

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**DIMENSÃO DEPRESSIVA DA PERSONALIDADE
E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA: ESTUDO SOBRE A
SATISFAÇÃO RELACIONAL**

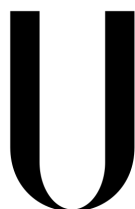
Ana Norton de Matos Gomes da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde — Psicologia Clínica Dinâmica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**DIMENSÃO DEPRESSIVA DA PERSONALIDADE
E SINTOMATOLOGIA PSICOPATOLÓGICA: ESTUDO SOBRE A
SATISFAÇÃO RELACIONAL**

Ana Norton de Matos Gomes da Silva

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

Concluir este trabalho significa para mim concluir um grande ciclo. Neste sentido não queria deixar de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para a realização e concretização desta grande etapa de estudos, em particular deste trabalho final, mas também por todo o encorajamento que me deram, motivando a minha dedicação à Psicologia Clínica.

Antes de mais agradeço aos meus pais, por cultivarem em mim o espírito curioso e uma vontade constante de aprender, e pelo enorme apoio moral que me deram ao longo destes anos de estudo. Agradeço também aos meus irmãos, que no seu companheirismo, vão fazendo este caminho comigo. Deixo um especial agradecimento á minha tia Lu, pela disponibilidade com que se dispôs a reler e a discutir comigo o presente trabalho, e por me ter estimulado a curiosidade pela psicologia ao longo destes anos. E aos meus amigos, um grande obrigada também pela presença constante e motivação que me deram para concretizar este grande projeto, e por me acompanharem ao longo destes anos.

Finalmente quero deixar uma nota de agradecimento à Professora Doutora Joana Henriques Calado, pela atenção dedicada e a enorme paciência com que me foi orientando o trabalho, e sem dúvida pelas aprendizagens estimulantes que proporcionou, tanto nas aulas como na realização desta dissertação. Agradeço também aos restantes professores que ao longo de muitas aulas me foram alimentando este fascínio pela Psicologia e o prazer de a estudar.

Resumo

Esta dissertação insere-se no âmbito da Psicologia Clínica e pretende analisar as relações entre a dimensão depressiva da personalidade, a sintomatologia psicopatológica e a satisfação relacional, na população geral adulta. Foram criados dois grupos que discriminam a perceção dos participante em termos da sua satisfação relacional: um grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória” ($M = 37.71$ anos, $DP = 12.72$ anos) e um grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” ($M = 42.74$ anos, $DP = 13.71$ anos). Os objetivos deste estudo consistem em: (1) Analisar as relações entre a dimensão depressiva da personalidade e o mal-estar psicológico; (2) Comparar as diferenças na média de valores nas dimensões depressivas e nas dimensões da sintomatologia psicopatológica, entre os grupos de satisfação relacional; (3) Analisar as relações entre as dimensões depressivas e as dimensões da sintomatologia, para cada grupo de satisfação relacional; (4) Explorar que dimensões da sintomatologia psicopatológica predizem as dimensões depressivas, para cada grupo de satisfação relacional. Foram administrados dois instrumentos: o Inventário de Traços Depressivos (ITD-R) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). As dimensões depressivas correlacionaram-se significativamente com o mal-estar psicológico. O grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” apresentou resultados mais elevados para as dimensões depressivas e para as dimensões da sintomatologia psicopatológica, em comparação com o grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória”. O grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória” apresentou correlações globalmente mais elevadas entre as dimensões depressivas e os sintomas psicopatológicos, que o segundo grupo. No grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, os sintomas depressivos predizem todas as dimensões depressivas; a Sensibilidade Interpessoal prediz a Depressão Relacional. No grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória” os sintomas depressivos predizem a Depressão Essencial e Inibida; a Sensibilidade Interpessoal prediz a Depressão Relacional, de Fracasso e Perfeccionista; as Obsessões-Compulsões predizem a Depressão de Fracasso; a Ansiedade prediz a Depressão Perfeccionista. Discutem-se implicações teóricas e clínicas que advém do estudo da relação entre a dimensão depressiva da personalidade, a sintomatologia psicopatológica e a satisfação relacional. **Palavras-Chave:** Personalidade Depressiva; Sintomatologia Psicopatológica; Mal-Estar Psicológico; Satisfação Relacional

Abstract

This dissertation is part of a research project about Clinical Psychology and its aim is to explore the relationship between the depressive personality dimension, psychopathological symptoms and relationship satisfaction, in the general adult population. Two groups were created distinguishing the perception of relationship satisfaction of the participants: a group of subjects who qualify their relationships as “Very Satisfying” (age: $M = 37.71$, $DP = 12.72$), and a group of subjects who qualify their relationships as “Moderately, Little or Not Satisfying” (age: $M = 42.74$, $DP = 13.71$). The specific aims of the study are to: (1) Analyse the relationship between the depressive dimensions and psychological distress; (2) Compare the differences between the groups the mean values on depressive dimensions and psychopathological symptom dimensions; (3) Analyse the relationships between depressive dimensions and psychopathological symptoms dimensions, for each group of relationship satisfaction; (4) Explore which symptom dimensions predict the depressive dimensions, for each group of relationship satisfaction. Two self-report instruments were applied: The Depressive Traits Inventory (DTI) and the Brief Symptom Inventory (BSI). The depressive dimensions were significantly correlated with psychological distress. The group of subjects who qualified their relationships as “Moderately, Little or Not Satisfying” presented higher levels on the depressive dimensions and symptom dimensions, comparing with the group who qualified their relationship as “Very Satisfying”. The group with “Very Satisfying” relationships exhibited higher correlations between the depressive dimensions and symptom dimensions, than the other group. In the group that qualified their relationships as “Moderately, Little or Not Satisfying”, the depressive symptoms predicted all the depressive dimensions, and Interpersonal Sensitivity predicted Relational Depression. In the group with “Very Satisfying” relationships, the depressive symptoms predicted both Essential and Inhibited Depression; Interpersonal Sensitivity predicted Relational, Failure and Perfectionist Depression; Obsessions-Compulsions predicted Failure Depression; Anxiety predicted Perfectionist Depression. Theoretical and clinical implications to the understanding of the relationship between Depressive Personality Dimension, Psychopathological Symptoms and Relationship Satisfaction are discussed.

Keywords: Depressive Personality; Psychopathological Symptoms; Psychological Distress; Relationship Satisfaction.

Índice

Resumo.....	i
<i>Abstract</i>	ii
Índice.....	iii
Índice de Quadros.....	v
<i>Introdução</i>	1
1. Enquadramento Teórico	3
1.1. Dimensão Depressiva da Personalidade	3
1.1.1. O Fenómeno Depressivo	3
1.1.2. Características do Funcionamento Depressivo	5
1.1.3. Depressão e Personalidade	8
1.2. Dimensão Depressiva da Personalidade e Sintomatologia Psicopatológica	12
1.3. Dimensão Depressiva da Personalidade, Sintomatologia Psicopatológicas e Satisfação Relacional	16
2. Objetivos e Hipóteses	22
3. Método	24
3.1. Participantes	24
3.2. Instrumentos	27
3.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	27
3.2.2. Inventário de Traços Depressivos (ITD).....	27
3.2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	29
3.3. Procedimento	31
4. Resultados	32
4.1. Relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade e os Fatores Depressivos com o Mal-Estar Psicológico.....	33
4.2. Comparação dos Grupos de Satisfação Relacional na sua Relação com as Dimensões Depressivas e com a Sintomatologia Psicopatológica.....	34
4.3. Relações entre as Dimensões Depressivas com o Mal-Estar Psicológico e as Dimensões da Sintomatologia Psicopatológica, para os Grupos de Satisfação Relacional.....	37

4.4. Exploração de Modelos de Predição das Dimensões Depressivas através dos Sintomas Psicopatológicos para os Grupos de Satisfação Relacional.....	42
5. Discussão.....	47
5.1. Relação entre as Dimensões Depressivas e o Mal-Estar Psicológico.....	47
5.2. Comparação dos Grupos de Satisfação Relacional na sua Relação com as Dimensões Depressivas e com a Sintomatologia Psicopatológica.....	50
5.2.1. Relação entre as Dimensões Depressivas e a Satisfação Relacional.....	50
5.2.2. Relação entre os Sintomas Psicopatológicos e a Satisfação Relacional.....	52
5.3. Análise das Relações entre as Dimensões Depressivas e os Sintomas Psicopatológicos nos Grupos de Satisfação Relacional.....	54
5.4. Modelos de Predição das Dimensão Depressivas através dos Sintomas Psicopatológicos para os Grupos de Satisfação Relacional.....	59
<i>Conclusão.....</i>	<i>63</i>
Referências Bibliográficas.....	66

Índice de Quadros

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Grupo com Relações de Qualidade “Muito Satisfatória” 25

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Grupo com Relações de Qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”26

Quadro 3

Coefficientes de Correlação de Pearson entre a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total e os cinco fatores do ITD-R) e o Índice Geral de Sintomas (IGS do BSI).....33

Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Grupos de Satisfação Relacional no ITD total e nos Cinco Fatores da Depressão (ITD-R).....34

Quadro 5

Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Grupos de Satisfação Relacional no IGS e nas Dimensões da Sintomatologia (BSI).....36

Quadro 6

Correlações de Pearson do ITD Total e dos Fatores Depressivos (ITD-R) com o IGS e com as Dimensões de Sintomatologia Psicopatológica (BSI), no Grupo com Relações de Qualidade “Muito Satisfatória”38

Quadro 7

Correlações de Pearson entre ITD Total e Fatores Depressivos (ITD-R) e o IGS e as Dimensões de Sintomatologia Psicopatológica (BSI) para o Grupo com Relações de Qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”40

Quadro 8

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla entre as Dimensões dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o ITD total e Fatores (ITD-R) no Grupo com Relações de Qualidade “Muito Satisfatória”.....43

Quadro 9

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla entre as Dimensões dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o ITD total e Fatores Depressivos (ITD-R) no Grupo com Relações de Qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”45

Introdução

A dimensão relacional é um aspeto central na conceptualização do fenómeno depressivo, estando contemplada desde as primeiras formulações sobre a depressão. Na perspetiva teórica das relações de objeto, as relações interpessoais (primárias) são determinantes na organização da personalidade (Fonagy, Gergely, & Target, 2008). A dimensão relacional está presente nos mecanismos próprios da formação do psiquismo e da personalidade - desde a introjeção à identificação, e na interação dinâmica entre a experiência da socialização e a construção do mundo de objetos internos, investidos afetivamente (Herbert, McCormack, & Callahan, 2010). A perspetiva das relações de objeto constitui uma abordagem teórica e clínica à psicopatologia e ao desenvolvimento, postulando sobre os fatores que predisõem, precipitam e perpetuam a depressão (Herbert et al., 2010).

Segundo esta teoria, as representações internas do *self* e dos outros informam sobre o modo como o sujeito interpreta as suas relações (Greenberg & Mitchell, 1983). Já a psicopatologia no adulto resulta em limitações substanciais nas estruturas de representação objetal e do *self*, assim como nos esquemas cognitivo-afetivos (Blatt, 1995). A perceção subjetiva das relações interpessoais está intimamente ligada à “mentalização”, função reflexiva que diz respeito à capacidade do sujeito processar as suas experiências emocionais, apreender estados internos de outros significativos, a par dos seus próprios estados internos e do seu envolvimento na relação - transformando os afetos primitivos em estados emocionais complexos, mais maduros e controlados (Kernberg, 2011). Segundo Fonagy e Luyten (2018), o desenvolvimento óptimo desta capacidade reflexiva depende da qualidade das relações de vinculação primária, e tem impacto na satisfação relacional (Górska, 2015). Na depressão, esta capacidade aparenta estar condicionada devido a disrupções nas relações de vinculação primária, gerando rigidez no pensamento do sujeito e distorções acerca das experiências subjetivas e internas de representação do *self* e dos outros (Luyten & Fonagy, 2016).

O diagnóstico da depressão é facilitado pela presença dos sintomas. O sintoma psicopatológico consiste num mecanismo de defesa mal-adaptativo, no adulto, causando mal-estar psicológico. Muita da investigação tem vindo a focar-se no estudo dos sintomas específicos da depressão, identificando também correspondências no estilo de vinculação no adulto (e.g., Herbert, et al., 2010; Roberts, Gotlib, & Kassel, 1996). A dinâmica da depressão,

e as suas origens, levam-nos deste modo a questionar sobre a relação que se estabelece entre os sintomas, a depressão, e o modo de relação objetal.

No âmbito de um projeto de investigação sobre “Personalidade e Psicopatologia” a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, este estudo tem como objetivo analisar as relações entre a Dimensão Depressiva da Personalidade, os Sintomas Psicopatológicos e a perceção subjetiva da Satisfação Relacional. Este estudo foi realizado com base numa amostra da população geral adulta.

Deste modo, o trabalho apresentado organiza-se em diferentes secções: numa primeira instância é feita uma revisão de literatura acerca da noção de Dimensão Depressiva da Personalidade, fazendo uma descrição da essência do fenómeno depressivo, do ponto de vista psicanalítico, seguindo-se uma revisão de diferentes características que definem tipos de funcionamento depressivo, e por fim o estudo da relação entre a Depressão e a Personalidade, que nos leva a defender a existência de uma Dimensão Depressiva da Personalidade. De seguida procede-se a uma revisão da investigação empírica sobre o mal-estar psicológico e os sintomas psicopatológicos que frequentemente acompanham a depressão. Finalmente, é feita uma revisão da literatura que reúne os conceitos de perturbação depressiva, sintomatologia psicopatológica e a satisfação relacional, no adulto. Numa segunda fase, são delineados os objetivos e hipóteses de investigação, assim como uma descrição do método - participantes, instrumentos e procedimento utilizados na investigação. Numa terceira fase, são analisados os dados, seguindo-se a discussão dos resultados obtidos, e finalmente uma conclusão e apreciação crítica das limitações do estudo, assim como as implicações e sugestões para investigação futura.

1. Enquadramento Teórico

1.1 A Dimensão Depressiva da Personalidade

1.1.1 O fenómeno depressivo

A depressão representa uma enorme área do sofrimento Humano e a Psicanálise, desde que surgiu, propôs-se estudar, através da observação clínica, a dinâmica interna subjacente ao funcionamento depressivo e os seus determinantes psicodinâmicos.

