistas (Hogen & Roberts, 2000). No contexto do funcionamento *borderline* esta necessidade de afirmação pode estar relacionada com a impulsividade e com a vulnerabilidade narcísica, características deste tipo de funcionamento. A vulnerabilidade narcísica está associada significativamente aos traços de personalidade *borderline* (Euler et al., 2018; Miller et al., 2010). Mais especificamente, componentes da vulnerabilidade narcísica como o encobrimento do *self* (encobrimento de falhas e necessidades pessoais) e a desvalorização dos outros estão associados significativamente e de forma positiva aos traços de personalidade *borderline* (Euler et al., 2018). Desta forma a faceta perfeccionista da depressividade na população geral com traços *borderline* pode ser influenciada pela Extroversão, no sentido em que existe uma necessidade de encobrimento do *self* e de desvalorização do outro na interação social.

Nesta interpretação é importante ter em conta que a Depressão Perfeccionista, de acordo com os resultados do segundo objetivo, é um preditor negativo da condição traços *borderline*. Isto não significa, no entanto, que nenhum sujeito do grupo com traços *borderline* possa obter resultados mais ou menos elevados neste fator depressivo. Assim sendo, os resultados indicam que no caso de um sujeito com traços *borderline* obter valores elevados na Depressão Perfeccionista, estes resultados são preditos pela Extroversão e pelo Neuroticismo. Estas considerações são válidas para todos os fatores do ITD-R, independentemente das relações encontradas nos objetivos anteriores.

Olhando para os dados relativos ao terceiro objetivo para o grupo normativo, alguns preditores encontrados parecem ser específicos para o grupo com traços *borderline*. A influência da Amabilidade no ITD-R Total surge como exclusiva do grupo com traços *borderline*, pelo que a interpretação relativa à dependência *borderline* é reforçada. No mesmo sentido, a influência da Extroversão nos fatores Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional surge como exclusiva do grupo com traços *borderline*, pelo que as hipóteses anteriores sobre a Extroversão são reforçadas. A influência negativa da Abertura à Experiência na Depressão Inibida surge também como exclusiva do grupo com traços *borderline*, pelo que a interpretação relativa ao conformismo e ao falso *self* é reforçada.

Em sentido contrário, a influência da Amabilidade na Depressão Inibida para o grupo com traços *borderline* deve ser interpretada tendo em conta a presença simultânea do Neuroticismo e da Abertura à Experiência no modelo, visto que para o grupo normativo esta combinação não se verifica apesar da presença da Amabilidade.

Como exclusivo do grupo normativo, surge a influência da Abertura à Experiência no ITD-R Total e em todos os fatores do ITD-R exceto na Depressão Inibida. Estes dados sugerem que a depressividade medida pelo ITD-R para a população normativa (sem traços *borderline*) contém uma influência da Abertura à Experiência. Surge ainda como exclusiva deste grupo, a influência da Conscienciosidade na Depressão Perfeccionista. A influência da Conscienciosidade na depressividade perfeccionista é congruente com a investigação que associa este fator de personalidade ao funcionamento de carácter obsessivo (Carter, Guan, Maples, Williamson, & Miller, 2016; Mike, King, Oltmanns, & Jackson, 2018; Samuel & Widiger, 2011).

De acordo com a literatura, a relação entre patologia depressiva e a Abertura à Experiência não é significativa (Khoo & Simms, 2018). A falta de significância das relações encontradas pode, no entanto, ser causada por uma análise superficial da dimensão, realizada apenas ao nível geral do domínio e não das facetas em causa (Khoo & Simms, 2018). Quando a análise é conduzida a partir da perspetiva das facetas, são encontradas várias associações entre a patologia depressiva e esta dimensão da personalidade (Khoo & Simms, 2018). As facetas Fantasia e Sentimentos surgem associadas a diferentes medidas de depressão (Khoo & Simms, 2018). Em relação à faceta Sentimentos, indivíduos com maior abertura a experienciar um leque extenso de sentimentos, positivos e negativos, podem estar logicamente mais expostos a experiências depressivas (Higgins, 1987). Por outro lado, a associação encontrada para a faceta Fantasia parece concordante com os modelos teóricos explicativos da depressividade, especialmente com os modelos psicodinâmicos. Higgins (1987) considerou que cada sujeito experiênciam dois estados distintos do *self*, o *self* real e o *self* ideal. Segundo este modelo, aqueles que experienciam uma discrepância significativa entre o *self* real e o *self* ideal estão mais suscetíveis a emoções como insatisfação, tristeza e desilusão (Higgins, 1987). Indivíduos com resultados elevados na faceta Fantasia podem sentir uma maior discrepância entre o estado idealizado e o estado real do *self* e do exterior (Higgins, 1987). Consequentemente, estes sujeitos podem estar suscetíveis a níveis superiores de

depressividade visto que a idealização é desajustada e inalcançável. Através de uma linguagem psicodinâmica, esta discrepância corresponde ao objeto interno bifacial, idealizado e simultaneamente negado (Coimbra de Matos, 2014). As propriedades negativas do objeto são negadas ainda que de forma instável através de um recalçamento cíclico e ineficaz da frieza imposta pela realidade. Desta forma o depressivo prende-se a uma idealização infantil, através do investimento em fantasias arcaicas. Durante a ilusão idealizante (depressiva), a agressividade é infletida para o próprio como forma de proteção do objeto idealizado, agravando o funcionamento depressivo (Coimbra de Matos, 2014).