Freud foi o autor que realizou, com excepcional originalidade e perspicácia, uma primeira tentativa de elaboração sistemática do mecanismo da depressão, em *Luto e Melancolia* (1917). A sua teoria vingou e tornou-se modelo para as que se seguiram, permanecendo atual (Campos, 2006). Ao diferenciar as condições depressivas (melancólicas) do luto normal, Freud procurou elucidar a natureza da melancolia mediante a sua comparação com o afeto normal do luto (Ogden, 2004). A observação clínica permitiu-lhe identificar que ambos os processos têm semelhanças ao nível dos fatores precipitantes: a perda de um objeto amoroso. Partilham também dos mesmos sintomas, fruto dessa perda: “Um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, uma perda da capacidade de amar, uma inibição de toda e qualquer atividade” (Freud, 1917, p.244, citado por Ogden, 2004). No entanto, um aspeto particular ocorre exclusivamente na melancolia: “o rebaixamento da autoestima” (Freud, 1917, p.244, citado por Ogden, 2004). Freud sublinha ainda que no luto normal a perda afetiva é de natureza consciente e o mundo externo do sujeito empobrece pela ausência do objeto, enquanto no luto patológico o sujeito sabe *quem* perdeu mas não tem consciência *do que* perdeu mesmo, e vive um empobrecimento do Ego (Coimbra de Matos, 2001). Segundo Freud, ocorre na melancolia a perda inconsciente de uma parte do Ego, passando o mundo interno a ser sentido como triste e vazio (Ogden, 2004). Para o autor, está em causa a natureza do vínculo melancólico ao objeto, pois a perda real no mundo externo é vivenciada como a perda de uma parte do *self*.

Thomas Ogden (2004) revisita a obra de Freud (1917) e descreve como a relação do melancólico com o objeto perdido é pautada por uma certa ambivalência: ressentem-se um tom de revolta, de protesto emocional, na evocação do objeto. No contexto de um vínculo libidinal a um determinado objeto, quando se dá uma decepção grave que põe em causa o vínculo, em vez de ocorrer a retirada da libido e o deslocamento para um novo objeto, o

investimento libidinal fica suspenso e retorna ao Ego - empregue apenas com a finalidade de restabelecer uma identificação, patológica, do Ego ao objeto interno abandonado. Segundo Ogden (2004), o melancólico fica comprometido num paradoxo: o desejo inconsciente de abandonar o objeto leva a que este seja preservado pelo sujeito, por meio da identificação.

Como defendia Freud, está em causa neste mecanismo a natureza dos vínculos do sujeito melancólico, pois segundo o autor, este último apenas aprendeu a estabelecer formas narcísicas de relação objetal (Ogden, 2004). Para Freud, a melancolia consiste de facto numa doença do narcisismo - dá-se uma perturbação do desenvolvimento narcísico a um nível precoce. O sujeito melancólico não terá sido capaz de transitar de uma forma de amor objetal narcísico para um amor-objectal maduro, pelo reconhecimento da alteridade. Este movimento de identificação ao objeto interno representa para Freud uma regressão defensiva do sujeito a uma forma primitiva de relação objetal, própria das fases precoces de narcisismo primário, no qual “toda a energia emocional é libido-do-eu” (Ogden, 2004, p.92). Por outras palavras, Ogden (2004, p.93) descreve como o sujeito depressivo, substitui o que poderia ter sido uma relação “tridimensional” com o objeto externo do real, com tudo o que de mortal implica, por uma relação bidimensional, com um objeto que existe apenas no mundo interno e fora do tempo, a salvo da morte ou da separação. Ao identificar-se com o objeto, o sujeito anula a experiência da perda, negando a separação de forma onipotente: “o objeto sou eu e eu sou o objeto” (Freud, 1917, citado por Ogden, 2004, p.90). Assim, o sujeito compromete-se a uma enorme perda da sua vitalidade emocional - evade-se da dor à custa do desligamento com uma parte da realidade: a vida emocional no mundo dos objetos externos.

A noção da incapacidade do depressivo “enlutar”, ou seja, confrontar(-se) com o impacto total da realidade da perda e com a ambivalência associada, transporta-nos para o conceito da Posição Depressiva elaborado por Melanie Klein. O bebé, ainda totalmente dependente da mãe, aprende a reconhecer o objeto total, como independente de si, e descobre o desamparo face à sua dependência (Segal, 1975). Tomando consciência dos impulsos de amor e ódio dirigidos ao objeto, pela integração das suas partes clivadas, o bebé confronta-se com a ansiedade depressiva: o perigo de que a sua própria agressividade destrua o objeto do qual depende. Segundo Melanie Klein, quanto mais o objeto perdido é investido de forma ambivalente, ou seja, quanto mais predomina a agressividade sobre os investimentos amorosos libidinais, mais difícil se torna a integração (Kernberg, 2008). Para a autora, na

melancolia este ódio tem consequências destrutivas quer para o objeto interno quer para o externo: forma-se uma angústia do vazio pelo medo da perda, e também um círculo vicioso de culpa que transforma o ataque agressivo inconsciente ao objeto externo num ataque interno à parte do Ego identificada com o objeto. O objeto permanece idealizado, pois o sujeito procura em permanência restaurar e preservar o bom objeto interno (Kernberg, 2008). Para Klein, o luto patológico é assim caracterizado pelo fracasso da elaboração depressiva, devido à intolerância aos sentimentos de culpa, mas também devido à crueldade e sadismo do Superego, sentido como severo e perseguidor (Segal, 1975). Também esta instância ficou aquém da maturação esperada na elaboração da Posição Depressiva. Os objetos ideais e perseguidores introjetados na posição esquizo-paranoide mantêm-se na sua natureza primitiva: o objeto perseguidor experienciado como punitivo e julgador; o objeto ideal, com o qual o ego anseia identificar-se, torna-se a parte do Ideal do Ego, perseguidor pelas suas exigências de perfeição. Segundo Klein, em circunstâncias limite, o suicídio revelar-se-ia a possibilidade única de destruir o mau *self* e salvar o bom objeto (Kernberg, 2008).

De volta às palavras de Ogden (2004), a ambivalência está presente no sujeito deprimido quando este se debate com o desejo de continuar vivo, com a dor consciente da perda irreversível, ou em alternativa se deixar amortecer para negar a realidade da morte, ficando em consonância com os próprios objetos internos mortos. Esta imagem transporta-nos, por associação livre, à noção do amor gelado na identificação inconsciente com o objeto interno abandonado, funcionamento que Green (1988) descreve em *A Mãe Morta*. Já o luto compele à desistência do objeto, declarando-o morto, e incentivando a vivificação libidinal.

1.1.2. Características do funcionamento depressivo

Na sequência da apresentação de uma descrição mais clássica do fenómeno depressivo, podemos então extrair as características (ou traços) que, na perspetiva complementar de diferentes autores, configuram os tipos de funcionamento depressivo.

Freud (1917) evidenciou a presença de sentimentos de desânimo, de inibição, de perda de energia e de motivação, perda de interesse pelos acontecimentos do mundo externo, indisponibilidade interior para amar, e em particular a presença de uma baixa autoestima.

Este aspeto da baixa autoestima está intimamente ligado à questão da auto-inflexão da agressividade, por sua vez relacionada com a noção de masoquismo moral, conceito sobre o

qual Otto Kernberg (1988) debate extensamente. Embora considere o masoquismo moral um produto do desenvolvimento normativo na integração das funções do superego, o autor reconhece também que a tendência para o auto-criticismo realístico se alastrar para um humor depressivo, generalizado e auto-destrutivo, advém da severidade do superego. Kernberg (1988) propõe uma descrição da personalidade depressivo-masoquista, definida como uma constelação de traços de nível patológico, onde predominam três tipos de comportamento: um funcionamento do superego excessivamente severo; uma sobre-dependência no suporte, amor e aceitação por parte do outro; e dificuldades na expressão da agressividade.

Segundo o autor, neste tipo de personalidade os sujeitos são tendencialmente sérios e responsáveis, têm elevada conscienciosidade e são preocupados com o seu desempenho e responsabilidades. Estabelecem expectativas muito elevadas e rigorosas para eles próprios e são extremamente perfeccionistas. No entanto, são também duros e críticos em relação aos outros. Existe a inclinação, em casos graves, para se colocarem em situações demasiado exigentes, propensas à exploração e à indução de sofrimento, criando inconscientemente realidades externas que justifiquem o sentimento de serem mal-tratados (Kernberg, 1988). Relativamente à dimensão da dependência, o sujeito depressivo parece carecer imensamente da aprovação do objeto e do seu suporte, sem o qual se culpa em excesso frente aos outros. Segundo o autor, este tipo de sujeito manifesta elevados níveis de frustração e, precipitadamente, sente-se desconsiderado quando não se concretizam as suas expectativas, revelando uma vulnerabilidade anormal à desilusão e à decepção. Em simultâneo, é notável nos esforços exagerados para agradar o outro, na procura de manter o seu amor e simpatia. Kernberg (1988) sublinha a tendência para surgirem círculos viciosos de exigências excessivas, sentimentos de rejeição, culpabilização inconsciente do outro, e em consequência uma real rejeição do objeto, gerando assim uma espiral de problemas graves nas relações íntimas, alimentando a depressão relacionada com a perda do amor do objeto. Finalmente surgem os traços relativos à dificuldade na expressão da agressividade: o “metabolismo” defeituoso da agressão (Kernberg, 1988) é visível na medida em que estes sujeitos se deprimem em reação a situações que normalmente produziriam raiva ou zanga. A culpa inconsciente pela raiva sentida, que por vezes surge nos “ataques justificados” direcionados aos objetos rejeitantes, é seguida pela depressão e por comportamentos de redenção, excessivamente apologéticos e submissivos.

Coimbra de Matos (2001) olha a depressão como uma “diminuição da pressão anímica”: a perda de energia psíquica e do interesse pelo real, devido ao abafamento da libido. Para o autor, o sintoma que melhor a caracteriza é o abatimento, refletindo-se no pessimismo. O sujeito conserva-se na nostalgia e na saudade, descrente no futuro. Coimbra de Matos (2001) defende que a depressão se gera numa relação de amor não correspondida, funcionamento que designa por “economia depressígena” - o sujeito dá mais do que recebe e desiste dos seus interesses egoístas, para manter o amor do objeto narcísico e culpabilizante.

Sidney Blatt elabora também sobre os traços de personalidade que predisõem à depressão, e sobre as experiências subjetivas internas do sujeito que lhes estão associadas (Campos, 2000). Na conceção de Blatt, a predisposição para a depressão advém de uma falha ao nível do estabelecimento de níveis adequados de representação objetal, e consequentemente na regulação dos afetos. Com base na qualidade da internalização da representação objetal e na capacidade de aceder ao simbólico, Blatt (1974) diferencia dois tipos particulares de depressão: um tipo de personalidade em que se acentua a dependência relacional, designada de depressão anaclítica; outro tipo caracterizado pela culpa e o auto-criticismo, ao qual dá o nome de depressão introjetiva.

Segundo Blatt (1974), os sentimentos centrais na depressão anaclítica são o desamparo, a fraqueza e o vazio. À semelhança da descrição da dependência elaborada por Kernberg, existem desejos muito marcados de ser cuidado e um desespero para “manter o contacto físico direto com o objeto” (Blatt, 1974, p.149). Este tipo de sujeito estabelece relações relativamente indiferenciadas, baseadas na capacidade de gratificar e preencher o vazio e o desamparo. Segundo Blatt (1974), isto deve-se ao facto do sujeito depressivo-anaclítico ter estabelecido relações a um nível sensório-motor, onde a constância do objeto não ficou bem definida pelo acesso limitado à dimensão do simbólico. O autor explica como a falha ao nível da recuperação da representação interna do objeto, em momentos de separação, leva o sujeito a sentir-se absolutamente só, desamparado e com um medo intenso de ser abandonado. Assim, recorre a mecanismos primitivos, como a negação da perda e a busca frenética de substitutos (Blatt, 1974).

A depressão introjectiva por sua vez é descrita por sentimentos de culpa, desvalorização pessoal e fracasso, pelo sujeito não se sentir à altura das expectativas (Blatt, 1974). Segundo Blatt, este sentimento de falha é geralmente acompanhado de auto-crítica -

refletindo a atividade superegíca e a internalização de atitudes críticas e punitivas das figuras parentais (Campos, 2000) que nos reporta à descrição de Kernberg sobre o masoquismo moral. O perigo ao nível da perda do objeto não está relacionado com a perda do objeto na sua função gratificadora, mas com a angústia da perda do amor do objeto e na sua função de validação e reconhecimento. As tentativas de conservar o amor do objeto surgem por esforços de alcançar sucesso e o perfeccionismo. Blatt (1974) considera que a experiência da culpa exige uma capacidade de autorreflexão e de elaboração mais refinada do *self*. Neste quadro depressivo, também as representações objetais são mais diferenciadas e evoluídas, mas são por natureza ainda fragmentadas e ambivalentes, pela dificuldade em assimilar as partes separadas e contraditórias do todo. Coimbra de Matos (2001, p.109) apelida esta modalidade de relação objetal de “bifacial”: ocorre uma negação temporária ou cíclica das propriedades negativas do objeto - os aspetos de malevolência ou rejeição - enquanto são idealizados os aspetos positivos do objeto através de ilusões compensatórias.

Existe um grande consenso na literatura sobre a dicotomização da depressão nas duas dimensões da culpa e do vazio (e.g. Blatt & Zuroff, 1992; Campos, 2000), embora Blatt considere possível a existência de quadros mistos, onde se manifestam características de ambos os tipos de depressão (Blatt & Shichman, 1983). De um ponto de vista descritivo, a investigação de autores de uma variedade de posições teóricas tem vindo a convergir na defesa desta visão tipológica, embora discordem quanto à etiologia (Blatt & Maroudas, 1992). Em particular, na linha cognitiva-comportamental destaca-se a formulação de Beck (1983) sobre a depressão, identificando também as configurações que apelida de autónoma (introjectiva) e sociotrópica (anaclítica), e os fatores de personalidade e cognitivos que predisõem para cada subtipo (Blatt & Maroudas, 1992).

1.1.3. Depressão e Personalidade

A conceptualização da Depressão na perspetiva psicanalítica é análoga à da personalidade depressiva: a psicopatologia é estudada do ponto de vista do funcionamento intra-psíquico, das características e processos internos do sujeito (Campos, 2006). Na sequência da publicação de *Luto e Melancolia* de Freud, Abraham, entre outros autores, elaborou sobre a estruturação do carácter depressivo (Huprich, 1998). Segundo o autor, as frustrações sofridas na fase oral da infância dariam forma a um “protótipo” infantil de

depressão: na vivência de novas perdas ou decepções na vida adulta, ressurgiria a experiência da depressão, num estado psicológico similar ao da perda original.