Para a população normativa, sem traços característicos de uma perturbação da personalidade como a *borderline*, o ITD-R parece medir através da influência da Abertura à Experiência uma dimensão depressiva central e comum a diversos estilos depressivos, tal como foi proposto por Campos (2015). De acordo com os dados da presente investigação, esta dimensão central pode estar associada à discrepância entre a realidade e a idealização. Existe uma perda afetiva, uma frustração de base que impede o sujeito de criar uma relação satisfatória consigo, com os outros e com o mundo.

6. Conclusão

Para a população geral, os traços *borderline* parecem constituir um fator de risco para os níveis de depressividade, influenciando também a forma como esta depressividade é experienciada. Para o grupo com traços *borderline* os resultados são superiores em todas as facetas depressivas e no ITD-R Total, sugerindo que a depressão é parte integrante do funcionamento *borderline*. Dadas as associações encontradas na análise exploratória dos itens, a depressividade *borderline* parece diferir da depressividade do grupo normativo através de sentimentos de desadequação possivelmente influenciados pela vergonha, maior abatimento e pela facilidade na recusa de pedidos exteriores. Esta facilidade pode estar associada a diversas características *borderline* como o antagonismo, impulsividade, hostilidade, culpabilidade diminuída ou ainda ideação paranoide.

Em relação aos fatores do ITD-R, a depressividade *borderline* parece diferir da depressividade do grupo normativo pela maior preponderância da Depressão de Fracasso. Estes dados sugerem que a experiência depressiva *borderline*, frequentemente conceptualizada como uma depressão maioritariamente dependente e de abandono, pode

manifestar-se em populações não clínicas através de dinâmicas mais marcadas de fracasso, autoconceito negativo e agressividade infletida para o *self*. As dinâmicas de abandono presentes na Depressão Relacional podem não estar salientes na predição do grupo com traços *borderline* pela dificuldade de elaboração e *insight* deste tipo de funcionamento. Por outro lado, a Depressão Perfeccionista é preditora do grupo normativo, sugerindo um funcionamento ruminativo possivelmente influenciado pela culpabilidade. Este estilo repetitivo de pensamento difere na literatura do pensamento ruminativo dos sujeitos *borderline*, mais desregulado e de carácter agressivo.

A predição dos fatores do ITD-R através dos traços de personalidade do Modelo dos Cinco Fatores revelou que a influência dos traços de personalidade na depressividade difere consoante os grupos. Para ambos os grupos, o Neuroticismo foi preditor de todas as componentes do ITD-R reforçando a influência desta dimensão da personalidade na psicopatologia e nos traços maladaptativos em populações não clínicas. No grupo com traços *borderline* o resultado total da depressividade é influenciado pela Amabilidade e pelo Neuroticismo, podendo significar uma contribuição significativa das características dependentes da Amabilidade na depressividade *borderline*. A faceta inibida da depressividade *borderline* é influenciada pela Amabilidade, Neuroticismo e também pela baixa Abertura à Experiência. Estes resultados sugerem que, de acordo com a literatura, a inibição na depressividade *borderline* pode estar relacionada com o conformismo e excessiva adaptação ao funcionamento externo, característica das dinâmicas decorrentes do falso *self*. Por último a faceta perfeccionista e a faceta relacional da depressividade *borderline* surgem associadas à Extroversão. Os dados podem indicar que uma combinação maladaptativa entre traços extrovertidos e dificuldade de leitura das interações sociais estão implicadas na experiência depressiva relacional e perfeccionista no grupo com traços *borderline*. Adicionalmente, apesar de fatores como a Depressão de Fracasso distinguirem a depressividade para os sujeitos com traços *borderline*, a predição das dimensões do NEO-FFI indica diferentes estilos depressivos dentro do mesmo grupo, influenciados por diferentes traços de personalidade.

Para o grupo normativo, a depressividade surge associada com a Abertura à Experiência em todas as componentes do ITD-R exceto a Depressão Inibida. Estes resultados revelam a especificidade das relações encontradas para o grupo *borderline*,

sendo que o ITD-R parece medir para o grupo normativo uma depressividade mais geral associada possivelmente às problemáticas da idealização depressora.

Em suma, os resultados da presente investigação reforçam uma conceptualização singular da depressividade, influenciada pelo Neuroticismo, mas que pode ser influenciada por diferentes traços e organizações de personalidade como a organização *bordeline*. Desta forma, a depressividade na população geral com traços *borderline* pode estar associada a maior abatimento, dinâmicas de fracasso, autocrítica e autoconceito negativo, e possivelmente de forma menos explícita a uma dimensão dependente através da influência de traços de personalidade como a Amabilidade. A preponderância da autocrítica e do autoconceito negativo na depressividade *borderline* deve ser sinalizada no contexto clínico, visto que além do sofrimento psíquico associado, estas características depressivas estão associadas a maior risco de suicídio pela tentativa de fuga da autoagressão (Butter, Sevlín, & Murphy, 2019; Fazaá & Page, 2003).