Paralelamente à evolução do pensamento psicanalítico sobre a melancolia, ocorre ao longo do século XX uma evolução da classificação das diferentes formas de depressão, marcada em particular pela sistematização de Kraepelin e outros autores da escola da psiquiatria alemã (Campos, 2013; Huprich, 1998), com um foco nas manifestações clínicas. Kraepelin usa o termo “temperamento depressivo” para se referir a uma predisposição básica para a depressão: uma combinação relativamente estável de traços, precursores das grandes perturbações do humor (Campos, 2013; Klein, Kotov, & Bufferd, 2011). Nesta linha de pensamento, Kretschmer acrescenta ainda que é possível identificar traços depressivos em indivíduos saudáveis, assim como na população clínica, antecipando uma visão dimensional da personalidade e da psicopatologia (Campos, 2013).

Esta sistematização categorial viria a influenciar e a refletir-se nomeadamente nas sucessivas edições do DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (American Psychiatric Association [APA]), manual que constitui uma referência atual na classificação das Perturbações da Personalidade (Campos, 2006). Na publicação da terceira edição do DSM, levanta-se uma problemática pela introdução do diagnóstico da Perturbação Distímica como perturbação clínica no Eixo I, em detrimento da inserção da Personalidade Depressiva, no Eixo II das perturbações da personalidade (Ryder, Schuller, & Bagby, 2006). A controvérsia surge na dúvida sobre se certas formas crónicas de depressão deveriam ser consideradas perturbações do humor ou perturbações da personalidade (Ryder, Bagby, & Schuller, 2002). Vários estudos discutem se não haverá uma sobreposição conceptual e empírica entre as duas categorias, devido às elevadas taxas de comorbilidade entre perturbações da personalidade e do humor (e.g., Huprich 1998; Ryder et al., 2006), ou se existe de facto uma distinção válida entre as duas. Investigadores interrogam-se também sobre a diferença qualitativa entre sintomas crónicos e traços de personalidade (e.g., Campos, 2013; Ryder et al., 2002), aspeto que distingue as duas perturbações.

Em resposta às críticas, incluiu-se no apêndice do DSM-IV, um conjunto de critérios provisórios para a Perturbação Depressiva da Personalidade (Huprich, 1998; Ryder et al., 2006), categoria que foi retirada no DSM-5 (APA, 2013). Fica ainda por sublinhar o facto de toda a dimensão anaclítica ser negligenciada nos critérios de diagnóstico para a Perturbação

Depressiva da Personalidade no DSM (Campos, 2013). Como foi anteriormente referido, são vários os autores que têm enfatizado a componente da dependência (anaclítica) na depressão (e.g., Campos, 2013; Kernberg, 1988). E por fim, uma grande crítica à classificação das perturbações da personalidade, em particular no caso da Personalidade Depressiva, é que estas são categorizações inerentemente defeituosas pela incerteza dos limites da sua definição e pela facilidade com que surgem sobreposições com outras perturbações da personalidade e com perturbações clínicas (Ryder et al., 2002). Foi precisa uma reconceptualização e uma solução para tal problema tem sido a adoção de modelos dimensionais.

Com o advento do Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade (Costa & McCrae, 1992), tornou-se mais evidente o estudo dos traços de personalidade associados à depressão, na perspetiva de um contínuo entre a normalidade e a patologia (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010). Com a publicação do DSM-5 (APA, 2013), foi desenvolvido um modelo alternativo de diagnóstico de perturbações da personalidade, mais sensível a uma conceptualização dimensional da psicopatologia: um sistema que considera por um lado o défice no funcionamento - nos domínios do self e das relações interpessoais, e por outro os traços patológicos de personalidade. Para avaliar estes dois critérios criaram-se a escala *Level of Personality Functioning Scale* (Bender, Morey, & Skodol, 2011) e o Inventário da Personalidade do DSM-5 (Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012).

Klein, Kotov, e Bufferd (2011) fazem uma revisão dos modelos que estudam a relação entre a Depressão e a Personalidade. De entre os modelos referidos, destaca-se com maior interesse para o presente estudo, o modelo de espectro de cariz dimensional, que considera a depressão como um conjunto de variações quantitativas extremas, num contínuo de gravidade com a personalidade normal. Campos (2013) destaca também alguns modelos na linha psicodinâmica que consideram esta perspetiva dimensional: o modelo do desenvolvimento da personalidade de Blatt (1974) e a perspetiva de Coimbra de Matos.

Coimbra de Matos (2001, p.58) considera que a personalidade depressiva e a depressão constituem no seu conjunto a doença depressiva: “A doença depressiva é uma só, o que encontramos na clínica são quadros mistos em que predominam mais estes ou aqueles condicionantes, mecanismos psíquicos e contornos afetivos”. Para o autor, o luto normal e a depressão clínica são dois extremos do mesmo fenómeno psíquico: a reação à perda. O luto normal ou a “depressibilidade”, corresponde à capacidade de se poder deprimir na sequência

de uma perda objetal. A depressão clínica, manifesta, é a "depressão da culpabilidade" na qual se dá a introjeção ambivalente do objeto perdido (Coimbra de Matos, 2001).

Já a personalidade depressiva, que Coimbra de Matos (2001) designa por "depressividade" ou "depressão de inferioridade", não manifesta sintomatologia franca, apenas um vago sentimento de inferioridade, desânimo e propensão à desistência. Um fundo de pessimismo e de baixa autoestima que se destaca pela presença de sentimentos de frustração, de fracasso e irritabilidade. O sujeito condena-se ao falhanço por sentir que a sua autoimagem não corresponde ao Ideal do Ego que construiu (Coimbra de Matos, 2001). Para o autor, arrasta-se uma verdadeira depressão latente que não chega a eclodir, e que é mais ou menos encoberta por mecanismos anti-depressivos. Estes traços de personalidade organizar-se-iam na sequência de uma série de perdas afetivas cumulativas desde a primeira infância. Coimbra de Matos (2001) sublinha ainda a existência de uma relação depressígena como importante fator etiológico, relacionado com a repressão precoce da atividade espontânea, pela mãe narcísica e culpabilizante - o "pernicioso introjeto que abafa a libido".

A depressividade é estável, egossintónica e tende à cronicidade. Para Coimbra de Matos (2012), esta configura também uma predisposição à depressão clínica, seja como depressão introjectiva (depressão dita verdadeira) quer como anaclítica, ambas com sintomas egodistónicos. Segundo o autor, a depressividade está ainda, frequentemente, na base de alguns quadros de toxicod dependência e de perturbações do comportamento (alimentar, sexual e agressivo) e da doença psicossomática. No caso da psicossomática, Coimbra de Matos (2012) dá o nome de "depressão falhada": uma depressão não organizada mentalmente, em que o afeto depressivo está latente mas atua ao nível do corpo. A conceptualização da "depressão falhada" é equivalente à noção de "depressão essencial" de Pierre Marty (1968).

Segundo Campos (2013), a literatura oferece no momento presente um suporte consistente de que o fenómeno depressivo, em sentido lato, é um fenómeno espectral na sua intensidade, frequência e duração - um contínuo entre a normalidade e a psicopatologia. Campos (2006) propõe uma definição empírica da organização depressiva da personalidade, que designa de Dimensão Depressiva da Personalidade, como um conjunto único de traços e características depressivas, num espectro contínuo onde se expressam diversas formas clínicas de depressão. O autor defende ainda que a diferença entre os traços depressivos e os sintomas depressivos é a sua estabilidade, e sobretudo, a sua natureza egossintónica ou

egodistónica (Campos, 2013). Apesar de existirem já vários instrumentos que avaliam os traços depressivos, Campos considera que todos apresentam limitações, em particular porque não contemplam certas características depressivas, como a dependência, ou porque são circunscritos a um modelo específico, levando-o à criação de um instrumento - o Inventário de Traços Depressivos (Campos, 2015), que colmata as limitações apontadas aos restantes instrumentos. Este instrumento destaca ainda cinco dimensões depressivas, compostas por constelações de traços, pertencentes ao conjunto da Dimensão Depressiva da Personalidade.

1.2. Dimensão Depressiva da Personalidade e Sintomatologia Psicopatológica

O sintoma psicopatológico traduz-se numa limitação do funcionamento normal, e a perturbação do funcionamento é tanto maior quanto a severidade da sintomatologia e o mal-estar que esta acarreta. A doença depressiva é também um conjunto de sintomas (Hamilton, 1989) que forma um padrão. Mas a noção de Dimensão Depressiva da Personalidade pode contribuir para uma melhor compreensão da relação que existe entre traços depressivos e os sintomas psicopatológicos associados. Segundo Campos (2013), de um ponto de vista etiológico, os traços depressivos predispõem o sujeito a vivenciar sintomas depressivos que variam na sua intensidade, estabilidade e frequência. Em termos de continuidade, também o mal-estar psicológico (*distress*) se estende desde o mal-estar sintomático sem significado clínico, ao mal-estar psicopatológico, característico das perturbações mentais. A severidade da depressão, em particular associada ao perfeccionismo mal-adaptativo e ao auto-criticismo, está fortemente associada ao mal-estar psicológico e à disfunção social (Blatt & Zuroff, 1992; DiMaggio et al., 2015). Investigações longitudinais sugerem que elevados níveis do traço Neuroticismo, preditor da depressão, entre outros traços depressivos, têm um efeito direto na sintomatologia depressiva (e.g., Jylhä & Isometsä, 2006), e no mal-estar psicológico e emocional (e.g., Navrady et al., 2017; Nouri, Feizi, Afshar, Keshteli, & Adibi, 2019; Ormel, & Wohlfarth, 1991; Van Eeden et al., 2019).

Hamilton (1989) faz uma revisão dos sintomas da depressão, e refere com maior prevalência o humor depressivo, a perda do interesse (anedonia) e capacidade de trabalho, a ansiedade, tanto psíquica como somática, pensamentos e comportamentos suicidas, insónia primária, cansaço, perda de energia, perda de apetite, lentificação, agitação, hipocondria, falta

de *insight*, e diminuição da libido sexual. Registou até variação diurna dos sintomas em muitos casos. Os sintomas são de natureza diversa: cognitiva, afetiva e somática/vegetativa.

Sujeitos com diagnóstico de depressão evidenciam taxas elevadas de coocorrência de outras perturbações da personalidade. Segundo Bagby, Quilty, e Ryder (2008), devido a divergências metodológicas, a investigação apresenta resultados variados quanto às estimativas de comorbilidade (entre 15% e 95%) e pouco consenso quanto à especificidade das perturbações da personalidade mais comuns. Contudo é possível identificar a coocorrência com perturbações antisocial, borderline, histriónica, esquizotípica, evitante e dependente, paranoide e obsessiva-compulsiva da personalidade (Bagby et al., 2008). A comorbilidade com outras perturbações clínicas também é evidente na investigação. Fava et al. (2000) demonstram que o diagnóstico de perturbações ansiosas estava presente em 50.6% dos pacientes deprimidos da sua amostra, entre as quais: fobia social, fobia, perturbação de pânico, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessiva-compulsiva, e agorafobia, associadas também a um prognóstico mais reservado. Já Rush et al. (2005), na revisão de estudos com amostras clínicas de sujeitos deprimidos, encontram elevadas taxas de prevalência de outras perturbações, para além das ansiosas, deparando-se com a coocorrência de perturbações alimentares, perturbações somatoformes, abuso e dependência de álcool e de drogas, perturbação de stress pós-traumático, e com menor peso, sintomas de hipocondria.

Segundo DiMaggio et al. (2015), o perfeccionismo mal-adaptativo, como traço depressivo, correlaciona-se com níveis de depressão elevados e ideação suicida, mas também com perturbações sintomáticas do tipo alimentar, ansioso e obsessivo-compulsivo. Os autores demonstram como a dimensão do perfeccionismo mal-adaptativo está fortemente associada a dimensões sintomáticas como a sensibilidade interpessoal, hostilidade e paranoia, visíveis na necessidade de aprovação dos outros e no recurso a mecanismos de evitamento de contactos sociais intimidantes (DiMaggio et al., 2015).

Segundo Moore e Howell (2017), a sobre-estimação de consequências negativas das ações, os sentimentos de culpa exagerados, a procrastinação, dúvida e compulsividade, os pensamentos ruminativos, e a dureza do auto-escrutínio, são fatores implicados tanto na depressão como na perturbação obsessivo-compulsiva e são preditores dos seus sintomas. Os autores identificaram uma elevada incidência de comorbilidade e fortes correlações entre a depressão e a perturbação obsessiva-compulsiva, em particular em casos de depressão graves.

Segundo Moore e Howell (2017), os teóricos psicanalíticos sublinharam a dimensão agressiva dos impulsos na obsessão-compulsão, pela ligação frequente a temáticas agressivas internas - pelo medo da perda de controlo da agressividade e dos seus efeitos destrutivos.

A raiva como componente emocional e a hostilidade como predisposição atitudinal, estão associadas à depressão, existindo provavelmente uma relação causal entre as duas dimensões (Riley, Treiber, & Woods, 1989), já postulada por Freud e Abraham na teoria da inflexão da agressividade na melancolia. Outros autores procuraram demonstrar a correlação entre a depressão e a hostilidade (e.g., Fava, Kellner, Munari, Pavan, & Pesarin, 1982; Huprich, 2005), embora alguns tenham demonstrado que a depressão está relacionada com a agressividade virada para o próprio e não para o exterior (e.g., Kendall, 1970; Selby & Neimeyer, 1986). O estudo de Riley et al. (1989) corrobora a hipótese de que a depressão está relacionada com a inibição da expressão da raiva, e acrescenta que, embora o sujeito depressivo não a externalize, vivencia mais hostilidade que o sujeito dito saudável. Gilbert, Irons, Olsen, Gilbert, e McEwan (2006) defendem que a internalização da agressividade e os sentimentos de inferioridade estão fortemente relacionados com a depressão. A agressividade e a projeção da culpa são reações normais à rejeição e ao criticismo, mas os sujeitos depressivos podem não ter essa reação, quando internalizam e reprimem a sua agressividade.

A sensibilidade interpessoal constitui também um fator de risco para a depressão, e medeia a relação entre o trauma na infância e a depressão, segundo Gilbert et al. (2006). Neste estudo, os sujeitos com tendência significativa para a sensibilidade interpessoal revelaram formas mais crónicas e severas de depressão. Manifestavam também mais sentimentos de culpa e maior comportamento suicidário, e eram mais paranoicos. Davidson, Zisook, Giller, e Helms (1989) definem sensibilidade interpessoal como a hipersensibilidade do sujeito aos defeitos próprios que percebe em si, face aos demais. Inclui sentimentos de inadequação pessoal e de inferioridade, e também uma sensibilidade à rejeição e ao criticismo por parte dos outros. Gilbert et al. (2006) diferenciam dois grandes tipos de sensibilidade interpessoal: por um lado a sensibilidade à depreciação social aliada à necessidade de aprovação, sentimentos de inferioridade e vulnerabilidade ao criticismo, tendência para ser subordinado e intimidado pelos outros; e por outro lado a sensibilidade à disfunção das relações de vinculação e à rejeição, assim como à perda de suporte, e ansiedade de separação. Segundo Bowlby, a disfunção de vínculos em pessoas com sensibilidade à

rejeição pode produzir protestos de raiva ou ansiosos e/ou dificuldade de separação (Gilbert et al., 2006). O estudo de Gilbert et al. (2006) sobre a agressividade e as diferenças ao nível do sexo, revelou que os homens, à medida que ficam mais deprimidos, tendencialmente externalizam a sua raiva e ficam mais hostis. O contrário manifesta-se nas mulheres, que tendencialmente ficam mais ansiosas quando ficam também mais deprimidas.

Kellner, Hernandez, e Pathak (1992) identificam a depressão como fator de ligação entre a inibição da agressividade, *self-reported*, e os sintomas somáticos: pessoas que inibem a sua agressividade são em média mais deprimidas; pacientes deprimidos têm em média mais sintomas somáticos. Koh e Park (2008) demonstram que a expressão da agressividade tem um papel significativo na somatização em pacientes com personalidade depressiva, em particular na severidade dos sintomas somáticos relacionados com os sistemas neuro-muscular, cardio-respiratório e gastrointestinal. No entanto, nos sujeitos em estudo o nível de inibição da agressividade não estava significativamente associado com a severidade dos sintomas somáticos, ao contrário do estudo anteriormente mencionado.

A perturbação depressiva é frequentemente acompanhada de sintomas somáticos e vegetativos: insónia primária, despertar precoce, perda de peso e apetite, perda do interesse sexual, lentificação, agitação etc., e a desregulação neurofisiológica que dá origem ao humor depressivo pode resultar também no aumento do tónus muscular, interferir na motilidade intestinal, entre outros sintomas autonómicos (Sayar, Kirmayer, & Taillefer, 2003). Em vários estudos tem sido demonstrada a associação entre a depressão, e traços de personalidade como o Neuroticismo, e a presença de sintomas somáticos (e.g., Bridges & Goldberg, 1987; Katon, Sullivan, & Walker, 2001; Lipowski, 1990) tais como diversas formas de dor ao nível do corpo (e.g. fibromialgia; Di Tella & Castelli, 2013), cansaço, fraqueza, entre outros sintomas que afetam uma série de sistemas fisiológicos (Sayar et al., 2003). Dado que a depressão e a ansiedade coocorrem com frequência, o nível de queixas somáticas pode estar ligado com o nível de ansiedade concomitante (Kumar, Avasthi, & Grover, 2019; Sayar et al., 2003).

Segundo Hurwitz (2004), a somatização é a tendência para as pessoas experienciarem e comunicarem o mal-estar psicológico sob a forma de sintomas somáticos. A depressão foi identificada em 30-60% dos pacientes com dores crónicas, em 40-90% de doentes que somatizam, e entre 54-88% dos pacientes que apresentaram sintomas de conversão (Hurwitz, 2004). A conversão somática reativa é também uma defesa somática contra ameaças à

estabilidade mental, atribuíveis a perturbações como a depressão. Tipicamente nas conversões somáticas, os pacientes apresentam desmaios psicogénicos ou déficits sensório-motores psicogénicos (e.g., paralisias, cegueira, mutismo) (Hurwitz, 2004).

Segundo Lipowski (1990) os sujeitos com personalidade depressiva que somatizam tendem a minimizar ou negar a consciência do humor depressivo, ou admitem experienciar depressão mas atribuem a culpa maioritariamente ao mal-estar somático e preocupações associadas. Muita investigação se tem centrado na possibilidade de que as dificuldades em processar e expressar afeto possam contribuir para o surgir de sintomas somáticos (Taylor, Bagby, & Parker, 1997). Sifneos (1973) cunhou o termo alexitimia ao identificar em alguns dos seus pacientes, em particular os que sofriam de perturbações psicossomáticas, uma dificuldade acentuada em descrever, comunicar e identificar os seus sentimentos. Estes pacientes estavam focados na realidade e nos factos concretos do mundo que os rodeia, mais do que nas suas emoções, e tinham uma vida fantasmática muito pobre. Os sujeitos alexitímicos tendencialmente desvirtuam as suas reações emocionais, interpretando-as como sintomas de doença física (Sayar et al., 2003).

A expressão de sintomas somáticos na depressão correlaciona-se com construtos psicológicos como a alexitimia, preocupações hipocondríacas, amplificação somato-sensorial e a hipervigilância do corpo (e.g., Sayar et al., 2013). Para Taycan, Özdemir, e Erdogan Taycan (2017), existe uma associação íntima entre a alexitimia e a somatização em pacientes deprimidos, e é importante considerar-se o risco da somatização mascarar uma condição depressiva subjacente. No estudo de Taycan et al. (2017), os autores procuraram investigar os fatores associados à alexitimia e identificaram associações que incluíam a severidade da depressão, o nível geral de mal-estar psicológico, o nível de queixas de sintomas somáticos, assim como a tendência à amplificação **somatossensorial** e a tendência para atribuir sintomas físicos a causas somáticas.

1.3. Dimensão Depressiva da Personalidade, Sintomatologia Psicopatológica e Satisfação Relacional

O mal-estar psicológico interfere no funcionamento quotidiano nos seus vários domínios. No DSM é reconhecido que os sintomas associados à depressão produzem mal-estar e conseqüentes limitações ao nível relacional, ocupacional, entre outras áreas do

funcionamento (Segrin, 2012). O comportamento pessimista, hostil e retraído, que frequentemente acompanha a depressão, dificulta as relações interpessoais. Assim, as pessoas com depressão experienciam regularmente conflitos nas relações com os seus parceiros/ cônjuges, filhos e amigos, reportam uma menor rede de suporte social e mais interações negativas com membros da sua rede social, em comparação com a população não-clínica (Zlotnik, Kohn, Keitner, & Della Grotta, 2000). Segundo Segrin (2012), a dificuldade advém de déficits de competências sociais e da falta de motivação, característica dos sujeitos depressivos, levando à perda do suporte, ou reações negativas por parte dos outros. As famílias de pacientes com diagnóstico de depressão demonstram maior disfunção familiar (em termos da comunicação, estabelecimento de papéis, resolução de problemas, responsividade afetiva), em particular na fase aguda da sua doença, em comparação com famílias de sujeitos ditos saudáveis (Zlotnik et al., 2000). As perturbações nas relações dos sujeitos deprimidos são particularmente pronunciadas nas relações íntimas (Zlotnik et al., 2000), e identifica-se um funcionamento conjugal mais pobre - com presença de comunicação e comportamentos negativos - relacionado com a presença da depressão, predizendo também o aumento de sintomatologia depressiva (Whitton & Whisman, 2010).

A depressão advém em parte de uma relação depressígena primária (Coimbra de Matos, 2001), que subsequentemente define e molda o modo de vinculação do sujeito a outros significativos. De várias perspetivas teóricas, foi demonstrado como tipos particulares de padrões de interação entre pais e filhos podem criar vulnerabilidade para a depressão na idade adulta, com a suposição de que uma disfunção do vínculo com os pais pode levar ao comprometimento das representações mentais destes (e.g. Blatt, 1974, Blatt & Homann, 1992), ou dos “modelos internos dinâmicos” (e.g., Main, Kaplan, & Cassidy, 1985; Bowlby, 1977). O estudo de crianças com vinculação insegura (e.g., Ainsworth, 1969; Main et al., 1985), de crianças filhas de mães deprimidas (e.g., Blatt & Homann, 1992), e relatos retrospectivos de adultos sobre as atitudes dos pais na infância (e.g., Blatt, Wein, Chevron, & Quinlan, 1979; Blatt & Homann, 1992; Campos, 2010) indicam que a representação mental negativa do *self* e das figuras parentais emerge de relações disruptivas entre pais e filhos. Também os pais, ao lutarem com questões relativas às suas próprias experiências com os seus pais, re-encenam as suas dificuldades nos padrões de relação com os filhos (e.g. Blatt & Homann, 1992; Bowlby, 1977).

Os estudos acima mencionados sugerem de forma consistente que a falta de cuidado parental, em termos de afeto e apoio, o exercício parental de excessiva autoridade (criticismo, controlo sem afeto e desaprovação), a excessiva intrusão, e o estilo de vinculação inseguro, levam certos indivíduos a procurar nas suas relações futuras, ou constante segurança e suporte - com dificuldade em se separar, ou a antecipar continuamente a rejeição, evitando o envolvimento interpessoal. Schwarz e Zuroff (1979) obtiveram uma correlação significativa entre a depressão medida e a inconsistência sentida no afeto tanto do pai como da mãe. Campos (2010) demonstra que os traços depressivos podem ser uma variável mediadora entre as representações parentais negativas, consequência das interações precoces disfuncionais com os pais, e o estado depressivo sintomático atual. Campos (2010) acrescenta que sem a adequada internalização dos modelos internos, o objeto não pode ser experienciado como perdido sem desencadear depressão.

Bowlby (1977) estudou a predisposição para a depressão, da perspetiva das relações de objeto, distinguindo sujeitos com uma vinculação ansiosa e com uma autossuficiência compulsiva. Bowlby postula que a vinculação ansiosa leva a pessoa a procurar o contacto interpessoal direto e a ser excessivamente dependente do outro. Em contraste, o sujeito compulsivamente autossuficiente, evita o outro e desdenha quem procura contacto íntimo na relação. Segundo o autor, a autonomia excessiva é a uma defesa contra a possibilidade de reviver experiências frustrantes da infância precoce na relação com os pais, possivelmente como reação a ter sido uma criança “adultomorfa”, que prematuramente assumiu responsabilidades de cuidados na família, frequentemente cuidando dos próprios pais.

A orientação para a afiliação (dependência) versus independência (auto-criticismo), em termos de necessidades afetivas, influencia as relações interpessoais, inclusivamente o padrão de interação de casais (e.g., Lynch, Robins, & Morse, 2003; Zuroff & de Lorimier, 1989). Níveis mais elevados de depressão, em membros de um casal, estão associados a maiores conflitos na relação, a uma comunicação com interações de maior hostilidade, a padrões de incompatíveis de exigência/retração, e a problemas ao nível da intimidade, revelando-se padrões de sociotropia e autonomia (Lynch et al., 2003; Zuroff & de Lorimier, 1989). O estilo de personalidade, do ponto de vista das tipologias anaclítica e introjetiva da depressão, influencia o desejo de proximidade ou independência num casal, assim como a perceção da satisfação relacional (Lynch et al., 2003).

Pesquisas prévias sugerem que os sujeitos sociotrópicos (dependentes) sentem-se geralmente aprovados pelos seus companheiros e outros, e percebem-nos como apoiantes, tendencialmente idealizando a relação (Lynch et al., 2003; Mongrain, Vetteuse, Shuster, & Kendal, 1998). Blatt e Homman (1992) referem que os sujeitos com depressão anaclítica tendem a minimizar a sua insatisfação na relação com os pais, pela dificuldade em expressar a zanga ou desilusão, recorrendo a mecanismos de negação de sentimentos de rejeição ou da inconsistência do afeto parental. Mongrain et al. (1998) reforçam que estes sujeitos tendem a minimizar as dificuldades das relações. A dependência está associada a comportamentos interpessoais de submissão, conformismo, e a um estilo de vinculação ansioso, associado ao medo do abandono (e.g., Bowlby, 1977; Whiffen & Aube, 1999; Zuroff & Fitzpatrick, 1995).

Sujeitos autónomos e auto-críticos reportam ser mais frios e hostis e menos amorosos (e.g., Lynch et al., 2003; Mongrain et al., 1998). As descrições que fazem de si próprios correspondem ao tipo de vinculação ansiosa-evitante (Zuroff & Fitzpatrick, 1995). Reportam também menor motivação e abertura para a intimidade e lidam com o conflito pelo evitamento (Lynch et al., 2003). Mulheres auto-críticas reportam menor capacidade de confiar no companheiro e uma maior expectativa de sofrer na relação (Lynch et al., 2003; Zuroff & de Lorimier, 1989). Os sujeitos deprimidos ditos auto-críticos têm maior tendência para reportar insatisfação da sua relação com o parceiro e criticar o outro (Lynch et al., 2003). Reportam também menor acuidade social e empatia (Whiffen & Aube, 1999).

Sujeitos com maior perfeccionismo auto-crítico têm representações mentais mais duras e punitivas de si próprios, dos outros e das suas relações, e conseqüentemente tendem a criar tensões interpessoais (e.g., Blatt, 1974; Blatt, Wein, Chevron, & Quinlan, 1979). No mesmo sentido, Haring, Hewitt, e Flett (2003) demonstram que o perfeccionismo, em particular na dimensão do perfeccionismo “ditado socialmente”, baseado na crença de que os outros têm expectativas muito elevadas para si próprio, interfere negativamente na qualidade das relações íntimas. O auto-criticismo pode ser frustrante para os membros da família, que por sua vez tratam o sujeito depressivo de forma mais negativa ou distante. Este último, ao perceber a interação como hostil, deprime-se mais, potenciando um círculo vicioso (Burns, Sayers, & Moras, 1994). O estudo de Haring et al. (2003) sugere que o modo como o perfeccionismo é expresso nas relações interpessoais é detrimental para a relação, pelo recurso

a estratégias de *coping* mal-adaptativas de carácter hostil (e.g., sarcasmo, provocação, culpabilização, exigências de mudança de comportamento) que exacerbam o conflito.

As relações conjugais, familiares e outras, dos sujeitos deprimidos são pautadas por conflito e hostilidade, em comparação com as dos sujeitos não-deprimidos (Whiffen & Aube, 1999). É aparente que a negatividade é uma dimensão que sobressai ao qualificar o funcionamento interpessoal desta população. A comunicação, assim como os comportamentos de exigência ou retração, caracterizam-se por uma maior frequência de comunicação negativa (culpabilização, retração, agressão verbal) e menor frequência de comunicação positiva (auto-revelação, responsividade, intimidade, contacto ocular, sorrisos) e são mediadores entre a disrupção da relação conjugal e a depressão (e.g. Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008; Finkbeiner, Epstein, & Falconier, 2013).

Humphreys, Wood, e Parker (2009) comprovam que níveis elevados de alexitimia estão relacionados com uma menor satisfação nas relações íntimas (afetiva e sexual), em particular devido ao evitamento da intimidade, e a uma elevada necessidade de independência decorrente da sua falta de confiança nos outros. Sujeitos com alexitimia tendem a ter estilos de vinculação inseguros e a ter dificuldades em ligar-se a outras pessoas a um nível mais íntimo (e.g., Humphreys et al., 2009).