Em relação às limitações deste estudo, é importante ter em conta a amostra e os instrumentos utilizados. Em primeiro lugar o pequeno tamanho da amostra, em comparação com o número elevado de variáveis, pode influenciar os resultados. De seguida, o grupo com traços *borderline* pode não ser representativo da população *borderline*, visto que foi construído a partir da literatura que associa os traços de personalidade à perturbação da personalidade *borderline*. Adicionalmente, sendo uma amostra de conveniência, pode existir homogeneidade sociodemográfica entre os sujeitos. Os resultados podem assim estar enviesados por variáveis não controladas, como a generalização dos dados para a população geral pode não ser válida (Emerson, 2015). Relativamente aos instrumentos, o formato de autorrelato pode produzir respostas enviesadas decorrentes da deseabilidade social (Van de Mortel, 2008). Por último, tal como foi referido na discussão, a utilização de uma versão breve do NEO-FFI não permite o aprofundamento das associações encontradas ao nível das facetas de cada dimensão, pelo que certas hipóteses colocadas na discussão carecem de especificidade (Costa & McCrae, 1992). Desta forma, esta investigação deve ser encarada como um ponto de partida na relação da depressividade com traços *borderline* através da utilização do ITD-R.

Com o intuito de ultrapassar as limitações referidas, investigações futuras devem ter em conta as seguintes sugestões. Para assegurar a representatividade das

características *borderline*, deve ser adicionado um grupo clínico constituído por sujeitos diagnosticados com a perturbação da personalidade *borderline*. De forma a verificar a especificidade patológica das relações encontradas para o grupo *borderline*, pode ser adicionado outro grupo clínico constituído por sujeitos diagnosticados com a perturbação depressiva major. Consequentemente, através da perspetiva dimensional da personalidade, torna-se possível averiguar as semelhanças e diferenças entre populações clínicas e não clínicas. Por último, para uma exploração mais detalhada das relações entre o ITD-R e o funcionamento *borderline*, deve ser incluído um instrumento de medida de traços *borderline*, como por exemplo o Borderline Personality Questionnaire (BPQ) (Porehet al., 2006). Assim, será possível identificar os traços específicos da personalidade *borderline* que estão implicados na predição de cada componente do ITD-R, tal como foi realizado no presente estudo com os traços contidos no NEO-FFI.

Como foi referido, o conhecimento cada vez mais aprofundado de diferentes configurações de personalidade permite uma resposta mais adequada no contexto psicoterapêutico e de intervenção psicológica. O escrutínio de um número exponencial de configurações de personalidade e das relações entre traços, irá significar um crescimento proporcional do conhecimento das possibilidades psíquicas apresentadas por cada indivíduo. Neste sentido, a investigação em psicologia clínica deve procurar responder à multiplicidade de funcionamentos e, a nível individual, às especificidades de cada indivíduo. Diversos modelos teóricos podem permitir uma conceptualização geral de cada caso, no entanto, o uso desmedido dos mesmos pode levar a dificuldades na compreensão de cada pessoa.

Assim, cada paciente irá continuar a informar a prática clínica. A experiência clínica irá continuar a informar a teoria e, conseqüentemente, a estimular o desenvolvimento da investigação. Completando este ciclo, a investigação irá continuar a contribuir para a prática clínica. Da mesma forma que começou, a psicologia clínica continuará a ser desenvolvida por pacientes, para pacientes e com os pacientes.

Referências Bibliográficas:

Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104. doi: 10.1080/10673220490447218

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). doi: 10.1176/appi.books.9780890425596

Ames, A., & Molinari, V. (1994). Prevalence of personality disorders in community-living elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 7(3), 189-194. doi: 10.1177/089198879400700311

Armony, N. (2010). *Borderline: Uma outra normalidade*. Rio de Janeiro: Revinter.

Aronson, T. A. (1985). Historical perspectives on the borderline concept: A review and critique. *Psychiatry*, 48(3), 209-222. doi: 10.1080/00332747.1985.11024282

Baer, R. A., & Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 142–150. doi: 10.1037/a0019478

Bagby, R. M., Joffe, R. T., Parker, J., Kalemka, V., & Harkness, K. L. (1995). Major depression and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders* 9, 224–234. doi: 10.1521/pedi.1995.9.3.224

Bail, C. A., Argyle, L. P., Brown, T. W., Bumpus, J. P., Chen, H., Hunzaker, M. F., & Volfovsky, A. (2018). Exposure to opposing views on social media can increase political polarization. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(37), 9216-9221. doi: 10.1073/pnas.1804840115

Balsis, S., Zweig, R. A., & Molinari, V. (2015). Personality disorders in later life. In P. A. Lichtenberg, B. T. Mast, B. D. Carpenter, & J. Loebach Wetherell (Eds.), *APA handbooks in psychology. APA handbook of clinical geropsychology, Vol. 2. Assessment, treatment, and issues of later life* (p. 79–94). USA: American Psychological Association. doi: 10.1037/14459-003

Barglow, P., Vaughn, B. E., & Molitor, N. (1987). Effects of maternal absence due to employment on the quality of infant-mother attachment in a low-risk sample. *Child development, 945-954*. <https://www.jstor.org/stable/1130535>

Batra, S. (2013). The psychosocial development of children: Implications for education and society - Erik Erikson in context. *Contemporary Education Dialogue, 10(2)*, 249-278. doi: 10.1177/0973184913485014

Bauman, Z. (2004). *Work, consumerism and the new poor*. McGraw-Hill Education.

Beatson, J. A., & Rao, S. (2012). Depression and borderline personality disorder. *The Medical Journal of Australia, 197(11)*, 620-621. doi: 10.5694/mja12.11646

Beatson, J., & Taryan, S. (2003). Predisposition to depression: the role of attachment. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37(2)*, 219-225. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01126.x

Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety, 20(2)*, 92-97. doi: 10.1002/da.20026

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of personality disorders, 18(3: Special issue)*, 226-239. doi: 10.1521/pedi.18.3.226.35445

Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psycho-analytic Study of the Child*, 29, 107–157. doi: 10.1080/00797308.1974.11822616

Blatt, S. J., D'Afflitti, J. P., & Quinlan, D. M. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383–389. doi: 10.1037/0021-843X.85.4.383

Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10749-000

Bornstein, R. F. (1998). Implicit and self-attributed dependency needs in dependent and histrionic personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 71(1), 1-14.

Bornstein, R. F., Becker-Matero, N., Winarick, D. J., & Reichman, A. L. (2010). Interpersonal dependency in borderline personality disorder: Clinical context and empirical evidence. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 109-127. doi: 10.1521/pedi.2010.24.1.109

Butter, S., Shevlin, M., & Murphy, J. (2019). Negative self-evaluation and the genesis of internal threat: beyond a continuum of suicidal thought and behaviour. *Psychological medicine*, 49(15), 2591-2599. doi: 10.1017/S0033291718003562

Campos, R. C. (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology*, 30(4), 601–620. doi: 10.1037/a0033961

Campos, R., C. (2015). Inventário de Traços Depressivos: Manual Técnico. *Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UE). Universidade de Évora*.

Campos, R. C., Besser, A., & Blatt, S. J. (2013). Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 58-74. doi: 10.1080/13811118.2013.748416

Carter, N. T., Guan, L., Maples, J. L., Williamson, R. L., & Miller, J. D. (2016). The downsides of extreme conscientiousness for psychological well-being: The role of obsessive-compulsive tendencies. *Journal of personality*, 84(4), 510-522. doi: 10.1111/jopy.12177

Carveth, D. L. (1993). The Borderline Dilemma in Paris, Texas: Psychoanalytic Approaches to Sam Shepard. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 1(2), 19-46. <https://www.pep-web.org/document.php?id=cjp.001b.0019a>

Coimbra de Matos, A. (2014). *A Depressão*. Climepsi Editores.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources

Costa, P. T., & McCrae R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13.

doi:10.1037/1040-3590.4.1.5

Cox, B. J., McWilliams, L. A., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2004). Broad and specific personality dimensions associated with major depression in a nationally representative sample. *Comprehensive Psychiatry*, 45(4), 246-253. doi: 10.1016/j.comppsy.2004.03.002

Crick, N. R., MURRAY-CLOSE, D. I. A. N. N. A., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and psychopathology*, 17(4), 1051-1070.

Distel, M. A., Trull, T. J., Willemsen, G., Vink, J. M., Derom, C. A., Lynskey, M., & Boomsma, D. I. (2009). The five-factor model of personality and borderline personality

disorder: a genetic analysis of comorbidity. *Biological psychiatry*, 66(12), 1131-1138. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.07.017

Direção-Geral de Saúde (2017). Relatório do Programa Nacional para a Saúde Mental. <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx>

Dukalski, B., Suslow, T., Egloff, B., Kersting, A., & Donges, U. S. (2019). Implicit and explicit self-concept of neuroticism in borderline personality disorder. *Nordic journal of psychiatry*, 73(3), 159-168. doi: 10.1080/08039488.2019.1582694

Durbin, C. E., Klein, D. N., Hayden, E. P., Buckley, M. E., & Moerk, K. C. (2005). Temperamental Emotionality in Preschoolers and Parental Mood Disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 28–37. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.28

Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 561-573. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.008

Emerson, R. W. (2015). Convenience sampling, random sampling, and snowball sampling: How does sampling affect the validity of research?. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 109(2), 164-168. doi: 10.1177/0145482X1510900215

Enns, M. W., Cox, B. J. (1997). Personality dimensions and depression: review and commentary. *Canadian Journal of Psychiatry* 42, 274–284. doi: 10.1177/070674379704200305

Euler, S., Stöbi, D., Sowislo, J., Ritzler, F., Huber, C. G., Lang, U. E., Wrege, J., & Walter, M. (2018). Grandiose and Vulnerable Narcissism in Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 51(2), 110–121. doi:10.1159/000486601

Fanous, A. H., Neale, M. C., Aggen, S. H., & Kendler, K. S. (2007). A longitudinal study of personality and major depression in a population-based sample of male twins. *Psychological Medicine* 37, 1163–1172. doi: 10.1017/S0033291707000244

Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(2), 172-185.