A depressão está associada a baixos níveis de intimidade conjugal, reportados e percebidos pelos parceiros, e à insatisfação com o grau de intimidade, que por sua vez está relacionada com uma baixa satisfação relacional (Finkbeiner et al., 2013). Os sintomas cognitivos, afetivos, fisiológicos e comportamentais da depressão, tais como a perda do interesse e da motivação, desesperança, anedonia, cansaço e retração social, parecem interferir com a capacidade do sujeito tirar prazer do contacto íntimo com o parceiro, e interagir intimamente nas relações amorosas ou com outros significativos. Tem impacto também na diminuição do desejo sexual (Finkbeiner et al., 2013). A intimidade é também um fator mediador entre os sintomas depressivos e a satisfação relacional, pois os sintomas depressivos estão relacionados com a dificuldade em retirar prazer da intimidade, afetam as interações íntimas do casal, e acentuam uma avaliação negativa da relação e dos sentimentos de distância em relação ao seu companheiro (Finkbeiner et al., 2013).

Rehman, Evraire, Karimiha, e Goodnight (2015) demonstram que os sujeitos com maiores níveis de sintomas depressivos, ou que têm um parceiro com níveis elevados de

sintomas depressivos, reportam maiores níveis de insatisfação nas suas relações românticas. Os seus estudos sugerem também que formas crónicas de ansiedade, para além dos sintomas depressivos, têm um impacto negativo no funcionamento relacional.

Foi demonstrado também que quanto maiores a instabilidade e a flutuação na satisfação relacional, associadas a um menor comprometimento relacional, maior o nível de severidade dos sintomas, interferindo com a segurança emocional e a confiança ao nível das relações, promovendo mais sintomas depressivos (Whitton & Whisman, 2010). Burns et al., (1994) admitem a hipótese de que os sujeitos apenas conseguem tolerar relações conturbadas, sem se deprimir, quando percecionam a relação como estável. A vivência de perturbação e instabilidade na relação, quando os sujeitos pressentem a probabilidade de serem rejeitados ou vivenciarem uma perda, tende a conduzir à depressão clínica. Tal como foi previamente referido (Campos, 2010), com uma desadequada internalização dos objetos internos, a experiência da perda ou rejeição do objeto pode desencadear a depressão no sujeito.

Resumindo, a perturbação do vínculo com as figuras primárias, seja por experiências parentais de excessiva dureza e crítica, excessiva intrusão, negligência ou frustração, pode comprometer a qualidade da representação dos objetos internos, e gerar modelos de relação menos adaptativos e satisfatórios. A literatura tem vindo a comprovar também que representações negativas dos modelos internos dinâmicos estão relacionadas com uma maior presença de traços depressivos (Dimensão Depressiva da Personalidade), e maiores níveis de mal-estar psicológico e de uma ampla variedade de sintomatologia psicopatológica, para além da sintomatologia tipicamente depressiva. Todas estas variáveis parecem interferir na perceção subjetiva da qualidade das relações interpessoais, em particular nos sujeitos com tendências auto-críticas e perfeccionistas. No entanto, a literatura demonstra que os sujeitos deprimidos que manifestam características anaclíticas e de avidez afetiva, tendem a não reconhecer os aspetos negativos da relação e a sua insatisfação, seja por mecanismos de negação ou de idealização, devido aos sentimentos de desamparo e ao medo do abandono.

2. Objetivos e Hipóteses

O presente estudo pretende explorar na população geral adulta, a(s) dimensão(ões) depressiva(s) da personalidade na sua relação com o mal-estar psicológico e com a sintomatologia psicopatológica, ao nível da Satisfação Relacional.

A Satisfação Relacional, enquanto variável, considera a apreciação subjetiva por parte do sujeito sobre a qualidade do contacto nas suas relações familiares e de amizade. Assim, surgem duas amostras de participantes: por um lado, um grupo de sujeitos que descreve a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória” e, por outro, um grupo de sujeitos que descreve a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”.

Pretende-se ainda explorar o poder preditivo das dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI) para a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e os fatores depressivos (ITD-R), criando modelos para cada um dos grupos de Satisfação Relacional.

Objetivo 1: Analisar as relações entre a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e os cinco fatores que a compõem (Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional - ITD-R) com o mal-estar psicológico (IGS do BSI).

Hipótese 1: A Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e os cinco fatores da depressão (ITD-R) correlacionam-se diretamente com o mal-estar psicológico (IGS do BSI).

Objetivo 2: Comparar os grupos de Satisfação Relacional, relativamente à Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e aos cinco fatores que a compõem (ITD-R), ao mal-estar psicológico (IGS do BSI) e respetivas dimensões da sintomatologia psicopatológica (Depressão, Ansiedade, Somatização, Hostilidade, Sensibilidade Interpessoal, Obsessão-Compulsão, Ansiedade Fóbica e Ideação Paranoide, do BSI).

Hipótese 2: Os participantes com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” evidenciam resultados médios mais elevados na Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e nos fatores depressivos (ITD-R), excetuando na Depressão Relacional, na comparação com os participantes com relações de qualidade “Muito Satisfatória”.

Hipótese 3: Os sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” evidenciam resultados médios mais elevados no mal-estar psicológico (BSI) e nas dimensões dos sintomas psicopatológicos (BSI), na comparação com os sujeitos com

relações de qualidade “Muito Satisfatória”.

Objetivo 3: Analisar as relações entre a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e os fatores depressivos (ITD-R) com o mal-estar psicológico (IGS do BSI) e as dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI), para os grupos de Satisfação Relacional.

Hipótese 4: A Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e os cinco fatores depressivos (ITD-R) correlacionam-se diretamente com o mal-estar psicológico (IGS do BSI) e com as dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI), no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”.

Hipótese 5: As correlações entre as dimensões depressivas (ITD total e fatores depressivos do ITD-R) e o mal-estar psicológico (IGS do BSI) e as dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI) são mais elevadas para o grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, do que para o grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”.

Objetivo 4: Com base nos resultados do objetivo anterior (Hipótese 4), procura-se explorar quais as dimensões da sintomatologia psicopatológica do BSI (Depressão, Ansiedade, Somatização, Hostilidade, Sensibilidade Interpessoal, Obsessão-Compulsão, Ansiedade Fóbica e Ideação Paranoide) que predizem a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD-total) e os cinco fatores depressivos do ITD (Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista, Depressão Relacional), no grupo que descreve a qualidade das relações como “Muito Satisfatória” e no grupo que as descreve como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”.

3. Método

3.1. Participantes

A amostra global deste estudo é constituída por 246 participantes, e foi dividida em dois grupos em função do modo como os sujeitos classificaram a qualidade global do contacto das suas relações familiares e de amizade: satisfação relacional global. O primeiro grupo de participantes é composto por sujeitos que descrevem a qualidade do contacto das suas relações como “Muito Satisfatória”. O outro grupo, engloba os sujeitos que descrevem a qualidade do contacto das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”.

O grupo que define a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória” (designado por “Mt Satisfatória”) é composto por 94 sujeitos, com idade média de 37.71 anos ($DP = 12.72$ anos). Dos participantes deste grupo, 25.5% são do sexo masculino ($n = 24$) e 74.5% do sexo feminino ($n = 70$). A nacionalidade de 97.9% dos sujeitos deste grupo é Portuguesa. É feita uma descrição sociodemográfica do grupo que descreve a qualidade global das suas relações como “Muito Satisfatória”, no Quadro 1.

Quadro 1

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Grupo com Relações de Qualidade “Muito Satisfatória”

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Idade			37.71	12.72	37	37	18	78
Escolaridade								
4º ano	1	1.1						
9º ano	8	8.5						
12º ano	27	28.7						
≥ Licenciatura	59	61.7						
Estado civil								
Solteiro	34	36						
Casado/Coabitação	52	55.3						
Viúvo	1	1.1						
Divorciado	7	7.4						
Residência								
Urbana	138	90.8						
Rural	10	6.6						
Situação Profissional								
Empregado	74	78.7						
Desempregado	7	7.4						
Reforma	2	2.1						
Dona de Casa	1	1.1						
Estudante	10	10.6						

O grupo constituído pelos sujeitos que caracterizam a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” (designado por “MdPN Satisfatória”) é composto por 152 participantes, com uma média de idade de 42.74 anos ($DP = 13.71$ anos). Dos participantes deste grupo, 47.4% são do sexo masculino ($n = 72$) e 52.6% do sexo feminino ($n = 80$). A nacionalidade de 98% dos participantes deste grupo é Portuguesa.

A caracterização sociodemográfica detalhada do grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” encontra-se abaixo, no Quadro 2.

Quadro 2

Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas do Grupo com Relações de Qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Idade			42.74	13.71	43	52	18	83
Escolaridade								
< 4º ano	5	3.3						
4º ano	3	2						
6º ano	12	7.9						
9º ano	32	21.1						
12º ano	41	27						
≥ Licenciatura	59	38.8						
Estado civil								
Solteiro	38	25						
Casado/Coabitação	93	61.2						
Viúvo	2	1.3						
Divorciado	19	12.5						
Residência								
Urbana	39	88.60						
Rural	4	11.40						
Situação Profissional								
Empregado	119	78.3						
Desempregado	13	8.6						
Reforma	9	5.9						
Dona de Casa	1	.7						
Estudante	10	6.6						

3.2. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados três instrumentos: os participantes do estudo responderam a um questionário sociodemográfico, ao Inventário de Traços Depressivos na sua forma reduzida (ITD-R; Campos, 2015) e ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Canavarro, 1999).

3.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico, composto por 16 itens, teve como objetivo recolher os dados sociodemográficos dos participantes relativamente, por exemplo, ao sexo, idade, nacionalidade, tipo de área de residência, nível de escolaridade, situação laboral, estado civil, grau de frequência e qualidade do contacto das relações familiares e de amizade... Para os itens “Relativamente às suas Relações Familiares, como descreve a qualidade do contacto?” e “Relativamente às suas Relações de Amizade, como descreve a qualidade do contacto?”, os participantes tinham quatro opções de resposta: “Muito Satisfatória”, “Satisfatória”, “Pouco Satisfatória” ou “Nada Satisfatória”. A partir destas respostas foram criados os dois grupos em estudo.

3.2.2. Inventário de Traços Depressivos

Foi utilizada a forma reduzida do Inventário de Traços Depressivos (ITD-R), instrumento de autorrelato, desenvolvido por Campos (2015). Este instrumento avalia e operacionaliza o conceito de Dimensão Depressiva da Personalidade, defendendo uma visão unitária e dimensional da depressão na sua relação com a personalidade, e englobando uma ampla variedade de traços depressivos, estáveis, característicos do funcionamento típico do indivíduo.

O ITD-R, na sua forma reduzida, é composto por 41 itens. As instruções pedem ao participante para descrever como é ou se comporta habitualmente, e não como se sente ou se comporta no momento atual a que responde. A escala de resposta consiste numa escala de *Likert* de 5 pontos (1 – Discordo Fortemente a 5 – Concordo Fortemente). Ao nível dos resultados, num primeiro momento de análise, um sujeito poderá ter um resultado total elevado no inventário, sugerindo que apresenta uma Dimensão Depressiva da Personalidade marcada, ou seja, que exhibe muitos traços depressivos. A Dimensão Depressiva da Personalidade corresponde a um espectro-contínuo, cujos extremos poderão ser sinónimo de

várias formas depressivas clínicas, como uma depressão crónica, ou sinónimo de uma vulnerabilidade para apresentar episódios depressivos recorrentes, podendo ou não o sujeito estar deprimido no momento presente (Campos, 2015).

No sentido de desenvolver escalas fatoriais, o autor verificou a saturação dos itens, estando distribuída por cinco fatores: I – Depressão Essencial, II – Depressão Inibida, III – Depressão de Fracasso, IV – Depressão Perfeccionista e V – Depressão Relacional. Esta medida permite, num segundo momento de análise, apreciar os resultados ao nível das escalas fatoriais: resultados elevados no fator Depressão Essencial apontam para a presença de uma dimensão depressiva, ansiosa e pessimista, de evitamento, próxima da perturbação depressiva da personalidade da escola psiquiátrica; resultados elevados no fator Depressão Inibida remetem para a presença de uma dimensão esquizoide da personalidade depressiva, de evitamento e imaturidade, com uma forte inibição da agressividade e retração relacional; resultados elevados no fator Depressão de Fracasso descrevem uma componente mais auto-crítica e de desvalorização pessoal, sentimentos de fracasso e incapacidade, vividos sobretudo na relação com o outro; resultados elevados no fator Depressão Perfeccionista apontam para a presença de uma dimensão de rigidez e perfeccionismo, mas que pode ao mesmo tempo conter um aspeto adaptativo, mostrando sinais de perseverança e sentimentos de eficácia; finalmente, resultados elevados no fator Depressão Relacional associam-se a uma dimensão interpessoal da dimensão depressiva, com a presença de sentimentos de medo do abandono e dependência e vulnerabilidade à perda (Campos, 2015).

O ITD permite avaliar simultaneamente vários tipos de traços depressivos em populações clínicas e não-clínicas, identificando os sujeitos que podendo não estar deprimidos, podem, em todo o caso, estar em risco de ter um episódio depressivo. A população-alvo deste instrumento são adultos entre os 18 e os 65 anos (Campos, 2015).

O ITD-R evidencia boas qualidades psicométricas, sendo que o valor de alfa de *Cronbach* da forma reduzida é de .95 para uma amostra de adultos da comunidade, e .95 numa amostra de estudantes universitários (Campos, 2015), mostrando que do ponto de vista psicométrico, a versão reduzida é equivalente à forma longa. O valor de precisão *teste-reteste* na amostra de estudantes universitários foi de .80. A amostra da comunidade apresenta um valor médio ($M=102.3$, $DP= 25.8$) significativamente inferior ($p < .001$) ao da amostra clínica ($M=139.4$, $DP=19.7$). O ITD-R mostrou ainda boa validade preditiva, convergente e

discriminante. Quanto aos fatores depressivos, para uma amostra de 1042 indivíduos, a escala Depressão Essencial apresenta um alfa de *Cronbach* de .93, o fator Depressão Inibida de .84, a escala Depressão de Fracasso de .85, a escala Depressão Perfeccionista de .70 e a escala Depressão Relacional de .73 (Campos, 2015).