Feinstein, B. A., Hershenberg, R., Bhatia, V., Latack, J. A., Meuwly, N., & Davila, J. (2013). Negative social comparison on Facebook and depressive symptoms: Rumination as a mechanism. *Psychology of Popular Media Culture*, 2(3), 161–170. doi: 10.1037/a0033111

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., Sierra-Baigrie, S., González, M. P. G. P., Bobes, J., & Muñiz, J. (2011). Borderline personality traits in nonclinical young adults. *Journal of personality disorders*, 25(4), 542-556. doi: 10.1521/pedi.2011.25.4.542

Freud, S. (1958). Formulations on the two principles of mental functioning. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XII (1911-1913): The Case of Schreber, Papers on Technique and Other Works* (pp. 213-226).

Freud, S. (1955). Group psychology and the analysis of the ego. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XVIII (1920-1922): Beyond the Pleasure Principle, Group Psychology and Other Works* (pp. 65-144).

Freud, S. (1961). Civilization and Its Discontents, Trans. James Strachey. *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 21, 128.

Finch, J. F., & Graziano, W. G. (2001). Predicting depression from temperament, personality, and patterns of social relations. *Journal of personality*, 69(1), 27-55. doi: 10.1111/1467-6494.00135

Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., & Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *Plos one*, *15*(4), e0231924.

Gornick, J. C., Meyers, M. K., & Ross, K. E. (1997). Supporting the employment of mothers: Policy variation across fourteen welfare states. *Journal of European social policy*, *7*(1), 45-70. <https://www.jstor.org/stable/42863766>

Gubb, K. (2010). Reflections on society as borderline mother. *Psycho-analytic Psychotherapy in South Africa*, *18*(1), 40-57. <https://hdl.handle.net/10520/EJC88378>

Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., & Daversa, M. T. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of clinical psychiatry*, *65*(8), 1049.

Herzog, D. (2015). What happened to psychoanalysis in the wake of the sexual revolution? A story about the durability of homophobia and the dream of love, 1950s – 2010s. In *Sexualities* (pp. 19-40). Routledge.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, *94*(3), 319.

Hogan, R., & Roberts, B. W. (2000). A socioanalytic perspective on person-environment interaction. In W. B. Walsh, K. H. Craik, & R. H. Price (Eds.), *New directions in personenvironment psychology* (pp. 1–24). Hillsdale, NJ: Lawrence-Erlbaum.

Holland, J. (2016). Capitalism and Psychoanalysis. *S: Journal of the Circle for Lacanian Ideology Critique*, *8*. <http://lineofbeauty.org/index.php/S/article/viewFile/61/80>

Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2010). Five-factor trait instability in borderline relative to other personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 58–66. doi: 10.1037/a0018230

Huprich, S. K. (1998). Depressive personality disorder: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 477-500. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00104-9

Jorgensen, C. R. (2006). Disturbed sense of identity in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 20, 618–644. doi: 10.1521/pedi.2006.20.6.618

Jylhä, P., & Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety*, 23(5), 281–289. doi:10.1002/da.20167

Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793. doi: 10.1542/peds.2013-3677

Karsten, J., Penninx, B. W., Riese, H., Ormel, J., Nolen, W. A., & Hartman, C. A. (2012). The state effect of depressive and anxiety disorders on big five personality traits. *Journal of psychiatric research*, 46(5), 644-650. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.024

Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of general psychiatry*, 63(10), 1113-1120. doi:10.1001/archpsyc.63.10.1113

Kendler, K. S., & Myers, J. (2010). The genetic and environmental relationship between major depression and the five-factor model of personality. *Psychological medicine*, 40(5), 801. doi:10.1017/S0033291709991140

Kendler, K. S., Myers, J., & Reichborn-Kjennerud, T. (2010). *Borderline personality disorder traits and their relationship with dimensions of normative personality: a web-*

based cohort and twin study. Acta Psychiatrica Scandinavica, 123(5), 349–359. doi:10.1111/j.1600-0447.2010.01653.x

Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1993). A longitudinal twin study of personality and major depression in women. *Archives of General Psychiatry* 50, 853–862. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820230023002

Kernberg, O. F. (1984). *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. Lanham, MD: Jason Aronson.

Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Rowman & Littlefield.

Köhling, J., Ehrental, J. C., Levy, K. N., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 37*, 13-25. doi: 10.1016/j.cpr.2015.02.002

Khoo, S., & Simms, L. J. (2018). Links between depression and openness and its facets. *Personality and Mental Health, 12(3)*, 203–215. doi:10.1002/pmh.1417

Klein, D. N., Kotov, R., & Bufferd, S. J. (2011). Personality and depression: explanatory models and review of the evidence. *Annual review of clinical psychology, 7*, 269. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104540

Klein, M. H., Wonderlich, S., & Shea, M. T. (1993). Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. In M. H. Klein, D. J. Kupfer, & M. T. Shea (Eds.), *Mental health and psychopathology. Personality and depression: A current view* (p. 1–54). Guilford Press.

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136(5)*, 768–821. doi: 10.1037/a0020327

Kraepelin, E. (1921). Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 53(4), 350.

Krueger, R. F., Skodol, A. E., Livesley, W. J., Shrout, P. E., & Huang, Y. (2007). Synthesizing dimensional and categorical approaches to personality disorders: Refining the research agenda for DSM-V Axis II. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(Suppl. 1), S65–S73. doi: 10.1002/mpr.212

Kretschmer, E. (1925). *Physique and character* (Trans. WJH Sprott). London: Kegan Paul, 266.

Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63. doi: 10.1207/S15327752JPA730104

Lejarraga, A. L. (2013). O homem transicional: para além do neurótico & borderline. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141362952013000100012

Lenzenweger, M. F. (2010). Current status of the scientific study of the personality disorders: an overview of epidemiological, longitudinal, experimental psychopathology, and neurobehavioral perspectives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 58(4), 741-778. doi: 10.1177/0003065110386111

Levy, K. N., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2007). Depressive experiences in inpatients with borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 78(2), 129-143. doi: 10.1007/s11126-006-9033-8

Livesley, W. J. (2001). Commentary on reconceptualizing personality disorder categories using trait dimensions. *Journal of Personality*, 69(2), 253-276. doi: 10.1111/1467-6494.00145

Lothane, Z. (2012). Freud's civilization and its discontents and related works: A reappraisal. *Psychoanalytic Inquiry*, 32(6), 524-542. doi:10.1080/07351690.2012.703601

Lowe, J. R., Edmundson, M., & Widiger, T. A. (2009). Assessment of dependency, agreeableness, and their relationship. *Psychological Assessment*, 21(4), 543–553. doi:10.1037/a0016899

Lysaker, P. H., Bell, M. D., Kaplan, E., Conway Greig, T., & Bryson, G. J. (1999). Personality and Psychopathology in Schizophrenia: The Association between Personality Traits and Symptoms. *Psychiatry*, 62(1), 36–48. doi:10.1080/00332747.1999.11024850

Mahler, M. S., & Furur, M. (1963). Certain aspects of the separation-individuation phase. *The Psychoanalytic Quarterly*, 32(1), 1-14. doi: 10.1080/21674086.1963.11926268

Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber.

Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Internalizing early memories of shame and lack of safeness and warmth: The mediating role of shame on depression. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(04), 479-493. <http://hdl.handle.net/10316/46610>

McBride, C., Zuroff, D. C., Bacchioni, J., & Bagby, R. M. (2006). Depressive Experiences Questionnaire: Does it measure maladaptive and adaptive forms of dependency?. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(1), 1-16. doi: 10.2224/sbp.2006.34.1.1

McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and individual differences*, 36(3), 587-596. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00118-1

Mike, A., King, H., Oltmanns, T. F., & Jackson, J. J. (2018). Obsessive, compulsive, and conscientious? The relationship between OCPD and personality traits. *Journal of personality*, 86(6), 952-972. doi: 10.1111/jopy.12368

Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical psychology review*, 28(6), 969-981. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.004

Miller, J. D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., & Campbell, W. K. (2010). *Searching for a Vulnerable Dark Triad: Comparing Factor 2 Psychopathy, Vulnerable Narcissism, and Borderline Personality Disorder*. *Journal of Personality*, 78(5), 1529–1564. doi:10.1111/j.1467-6494.2010.00660.x

Naragon-Gainey, K., Watson, D., & Markon, K. E. (2009). Differential relations of depression and social anxiety symptoms to the facets of extraversion/positive emotionality. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 299–310. doi: 10.1037/a0015637

New, A. S., Rot, M. A. H., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., Weinstein, S. R., Koenigsberg, H. W., Hazlett, E. A., Goodman, M., & Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660-675. doi: 10.1521/pedi.2012.26.5.660

Newman, K. M. (2013). A more usable Winnicott. *Psychoanalytic Inquiry*, 33(1), 59-68. doi: 10.1080/07351690.2013.743805

Ooi, J., Michael, J., Lemola, S., Butterfill, S., Siew, C. S., & Walasek, L. (2020). interpersonal functioning in Borderline personality Disorder traits: A Social Media perspective. *Scientific Reports*, 10(1), 1-8. <https://www.nature.com/articles/s41598-020-58001-x>

Pallotti, F., Tubaro, P., Casilli, A. A., & Valente, T. W. (2018). “You see yourself like in a mirror”: the effects of internet-mediated personal networks on body image and eating disorders. *Health Communication*, 33(9), 1166-1176. doi: 10.1080/10410236.2017.1339371

Pedroso-Lima, M., Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A., Costa, J. J., Costa, M. J., & Costa, P. (2014). A versão portuguesa do NEO-FFI: Caracterização em função da idade, género e escolaridade, *Revista PSICOLOGIA*, 28(2), 1–10. Retrieved from http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-20492014000200001&lng=pt&tlng=pt

Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Upton, B. T., Talavera, N. A., Folsom, J. J., & Baer, R. A. (2017). Characteristics of repetitive thought associated with borderline personality features: a multimodal investigation of ruminative content and style. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 39(3), 456-466.