No presente estudo, para a amostra global de 246 participantes, o ITD total apresenta boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de .96. Relativamente às escalas, apresenta alfas de *Cronbach* de .93 para a escala Depressão Essencial, de .84 para a escala Depressão Inibida, de .91 para a escala Depressão de Fracasso de .74 para a escala Depressão Perfeccionista e de .72 para a escala Depressão Relacional. Todos estes resultados suportam a validade preditiva da versão reduzida do instrumento e apoiam a consistência interna do inventário, demonstrando que do ponto de vista psicométrico se confirma a adequação do instrumento para a investigação em causa.

3.2.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O BSI (Brief Symptom Inventory; Derogatis, 1982, 1993), na sua versão portuguesa - traduzida e adaptada por Canavarro (Inventário de Sintomas Psicopatológicos; 1999), é um questionário de autorrelato, utilizado para avaliar a sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões de sintomatologia e três índices globais, sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional, tanto em populações clínicas, como não clínicas (Canavarro, 2007). As três pontuações gerais consistem no Índice Geral de Sintomas (IGS; ponderação da intensidade do mal-estar experienciado com o número total de sintomas), no Índice de Sintomas Positivos e no Total de Sintomas Positivos. As nove dimensões de sintomatologia psicopatológica consistem na Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo (Derogatis, 1982).

O BSI é constituído por 53 itens, nos quais o indivíduo avalia o grau em que cada problema ou sintoma o afetou durante a última semana, através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, com respostas entre “Nunca” (0) a “Muitíssimas vezes” (4). Os resultados do BSI permitem fazer uma triagem de casos clinicamente significativos, mas também, avaliar “o mal-estar sintomático ao longo de um contínuo que vai desde o mal-estar psicológico, com pouco ou nenhum significado clínico, até ao mal-estar mórbido, característico das

perturbações psiquiátricas” (Derogatis & Fitzpatrick, 2004). Num primeiro momento de análise, a simples leitura dos índices globais permite avaliar o nível de sintomas psicopatológicos apresentado pelo participante, discriminando a sua saúde mental ao diferenciar dos participantes que apresentam perturbações emocionais. Num segundo momento de análise, o BSI permite obter informação qualitativa relativa ao conteúdo dos itens assinalados pelo participante, em cada uma das nove dimensões (Canavarro, 2007).

Das nove dimensões, a Depressão avalia os indicadores de depressão clínica: os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida. A dimensão da Ansiedade inclui indicadores gerais de tensão, nervosismo, sintomas de ansiedade generalizada e ataques de pânico, cognições relacionadas com a apreensão e outro tipo de sintomas somáticos de ansiedade. A dimensão Somatização reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, ou seja, queixas relacionadas com o funcionamento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou qualquer outro sistema de óbvia mediação autonómica, e queixas relativas a dores musculares, entre outros equivalentes somáticos da ansiedade. A dimensão da Hostilidade inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera. A dimensão relativa à Sensibilidade Interpessoal centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, na comparação com outras pessoas, e outras manifestações características como a auto-depreciação, hesitação, desconforto e timidez durante as interações sociais. A dimensão das Obsessões-Compulsões avalia as cognições, impulsos e comportamentos persistentes, egodistónicos e indesejados, aos quais o sujeito não consegue resistir. A dimensão da Ansiedade Fóbica avalia respostas de medo persistente e irracional (a uma pessoa, lugar ou situação específica), desproporcionado em relação ao estímulo, e avalia comportamentos fóbicos de evitamento. A dimensão da Ideação Paranoide avalia perturbação do funcionamento cognitivo, de características projetiva, de hostilidade, de suspeição, de grandiosidade, de egocentrismo, de medo da perda da autonomia, e delirante. Finalmente, a dimensão do Psicoticismo avalia indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, assim como sintomas primários da esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamentos - num contínuo entre o isolamento interpessoal ligeiro e evidência de psicose.

Quanto às características psicométricas do instrumento, o questionário apresenta uma boa validade discriminativa, preditiva, e bons valores de consistência interna ao nível da

validade do construto, com o valor de alfa de *Cronbach*, para as escalas dimensionais, a variar no intervalo .72 e .80, à exceção dos valores das dimensões Ansiedade Fóbica (.62) e Psicoticismo (.62) (Canavarro, 2007). No presente estudo, para a amostra global de 246 participantes, o BSI apresenta valores de alfa de *Cronbach* de .87 para a Depressão, .83 para a Ansiedade, .82 para a Somatização, .81 para a Hostilidade, .81 para a Sensibilidade Interpessoal, de .83 para as Obsessões-Compulsões, .81 para a Ansiedade Fóbica, .79 para a Ideação Paranoide e de .75 para o Psicoticismo. O IGS apresenta um alfa de *Cronbach* de .97. Todos estes resultados suportam que o BSI tem características psicométricas robustas, revelando ser um instrumento válido e adequado para a avaliação de sintomas, neste estudo

3.3. Procedimento

O presente estudo integra-se num projeto de investigação a decorrer na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, designado “Personalidade e Psicopatologia”.

A seleção da amostra foi recolhida, por conveniência, através do método “Bola de Neve”, tratando-se de uma amostra da população geral adulta, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos de idade. A recolha dos dados decorreu entre novembro de 2015 e julho de 2017. Os participantes receberam, num envelope, juntamente com um consentimento informado, um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico e nove instrumentos (questionários de autorrelato), de entre os quais três desses instrumentos foram utilizados neste estudo. No consentimento informado foi disponibilizada informação acerca do âmbito do estudo, da confidencialidade da informação e anonimato das respostas no tratamento de dados, da possibilidade de desistir da participação e também o contacto do investigador. Com o consentimento informado assinado, e após a realização completa do protocolo, cuja duração estimada era de uma hora e meia, o protocolo e o consentimento informado eram entregues ao investigador. Posteriormente, foi atribuído um número de ordem de forma a manter os dados anonimizados.

Tendo em consideração os objetivos desta investigação, foram criados dois grupos de participantes, extraídos a partir da amostra total de 246 participantes: um grupo que considera a qualidade do contacto global das suas relações como “Muito Satisfatória” e um grupo de participantes que considera a qualidade do contacto global das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”. O grupo que descreve a qualidade das relações

como “Muito Satisfatória” é composto por 94 participantes e o grupo que qualifica como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” é composto por 152 participantes.

Em termos do procedimento estatístico, recorreu-se à estatística descritiva que incluiu cálculos de frequências, médias, modas, medianas e desvios-padrão. De forma a obter uma medida do grau de correlação entre as variáveis estudadas, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Efetuaram-se análises de variâncias a um fator (ANOVA a um fator), para comparar médias dos grupos, como amostras independentes, verificando-se os seus pressupostos de aplicação. Finalmente, como forma de estimar variáveis preditoras, recorreu-se à análise de regressões lineares múltiplas (método *stepwise*), validando-se os pressupostos da ausência de multicolinearidade e independência dos resíduos.

Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos para $p \leq .05$.

A análise dos dados recolhidos foi efetuada através do programa - IBM SPSS Statistics – versão 26.

4. Resultados

Apresentam-se de seguida os resultados obtidos para cada objetivo estabelecido. Numa primeira instância, figuram os resultados quanto ao primeiro objetivo (p.21): o estudo da relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total e as cinco escalas depressivas - ITD-R) e o mal-estar psicológico (IGS do BSI). Numa segunda instância, apresentam-se os resultados relativos ao segundo objetivo de estudo (p.21): a comparação dos grupos de Satisfação Relacional, relativamente às dimensões depressivas (ITD total e os cinco fatores que a compõem, ITD-R), e relativamente ao mal-estar psicológico (IGS do BSI) e respetivas dimensões da sintomatologia (Depressão, Ansiedade, Somatização, Hostilidade, Sensibilidade Interpessoal, Obsessão-Compulsão, Ansiedade Fóbica e Ideação Paranoide, do BSI). De seguida, expõem-se os resultados do terceiro objetivo (p.22): analisar as relações entre as dimensões depressivas (ITD total e os fatores depressivos do ITD-R) com o mal-estar psicológico (IGS do BSI) e as dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI), para os grupos de Satisfação Relacional. Finalmente, apresentam-se os resultados quanto à exploração de modelos de predição para as dimensões depressivas (ITD total e fatores depressivos do ITD-R), através das dimensões da Sintomatologia (BSI), para os grupos de Satisfação Relacional (p.22).

4.1. Relação entre a Dimensão Depressiva da Personalidade e os Fatores Depressivos com o Mal-Estar Psicológico

Estes resultados dizem respeito ao primeiro objetivo do estudo, cujo intuito é estudar a relação entre as variáveis Dimensão Depressiva da Personalidade, medida pelo ITD total (ITD-R), e as cinco escalas fatoriais da depressão (ITD-R), com o mal-estar psicológico, avaliado pelo Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI. Para isso efectuou-se o estudo de correlações entre as variáveis, obtendo-se o coeficiente de correlação de *Pearson* (r).

Os resultados apresentam-se no Quadro 3.

Quadro 3

Coefficientes de Correlação de Pearson entre a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total, os cinco fatores do ITD-R) e o Índice Geral de Sintomas (IGS do BSI)

ITD	Índice Geral de Sintomas (BSI)
ITD Total	.63*
D.Essencial	.65*
D.Inibida	.41*
D. de Fracasso	.58*
D. Perfeccionista	.57*
D. Relacional	.47*

¹Nota: * $p < .01$

O Quadro 3 apresenta relações diretas e significativas entre a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e fatores depressivos (ITD-R), com o mal-estar psicológico (IGS do BSI). O mal-estar psicológico apresenta uma correlação forte com a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total; $r^2 = .40$) e com as dimensões Depressão Essencial ($r^2 = .42$), Depressão de Fracasso ($r^2 = .33$) e Depressão Perfeccionista ($r^2 = .33$). O mal-estar psicológico também se correlaciona, embora de forma menos significativa com a Depressão Relacional ($r^2 = .22$) e com a Depressão Inibida ($r^2 = .17$). De acordo com o primeiro objetivo, as dimensões depressivas e o mal-estar psicológico correlacionam-se diretamente, validando-se deste modo a primeira hipótese colocada (p.21).

4.2. Comparação dos Grupos de Satisfação Relacional na sua Relação com as Dimensões Depressivas e com a Sintomatologia Psicopatológica

Estes resultados referem-se ao segundo objetivo da investigação: comparar os grupos de Satisfação Relacional, relativamente à Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e aos cinco fatores que a compõem (Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista e Depressão Relacional do ITD-R), ao mal-estar psicológico (IGS do BSI) e respetivas dimensões da sintomatologia psicopatológica (do BSI)

Relativamente à segunda hipótese deste estudo (p.21), procedeu-se à análise de variância a um fator (ANOVA) para comparar os valores médios da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e dos fatores depressivos (ITD-R) nos grupos que qualificam a Satisfação Relacional. No Quadro 4 apresentam-se os resultados.

Quadro 4

Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Grupos “Muito Satisfatória” (Mt Satisfatória) e “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” (MdPN Satisfatória) no ITD total e nos Cinco Fatores da Depressão (ITD-R)

ITD	<i>Grupo Mt Satisfatória (n=94)</i>	<i>Grupo MdPN Satisfatória (n=152)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p	π
	<i>M(DP)</i>	<i>M(DP)</i>				
ITD total	83.49(26.21)	99.64(26.49)	21.763	.001	.08	.99
D. Essencial	21.15(8.90)	27.18(9.70)	23.933	.001	.09	.99
D. Inibida	19.83(6.66)	23.30(6.26)	16.077	.001	.06	.98
D. Fracasso	18.24(7.34)	21.80(7.52)	13.199	.001	.05	.95
D. Perfeccionista	14.17(3.93)	16.18(3.70)	16.282	.001	.06	.98
D. Relacional	10.10(3.55)	11.28(3.33)	6.944	.009	.03	.75

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

η^2_p (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).

O valor médio da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) é mais elevado no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, em comparação com o grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, de acordo com a hipótese. Para os fatores Depressão Essencial, Inibida, de Fracasso, Perfeccionista e Relacional, os valores médios no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” são mais significativamente mais elevados que os valores médios do grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”.

Deste modo, considera-se que a segunda hipótese do estudo, no âmbito do segundo objetivo (p.21) foi parcialmente confirmada: existe um efeito dos grupos de Satisfação Relacional para todas as dimensões depressivas, o que não era esperado para a Depressão Relacional. No entanto, esta última foi a única escala do ITD-R cuja dimensão do efeito revelou ser pequena, assim como o poder de teste. Isto leva-nos a concluir que existe de facto uma diferença quanto ao nível da depressividade entre estes dois grupos, diferença notável e significativa para o ITD total e os restantes fatores depressivos, mas essa diferença é menos acentuada para a Depressão Relacional.

Relativamente à terceira hipótese em estudo (p.21), ainda no âmbito do segundo objetivo, pretende-se comparar as diferenças entre os dois grupos de Satisfação Relacional quanto ao nível do mal-estar psicológico (IGS do BSI) e quanto às dimensões da sintomatologia psicopatológica (do BSI). Para isso foi realizada uma análise de variância a um fator (ANOVA), com o intuito de comparar os valores médios das dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI), para ambos os grupos de Satisfação Relacional. Os resultados são apresentados em seguida, no Quadro 5.

O pressuposto da normalidade neste método estatístico foi validado. Quanto ao pressuposto da homogeneidade de variâncias, apenas as dimensões Ansiedade, Sensibilidade Interpessoal, Obsessões-Compulsões e Ideação Paranoide mostraram ser homogêneas ao nível das variâncias. O IGS e as dimensões Depressão, Somatização, Hostilidade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo não são variáveis homogêneas ao nível da variância (teste de *Levene* baseado na média, $p < .05$) pelo que foi necessário recorrer à estatística *F de Welch* para análise destas dimensões e índice.

Quadro 5

Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito dos Grupos com Relações de Qualidade “Muito Satisfatória” e o Grupo com Relações de Qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” no IGS e nas Dimensões da Sintomatologia (BSI)

Dimensões BSI	<i>Grupo Mt Satisfatória (n=94)</i>	<i>Grupo MdPN Satisfatória (n=152)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p	π
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>				
IGS ^a	.44 (.45)	.63 (.52)	8.673	.004	.03	.81
Depressão ^a	.42 (.56)	.67 (.72)	9.731	.002	.03	.73
Ansiedade	.50 (.52)	.64 (.60)	3.523	.06	.02	.46
Somatização ^a	.31 (.47)	.45 (.52)	4.897	.03	.02	.46
Hostilidade ^a	.45 (.50)	.62 (.63)	5.95	.02	.02	.57
Sens. Interpessoal	.41 (.61)	.67 (.65)	9.818	.002	.03	.75
Obsessões-Comp.	.74 (.60)	.91 (.66)	4.313	.04	.02	.54
Ans. Fóbica ^a	.18 (.48)	.33 (.50)	5.08	.03	.02	.59
Ideação Paranói.	.59 (.61)	.90 (.71)	12.775	.001	.04	.87
Psicoticismo ^a	.27 (.45)	.49 (.58)	11.16	.001	.04	.86

Nota!. A negrito estão identificados os casos em que $p < .05$.