Peters, J. R., & Geiger, P. J. (2016). Borderline personality disorder and self-conscious affect: Too much shame but not enough guilt? *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(3), 303–308. doi:10.1037/per0000176

Peters, J. R., Geiger, P. J., Smart, L. M., & Baer, R. A. (2014). Shame and borderline personality features: The potential mediating role of anger and anger rumination. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 1–9. doi: 10.1037/per0000022

Piedmont, R. L., Sherman, M. F., Sherman, N. C., Dy-Liacco, G. S., & Williams, J. E. G. (2009). Using the five-factor model to identify a new personality disorder domain: The case for experiential permeability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(6), 1245–1258. doi: 10.1037/a0015368

Piedmont, R. L., Sherman, M. F., & Sherman, N. C. (2012). Maladaptively High and Low Openness: The Case for Experiential Permeability. *Journal of Personality*, 80(6), 1641–1668. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00777.x

Pocnet, C., Antonietti, J. P., Handschin, P., Massoudi, K., & Rossier, J. (2018). The many faces of personality: The DSM-5 dimensional and categorical models and the five-factor model. *Personality and Individual Differences*, 121, 11-18. doi: 10.1016/j.paid.2017.09.005

Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, 59(5), 319-324. doi: 10.1080/08039480500320025

Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J. L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20, 247–260. doi: 10.1521/pedi.2006.20.3.247

Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., Levin, A., Yong, L., & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101-1106.

Rinsley, D. B. (1982). Object relations theory and psychotherapy with particular reference to the self-disordered patient. In P. L. Giovacchini & L. B. Boyer (Eds.), *Technical Factors in the Treatment of the Severely Disturbed Patient* (pp. 187-213) New York: Jason Aronson.

Ronningstam, E., & Gunderson, J. (1991). Differentiating borderline personality disorder from narcissistic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5(3), 225-232. doi: 10.1521/pedi.1991.5.3.225

Ruckenstein, M., & Granroth, J. (2019). Algorithms, advertising and the intimacy of surveillance. *Journal of Cultural Economy*, 1–13. doi:10.1080/17530350.2019.1574866

Saha, K., Chan, L., De Barbaro, K., Abowd, G. D., & De Choudhury, M. (2017). Inferring mood instability on social media by leveraging ecological momentary assessments. *Proceedings of the ACM on Interactive, Mobile, Wearable and Ubiquitous Technologies*, 1(3), 1-27.

Samuel, D. B., Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., & Ball, S. A. (2013). Personality disorders as maladaptive, extreme variants of normal personality: Borderline personality disorder and neuroticism in a substance using sample. *Journal of personality disorders*, 27(5), 625-635. doi: [10.1521/pedi.2013.27.5.625](https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.5.625)

Sauer-Zavala, S. E., Geiger, P. J., & Baer, R. A. (2013). The effect of anger rumination in the relationship between borderline personality disorder symptoms and precursors. *Journal of personality disorders*, 27(4), 465-472. doi: [10.1521/pedi_2013_27_098](https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_098)

Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004): The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 23:1055–1085. doi: [10.1016/j.cpr.2002.09.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2002.09.001)

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2008): A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review* 28:1326 –1342. doi: [10.1016/j.cpr.2008.07.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.002)

Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(3), 161.

Schneider, K. (1959). *Clinical psychopathology*. (Trans. by M. W. Hamilton) (5th ed.). Grune & Stratton.

Segal, H. (2018). *Introduction to the work of Melanie Klein*. Routledge.

Selby, E. A., Braithwaite, S. R., Joiner, T. E., & Fincham, F. D. (2008). Features of borderline personality disorder, perceived childhood emotional invalidation, and dysfunction within current romantic relationships. *Journal of Family Psychology*, 22(6), 885–893. doi:10.1037/a0013673

Senabre J. (2019). The stable instability of people with borderline personality disorder. *Edelweiss Psyi Open Access* 3: 29-31. doi: 10.33805/2638-8073.121

Singh, K., Arteché, A., & Holder, M. D. (2011). Personality factors and psychopathy, alexithymia and stress. *Asian journal of psychiatry*, 4(1), 35-40. doi: 10.1016/j.ajp.2011.01.003

Shaw, B. (2020). *Historical Context For the Writings of Sigmund Freud*. Retrieved from <https://www.college.columbia.edu/core/content/writings-sigmund-freud/context>

Silk, K.R., Wolf, T.L., Ben-Ami, D.A., & Poortinga, E.W. (2010). Environmental Factors in the Etiology of Borderline Personality Disorder. In M. C. Zanarini (Ed.), *Borderline Personality Disorder* (pp. 41-62). New York & London: Informa Healthcare.

Silva, A. S. M. (2014). *Patologia borderline: Representações relacionais e vulnerabilidade do self* (Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia). <http://hdl.handle.net/10451/18207>

Snyder, S., Sajadi, C., Pitts, W. M., & Goodpaster, W. A. (1982). Identifying the depressive border of the borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 139(6), 814–817. doi: 10.1176/ajp.139.6.814

Soto, C. J., Kronauer, A., & Liang, J. K. (2015). Five-Factor Model of Personality. *The Encyclopedia of Adulthood and Aging*, 1-5. doi: 10.1002/9781118521373.wbeaa014

Southwick, S. M., Yehuda, R., & Giller, E. L. (1995). Psychological dimensions of depression in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(5), 789–791. doi: 10.1176/ajp.152.5.789

Spelman, B. M. (2013). *The Evolution of Winnicott's Thinking*. London: Karnac

Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the border line group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489. doi. 10.1080/21674086.1938.11925367

Stone, M. H. (2005). Borderline personality disorder: History of the concept. In M. C. Zanarini, M. (Ed.), *Borderline Personality Disorder* (pp. 1-18). New York & London: Informa Healthcare.

Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2019). Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(1), 0-0. doi: 10.4088/JCP.18m12436

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734-750. doi: 10.1521/pedi_2012_26_093

Trull, T. J. (2012). The Five-Factor Model of Personality Disorder and DSM-5. *Journal of Personality*, 80(6), 1697-1720. doi:10.1111/j.1467-6494.2012.00771.x

Trull, T. J., & Widiger, T. A. (2013). Dimensional models of personality: the five-factor model and the DSM-5. *Dialogues in clinical neuroscience*, 15(2), 135.

Vachon, D. D., Lynam, D. R., Widiger, T. A., Miller, J. D., McCrae, R. R., & Costa, P. T. Jr. (2013). Basic traits predict the prevalence of personality disorder across the life

span: The example of psychopathy. *Psychological Science*, 24, 698 –705. doi: 10.1177/0956797612460249

Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 25(4), 40.

Vansteelandt, K., Houben, M., Claes, L., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2020). Self-criticism and dependency predict affective variability in borderline personality disorder: An ecological momentary assessment study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(4), 270–279. doi:10.1037/per0000374

Varela, A. S. P. (2018). *Traços da personalidade borderline na população geral adulta* (Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia). <http://hdl.handle.net/10451/37894>

Vogel, E. A., Rose, J. P., Roberts, L. R., & Eckles, K. (2014). Social comparison, social media, and self-esteem. *Psychology of Popular Media Culture*, 3(4), 206–222. doi: 10.1037/ppm0000047

Watson, D., Kotov, R., Gamez W. (2006). Basic dimensions of temperament in relation to personality and psychopathology. In R. Krueger, J. Tackett (Eds.), *Personality and Psychopathology* (pp. 7–38). New York: Guilford

Westen, D., Moses, J., Silk, K., Lohr, N., Cohen, R. & Segal, H. (1992), Quality of depressive experience in Borderline Personality Disorder and Major Depression. *J. Pers. Disorders*, 6:382-393. doi: 10.1521/pedi.1992.6.4.382

Widiger, T. A., & Costa, P. T. (2002): Five-factor model personality disorder research. In P. T. Costa, T.A. Widiger (Eds.), *Personality Disorders and the Five Factor Model of Personality* (2nd ed., pp. 59 – 87). Washington, DC: American Psychological Association.

Widiger, T. A., Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2002). A proposal for Axis II: Diagnosing personality disorders using the five-factor model. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (p. 431–456). American Psychological Association. doi: 10.1037/10423-025

Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders--fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology, 114*(4), 494–504. doi: 10.1037/0021-843X.114.4.494

Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. *International Journal of PsychoAnalysis, 39*, 416-420.

Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Understanding negative self-evaluations in borderline personality disorder—A review of self-related cognitions, emotions, and motives. *Current psychiatry reports, 19*(3), 17. doi: 10.1007/s11920-017-0771-0

Wixom, J., Ludolph, P., & Westen, D. (1993). The quality of depression in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1172-1177. doi: 10.1097/00004583-199311000-00009

Wright, A. G., Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2015). Associations between changes in normal personality traits and borderline personality disorder symptoms over 16 years. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 6*(1), 1. doi: 10.1037/per0000092

Zanarini, M. (Ed.). (2005). *Borderline Personality Disorder*. Taylor & Francis.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry, 155*(12), 1733-1739. doi: 10.1176/ajp.155.12.1733

Zuroff, D. C. (1994). Depressive personality styles and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 63(3), 453-472. doi: 10.1207/s15327752jpa6303_5