^a Estatística *F* de *Welch*.

Para o grupo que descreve a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, o valor médio do mal-estar psicológico (IGS) é significativamente mais elevado, em comparação com o grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, tal como era previsto. Todas as dimensões da sintomatologia psicopatológica (Depressão, Somatização, Hostilidade, Sensibilidade Interpessoal, Obsessões-Compulsões, Ideação Paranoide e Psicoticismo) demonstraram resultados médios mais elevados no grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, embora com um

¹ η^2_p (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).

tamanho do efeito pequeno, com exceção para a dimensão da sintomatologia Ansiosa que não revelou diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Esta análise revelou uma diferença nos valores médios das dimensões sintomáticas, entre os grupos de Satisfação Relacional, particularmente significativa para as dimensões Ideação Paranoide e Psicoticismo, cujo potência do teste revelou ser forte. A dimensão Psicoticismo não tinha sido considerada no estudo em termos da revisão de literatura, mas revelou ter uma importância considerável.

Deste modo a terceira hipótese de estudo, relativa ao segundo objetivo, confirma-se: o grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” apresenta níveis de sintomatologia significativamente mais elevados do que o grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, com exceção para o caso da dimensão da Ansiedade.

4.3. Relações entre as Dimensões Depressivas com o Mal-Estar Psicológico e as Dimensões da Sintomatologia Psicopatológica, para os Grupos de Satisfação Relacional

No âmbito do terceiro objetivo de estudo (p.22), procurou-se analisar as relações entre a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e as cinco escalas fatoriais (ITD-R) com o mal-estar psicológico (IGS do BSI) e com as dimensões da sintomatologia (BSI), em cada um dos grupos separadamente. Colocou-se a hipótese (4) de que no grupo dos sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, o resultado total da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) se relaciona diretamente com o mal-estar psicológico (IGS) e com as dimensões sintomatológicas (Depressão, Ansiedade, Somatização, Hostilidade, Sensibilidade Interpessoal, Obsessão-Compulsão, Ansiedade Fóbica e Ideação Paranoide) do BSI. Serão também analisadas e comparadas as correlações entre as dimensões depressivas e dimensões da sintomatologia, para o grupo de participantes com relações de qualidade “Muito Satisfatória”.

Para verificar esta hipótese realizou-se a análise das correlações entre todos os fatores depressivos (ITD-R) e o mal-estar psicológico (IGS) e as dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI), em cada um dos grupos, com o recurso ao coeficiente de correlação de *Pearson* (r).

Os resultados das medidas de correlação entre as variáveis para o grupo de participantes com relações de qualidade “Muito Satisfatória” apresentam-se no Quadro 6.

A Depressão de Fracasso está fortemente correlacionada com o mal-estar psicológico (IGS) e com as dimensões Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Psicoticismo, Hostilidade, Ansiedade e Ideação Paranoide. A correlação deste fator com a Ansiedade Fóbica e a Somatização tem uma dimensão do efeito média.

No fator Depressão Perfeccionista, as correlações com o mal-estar psicológico (IGS) e as dimensões Sensibilidade Interpessoal, Ideação Paranoide, Obsessões-Compulsões, Hostilidade e Ansiedade são elevadas. Para as dimensões Psicoticismo, Depressão e Ansiedade Fóbica, a dimensão do efeito é apenas média. Já a relação com a Somatização revela ser fraca.

A Depressão Relacional correlaciona-se fortemente com a Sensibilidade Interpessoal. A correlação com o mal-estar psicológico (IGS) e com as dimensões Ideação Paranoide, Obsessões-Compulsões, Ansiedade, Depressão, Hostilidade e Psicoticismo, é de tamanho médio, e com a Ansiedade Fóbica a relação é fraca. Este fator não se correlacionou significativamente com a Somatização.

Para o grupo de sujeitos que descreve a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, os valores do coeficiente de correlação de *Pearson* (r) entre o ITD total e fatores depressivos (ITD) e o IGS e dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI) são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7

Correlações de Pearson entre ITD Total e Fatores Depressivos (ITD-R) e o IGS e as Dimensões de Sintomatologia Psicopatológica (BSI) para o Grupo com Relações de Qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”

ITD	Dimensões da Sintomatologia Psicopatológica (BSI)									
	IGS	D.	Ans.	Som.	Host.	S.I.	O.-C.	Ans.F	Id.Pa	Psic.
ITD Total	.60**	.68**	.51**	.42**	.39**	.56**	.54**	.44**	.31**	.55**
D.Essencial	.63**	.72**	.58**	.46**	.42**	.57**	.53**	.49**	.35**	.59**
D.Inibida	.35**	.47**	.28**	.27**	.17*	.33**	.40**	.27**	.12	.33**
D. Fracasso	.51**	.58**	.40**	.32**	.39**	.51**	.45**	.37**	.22**	.48**
D. Perfeccion.	.55**	.56**	.48**	.42**	.35**	.48**	.51**	.39**	.39**	.49**
D. Relacional	.46**	.49**	.41**	.31**	.34**	.49**	.39**	.32**	.27**	.40**

Nota: ** $p < .01$; * $p < .05$

O Quadro 7 apresenta relações positivas e maioritariamente significativas entre os fatores do ITD-R e as dimensões da Sintomatologia (BSI), para o grupo que descreve a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”.

A Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e a Depressão Essencial apresentam correlações muito semelhantes em termos da sua significância estatística e tamanho do efeito, embora as correlações para a Depressão Essencial sejam no geral ligeiramente mais elevadas. Ambos os fatores correlacionam-se fortemente com o mal-estar psicológico (IGS) e com as dimensões Depressão, Sensibilidade Interpessoal, Psicoticismo, Obsessões-Compulsões e Ansiedade. A correlação entre a Depressão Essencial e os sintomas depressivos tem um efeito de magnitude muito elevada ($r^2=.51$). Ambos fatores apresentam uma relação média com a Ansiedade Fóbica, Somatização, Hostilidade e Ideação Paranoide.

Globalmente a Depressão Inibida apresenta as correlações mais baixas com as dimensões sintomáticas, em comparação com os restantes fatores depressivos. A Depressão Inibida, correlaciona-se moderadamente com o mal-estar psicológico (IGS) e com as

Tamanho do Efeito - médio/elevado/muito elevado: $.10 < r^2 \leq .25$; $.25 < r^2 \leq .50$; $r^2 > .50$ (Cohen, 1988).

dimensões Depressão, Obsessões-Compulsões, Psicoticismo e Sensibilidade Interpessoal. As correlações com a Ansiedade, Somatização e Ansiedade Fóbica com a Depressão inibida são fracas, em particular com a dimensão Hostilidade. A Depressão Inibida não se correlaciona significativamente com a Ideação Paranoide.

Os fatores Depressão de Fracasso e Depressão Perfeccionista exibem uma correlação elevada com o mal-estar psicológico (IGS) e com os sintomas depressivos (BSI). A Depressão de Fracasso correlaciona-se fortemente com a Sensibilidade Interpessoal. Já a Depressão Perfeccionista demonstra uma correlação elevada com as Obsessões-Compulsões. A correlação entre a Depressão Perfeccionista e a Ideação Paranoide é fraca.

A Depressão Relacional demonstra correlações de tamanho médio com o mal-estar psicológico (IGS) e com as dimensões Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Psicoticismo, Obsessões-Compulsões, Hostilidade e Ansiedade Fóbica. As correlações com as dimensões Somatização e Ideação Paranoide têm um efeito de fraca magnitude.

A hipótese 4 correspondente ao terceiro objetivo de estudo (p.22) confirma-se. O mal-estar psicológico (IGS) e todas as dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI) correlacionam-se positivamente com todos os fatores depressivos (ITD-R) para o grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”. Apenas a relação entre a Depressão Inibida e a Ideação Paranoide revelou ser insignificativa.

No entanto, a hipótese 5 (p.22) no âmbito do segundo objetivo, não parece ter sido confirmada integralmente. Apesar do grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” apresentar valores médios significativamente mais elevados no mal-estar psicológico (IGS) e nas dimensões da sintomatologia (BSI) (Quadro 5 - hipótese 3), é visível que as correlações no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória” são mais fortes em termos da dimensão do efeito, se compararmos os resultados apresentados nos Quadros 6 e 7. De um modo geral, o mal-estar psicológico (IGS) tem uma correlação mais forte com a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória” ($r^2=.42$) do que no grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” ($r^2=.36$), apesar de serem ambas relações fortes (Quadros 6 e 7). Em particular, é notável que as correlações com as dimensões Ideação Paranoide, Hostilidade, Sensibilidade Interpessoal, Obsessões-Compulsões e Ansiedade exibem um aumento ao nível

da magnitude do efeito no grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, em particular na Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista, e Depressão Inibida. No entanto, ao nível da sintomatologia depressiva e somática, os valores das correlações mantêm-se ligeiramente mais elevados no grupo de sujeitos com relações “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”.

Deste modo conclui-se que a hipótese 5 não é integralmente validada, no sentido em que as correlações não são globalmente mais elevadas no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” em comparação com o grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, pelo contrário, parece relevante interpretar as diferenças específicas que se observam entre os grupos, ao nível das relações entre os fatores depressivos e as dimensões da sintomatologia. Por último, é considerável a presença elevada de sintomatologia da dimensão Psicoticismo, dimensão que não tinha sido apreciada na revisão de literatura e que parece ter uma relevância significativa em todos os fatores depressivos.

4.4. Exploração de Modelos de Predição das Dimensões Depressivas através dos Sintomas Psicopatológicos para os Grupos de Satisfação Relacional

Para o quarto e último objetivo (p.22), procurou-se explorar que dimensões da Sintomatologia Psicopatológica (BSI) são preditoras da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e dos fatores depressivos (Depressão Essencial, Depressão Inibida, Depressão de Fracasso, Depressão Perfeccionista, Depressão Relacional - ITD-R), para cada grupo de Satisfação Relacional. Para a análise que se segue foram considerados os resultados relativos ao objetivo anterior, separadamente para cada grupo (Quadros 6 e 7). Foram escolhidas as dimensões da sintomatologia cujas correlações com os fatores depressivos eram estatisticamente significativas e com um tamanho do efeito elevado e/ou médio.

Os resultados da análise para o grupo de sujeitos que descreve a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória” encontram-se apresentados no Quadro 8.

Quadro 8

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla entre as Dimensões dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o ITD total e Fatores (ITD-R) no Grupo com Relações de Qualidade “Muito Satisfatória”

	Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
ITD total						.69	.48	40.209	.001*
	(Constante)	64.687		20.198	<.001*				
	Depressão	20.681	.44	4.144	<.001*				
	Obs.-Comp.	13.434	.31	2.060	<.01*				
D. Essencial						.70	.49	86.577	.001*
	(Constante)	16.369		19.300	<.001*				
	Depressão	11.286	.70	9.305	<.001*				
D. Inibida						.53	.28	34.240	.001*
	(Constante)	17.122		23.188	<.001*				
	Depressão	6.179	.53	5.851	<.001*				
D. Fracasso						.66	.44	34.451	.001*
	(Constante)	13.258		14.272	<.001*				
	Obs-Comp.	4.656	.38	3.483	<.01*				
	Sens. Inter.	4.041	.34	3.076	<.01*				
D. Perfeccion.						.61	.37	25.704	.001*
	(Constante)	12.076		25.839	<.001*				
	Sens. Inter.	2.723	.43	3.987	<.001*				
	Ansiedade	1.875	.25	2.299	<.05*				
D. Relacional						.52	.27	33.330	.001*
	(Constante)	8.837		23.196	<.001*				
	Sens. Inter.	2.962	.52	5.773	<.001*				

*Nota. ns: não significativo; * Two-tailed.*

[D. Perfeccion.: Depressão Perfeccionista; Obs.-Comp.: Obsessões-Compulsões; Sens. Inter: Sensibilidade Interpessoal]

No grupo de sujeitos que descreve a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória”, procurou-se verificar se as dimensões Depressão, Sensibilidade Interpessoal, Obsessões-Compulsões, Ansiedade e Psicoticismo (BSI) eram variáveis preditoras da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total). A análise da regressão linear múltipla resultou num modelo que explica 48% da variância total dos resultados, demonstrando o poder preditivo das variáveis Depressão e Obsessões-Compulsões. A dimensão Sensibilidade Interpessoal é marginalmente significativa ($p < .06$).

Tanto para a Depressão Essencial como para a Depressão Inibida, apenas a dimensão Depressão revelou ser uma variável preditora destes fatores depressivos, segundo um modelo estatisticamente significativo, que explica 49% da variância da Depressão Essencial e que explica 28% da variância da Depressão Inibida.

Para a Depressão de Fracasso, as Obsessões-Compulsões e Sensibilidade Interpessoal revelaram ser preditoras deste fator, segundo um modelo que explica 44% da variância.

Para a Depressão Perfeccionista, as variáveis Sensibilidade Interpessoal e Ansiedade revelaram ser preditoras deste fator, segundo um modelo que explica 37% da variância.

Finalmente, para a Depressão Relacional, apenas a dimensão Sensibilidade Interpessoal revelou ser uma variável preditora deste fator, segundo um modelo que explica 27% da variância total dos resultados.

Os resultados da regressão linear múltipla para o grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” encontram-se na página seguinte, no Quadro 9.

Quadro 9

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla entre as Dimensões dos Sintomas Psicopatológicos (BSI) e o ITD total e Fatores Depressivos (ITD-R) no Grupo com Relações de Qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”

Preditores	B	β	t	p	R	R ²	F	p
ITD total					.68	.46	123.80	.001*
(Constante)	82.481		37.63					
Depressão	24.795	.68	11.12	<.001*				
D. Essencial					.72	.51	152.70	.001*
(Constante)	20.561		26.83	<.001*				
Depressão	9.629	.72	12.35	<.001*				
D. Inibida					.47	.22	41.510	.001*
(Constante)	20.439		32.78	<.001*				
Depressão	4.084	.47	6.443	<.001*				
D. Fracasso					.58	.34	73.926	.001*
(Constante)	17.661		25.90	<.001*				
Depressão	5.961	.58	8.598	<.001*				
D. Perfeccion.					.58	.34	37.381	.001*
(Constante)	13.555		31.95	<.001*				
Depressão	1.919	.38	3.632	<.001*				
Obs.-Comp.	1.340	.24	2.328	<.05*				
D. Relacional					.53	.28	28.577	.001*
(Constante)	9.383		27.90	<.001*				
Sens. Inter.	1.573	.31	2.799	<.01*				
Depressão	1.165	.25	2.284	<.05*				

*Nota. ns: não significativo; * Two-tailed.*

No grupo de sujeitos que descrevem a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, a dimensão Depressão da sintomatologia (BSI) revelou ser uma variável preditora comum a todos os fatores depressivos (ITD-R).

[D. Perfeccion.: Depressão Perfeccionista; Sens. Inter.: Sensibilidade Interpessoal; Obs.-Comp.: Obsessões-Compulsões]

Para a Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total), a análise da regressão linear múltipla resultou num modelo que explica 46% da variância total dos resultados, demonstrando o poder preditivo da dimensão Depressão. Para a Depressão Essencial, segundo a análise de regressão linear a dimensão Depressão consistiu numa variável preditora, para um modelo que explica 51% da variância. Também para a Depressão Inibida, a dimensão Depressão demonstrou ter um poder preditivo, num modelo que explica 22% da variância. O mesmo se aplica para a Depressão de Fracasso, cuja dimensão Depressão revelou ser uma variável preditora, explicando 34% da variância.

Para a Depressão Perfeccionista, ambas as dimensões Depressão e Obsessões-Compulsões revelaram ser variáveis predictoras, segundo um modelo que explica 34% da variância. Finalmente, para a Depressão Relacional, as dimensões Sensibilidade Interpessoal e Depressão surgiram como variáveis predictoras deste fator, segundo um modelo que explica 28% da variância.

Resumindo, é aparente que no grupo de sujeitos que classificam a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, grupo que já previamente tinha demonstrado apresentar maiores níveis de depressão nas escalas do ITD-R (Quadro 4), os sintomas depressivos (BSI) são uma variável preditora da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e de todos os fatores depressivos (Quadro 9). A Sensibilidade Interpessoal também prediz a Depressão Relacional e as Obsessões-Compulsões constituem também uma dimensão que prediz a Depressão Perfeccionista (Quadro 9).

Já no grupo dos sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, o padrão esbate-se, surgindo uma maior diversidade de resultados na análise da regressão linear múltipla (Quadro 8). A dimensão dos sintomas depressivos (BSI) surge como variável preditora da Dimensão Depressiva da Personalidade (ITD total) e dos fatores Depressão Essencial e Inibida; a dimensão Sensibilidade Interpessoal (BSI) revela-se preditora dos fatores Depressão de Fracasso, Perfeccionista e Relacional. Finalmente, a dimensão Obsessões-Compulsões (BSI) surge também como variável preditora da Depressão de Fracasso, enquanto a dimensão Ansiedade (BSI) prediz o fator Depressão Perfeccionista.

5. Discussão

Este estudo teve como objetivo geral a exploração das relações entre a Dimensão Depressiva da Personalidade, a Sintomatologia Psicopatológica e a Satisfação Relacional, na população geral adulta. Segundo uma perspectiva psicodinâmica, com base nas teorias da relação de objeto, da vinculação e dos modelos internos dinâmicos, pretende-se interpretar e discutir os resultados obtidos, de acordo com os objetivos e hipóteses apresentados no segundo capítulo.

5.1. Relação entre as Dimensões Depressivas e o Mal-Estar Psicológico

O primeiro objetivo consistiu em estudar a relação entre as dimensões depressivas e o mal-estar psicológico, medido pelo Índice Geral de Sintomas do BSI. A literatura e a investigação longitudinal têm vindo a comprovar a relação existente entre a depressão (como perturbação clínica e como conjunto de traços de personalidade, e.g., na sua relação com o Neuroticismo) e o mal-estar psicológico (e.g., Navrady et al., 2017; Nouri, et al., 2019; Ormel, & Wohlfarth, 1991). Os resultados do presente estudo estão de acordo com a literatura: os fatores depressivos do ITD e o mal-estar psicológico (IGS do BSI) estão positiva e significativamente relacionados - quanto maior o número de traços depressivos, ou seja, quanto maior a dimensão depressiva da personalidade, maior é o nível de intensidade de sintomas, i.e. o mal-estar psicológico. O Índice Geral de Sintomas (IGS) é uma medida ponderada da intensidade do mal-estar psicológico de um sujeito, que engloba uma diversidade de dimensões sintomáticas (cognitivas, afetivas e somáticas), para além dos sintomas conhecidos por definir a síndrome depressiva (e.g., DSM-5; APA, 2013). Tanto a dimensão depressiva da personalidade como o mal-estar psicológico, que aparentam estar correlacionados, inserem-se num espectro-contínuo entre a normalidade e a psicopatologia: desde sintomas de mal-estar com pouco ou nenhum significado clínico, e traços depressivos que pouco interferem na funcionalidade do sujeito, até ao limiar de níveis patológicos de sintomatologia e de traços de funcionamento depressivo, característicos de formas de depressão clínica com mal-estar mórbido (Campos, 2015; Derogatis & Fitzpatrick, 2004).

Poderá-se então considerar que se trata, em parte, de uma questão de variação quantitativa, inserida num espectro dimensional: quanto maior o número de traços depressivos, ou seja, quanto maior a dimensão depressiva da personalidade, mais provável

será a vulnerabilidade para formas de depressão clínicas e mais severas, correlacionadas com o nível de intensidade da sintomatologia psicopatológica. Como defende Campos (2010), de um ponto de vista etiológico, os traços depressivos predis põem o sujeito a vivenciar sintomas depressivos que variam na sua intensidade, estabilidade e frequência, e são também mediadores entre as representações parentais negativas e o estado depressivo sintomático actual, em função da qualidade da internalização dos objetos.

O ITD-R permite-nos fazer uma análise mais qualitativa ao nível das escalas fatoriais, distinguindo cinco dimensões depressivas, que apesar de se relacionarem entre si, são caracterizadas por constelações particulares de traços (Campos, 2015). Nos resultados do presente estudo, as dimensões Depressão Essencial, Depressão de Fracasso e Depressão Perfeccionista apresentaram correlações com o IGS cuja dimensão do efeito é elevada, enquanto que as dimensões Depressão Relacional e Inibida apresentam uma correlação com o IGS média, e portanto inferior, em comparação com as primeiras dimensões mencionadas. Esta diferença ao nível da intensidade do mal-estar psicológico, apesar de não ser significativa, pode ser sujeita a possíveis interpretações.

Podemos considerar que as dimensões Depressão Essencial, de Fracasso e Perfeccionista se incluem, pela sua caracterização, na configuração “introjetiva” da depressão (Blatt, 1974), por estar em causa uma vulnerabilidade a questões do *self*, em particular a presença de uma componente auto-crítica, de desvalorização pessoal ou de culpabilidade (Campos, 2015). Já a dimensão da Depressão Relacional, caracteriza-se pela vulnerabilidade relacionada com as relações interpessoais, em particular, por sentimentos de medo de abandono, dependência e vulnerabilidade à perda (Campos, 2015), o que corresponde à configuração “anaclítica” da depressão de Blatt (1974). Estudos em amostras não-clínicas demonstraram que a relação entre a dependência (anaclítica) e a severidade da depressão é menor que a do auto-criticismo (introjetiva) e a severidade da depressão (e.g., Luyten et al., 2007), com efeitos de dimensão média para as correlações entre dependência e a severidade da depressão, enquanto os tamanhos de efeito das correlações com o auto-criticismo têm uma dimensão elevada. No presente estudo, as dimensões depressivas com características introjetivas apresentaram níveis mais elevados de mal-estar psicológico, enquanto que a Depressão Relacional, de características anaclíticas e na ordem da dependência, apresentou uma correlação com um tamanho do efeito médio.

Esta diferença pode ser explicada, em hipótese, porque a depressão introjetiva está associada ao (auto-)criticismo - a agressividade direcionada para o *self* e para os outros, criando círculos viciosos, caracterizados por níveis elevados de frustração e de hostilidade, que geram por sua vez exclusão social, rejeição, reativando representações mais negativas do *self* e exponenciando a severidade da depressão (Luyten et al., 2007), e a intensidade do mal-estar psicológico. No entanto, outros estudos têm demonstrado o fenômeno oposto: a psicopatologia associada à configuração anaclítica apresenta maior níveis de depressão que as tipologia introjetiva (Nietzel & Harris, 1990). Os autores defendem que de uma perspectiva psicanalítica, existe uma maior morbidade associada à depressão anaclítica por esta estar associada a uma disfunção mais primitiva em termos do desenvolvimento, e por isso mais disruptiva, em comparação com a depressão introjetiva. Nietzel e Harris consideram também que a vulnerabilidade anaclítica leva o sujeito a lidar com a frustração através de comportamentos mais auto-destrutivos que os sujeitos com depressão de uma configuração autónoma-introjetiva, pois ficam afetados pelas perdas sofridas durante um período de tempo maior e de modo mais intenso, enquanto que os sujeitos do tipo autónomo e auto-críticos são mais facilmente capazes de ultrapassar, focando-se em novos desafios, depois de sofrerem com acontecimentos de vida negativos (Nietzel & Harris, 1990). Luyten et al. (2007) referem que o que pode estar na origem da divergência de resultados encontrados será o tipo de instrumento utilizado na avaliação dos sintomas depressivos.

Quanto à dimensão Depressão Inibida, que Campos (2015) qualifica como sendo uma dimensão esquizoide da personalidade depressiva, de evitamento e forte inibição da agressividade, a relação com o mal-estar psicológico é também significativa, mas tem um efeito de dimensão médio, inferior às restantes dimensões depressivas. Os traços esquizoides da personalidade - aplanamento e indiferença afetiva, falta de motivação e retração social, constituem mecanismos de defesa do sujeito esquizoide, contribuindo para um sentido de segurança para o seu verdadeiro *self*, através do isolamento, da auto-suficiência e do controlo. O isolamento e a solidão servem para proteger o sujeito esquizoide do colapso psicológico (e.g., Laing, 1969; Martens, 2010), constituindo uma solução menos dolorosa que a ambivalência das interações sociais. No entanto, a falta de um apego gratificante gera sentimentos crónicos de vazio e de alienação, causando mal-estar psicológico - explicando os resultados obtidos.

5.2. Comparação dos Grupos de Satisfação Relacional na sua Relação com as Dimensões Depressivas e com a Sintomatologia Psicopatológica

5.2.1. Relação entre as Dimensões Depressivas e a Satisfação Relacional

A primeira hipótese deste objetivo de investigação procurou demonstrar, através da análise de variância (ANOVA), que os níveis médios das dimensões depressivas diferem significativamente nos dois grupos que qualificam a Satisfação Relacional, sendo a depressão mais pronunciada no grupo em que a insatisfação relacional é maior. A revisão de literatura indica que o comportamento hostil, crítico e pessimista característico da depressão, gera regularmente conflitos interpessoais, em particular nas relações íntimas (e.g., Segrin, 2012; Zlotnik et al., 2000). Nas experiências infantis dos sujeitos deprimidos são frequentemente descritas disrupções nas relações entre pais e filhos, entre outras experiências relacionais negativas, que geram modos de vinculação disfuncionais e representações mentais mais pejorativas do *self* e dos outros (Campos, 2010), e assim maiores níveis de insatisfação relacional, descritos de forma mais pronunciada pelos sujeitos com depressão do tipo introjetiva (e.g., Coimbra de Matos, 2002; Zuroff & Fitzpatrick, 1995).

Foi ainda postulado que a perceção subjetiva da Satisfação Relacional, em termos do seu efeito, não seria suficientemente explicativa das diferenças observadas de valores entre os grupos para a Depressão Relacional. Isto porque a literatura demonstra que os sujeitos com tendências anaclíticas e com vinculação ansiosa (Bowlby, 1977), tendem a minimizar as dificuldades e a insatisfação com as suas relações, reprimindo a sua zanga ou desilusão, pelo medo do abandono, recorrendo a mecanismos de negação e idealização (e.g., Blatt & Homann, 1992; Coimbra de Matos, 2002; Lynch et al., 2003; Zuroff & Fitzpatrick, 1995).

Os resultados obtidos indicam que os sujeitos que estão menos satisfeitos com as suas relações apresentam níveis significativamente mais elevados de depressão e de traços depressivos em comparação com os sujeitos que descrevem a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória”. A mesma conclusão aplica-se para os níveis de depressão nos fatores Depressão Essencial, Inibida, de Fracasso e Perfeccionista, obtendo-se as diferenças entre os dois grupos que qualificam a sua Satisfação Relacional. A hipótese confirma-se em parte, de acordo com a literatura apresentada, nomeadamente para as configurações depressivas com características introjetivas ou auto-críticas (e.g., Zuroff & Fitzpatrick, 1995).

A percepção da Satisfação Relacional difere também ao nível da Depressão Relacional, isto é, os sujeitos que consideram a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” também apresentam traços anaclíticos e de dependência, ligados à vulnerabilidade a questões interpessoais, como sentimentos de medo do abandono e da rejeição, sentimentos de vazio... No entanto, para interpretar este resultado é importante ter em conta várias questões. Primeiro, estatisticamente, o poder do teste e a magnitude do efeito nesta análise em particular não demonstraram ser significativos (Quadro 4), o que diferencia em parte este resultado dos resultados obtidos para os quatro fatores depressivos, em termos da sua significância e validade. Podemos nesse sentido assumir que os valores da variável Depressão Relacional diferem significativamente entre os dois grupos, mas a percepção da Satisfação Relacional não tem um poder explicativo considerável para esta variável, em contraste com o poder explicativo que tem para as restantes dimensões depressivas. Em termos do procedimento da investigação, é importante sublinhar que no grupo de sujeitos que qualifica a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, estão em grande medida incluídos os sujeitos que descrevem a qualidade das suas relações como “medianamente satisfatória”, o que não é uma atribuição de significado pejorativa por si só (apesar de ainda assim estes sujeitos apresentarem níveis mais elevados de depressão que os sujeitos que descrevem a qualidade das suas relações como "Muito Satisfatória”), o que nesse sentido não contradiz aquilo que a literatura defende em termos da dificuldade dos sujeitos com depressão anaclítica tendencialmente negarem a sua insatisfação relacional. Ainda assim, em termos teóricos, Blatt e Shichman (1983) consideram a possibilidade de existirem quadros mistos quanto às configurações introjetiva e anaclítica da depressão, podendo existir características de ambos os tipos na organização da personalidade de um sujeito depressivo. Podemos facilmente imaginar o caso de uma pessoa excessivamente crítica e evitante considerar as suas relações interpessoais como sendo insatisfatórias, mas simultaneamente sentir-se emocionalmente muito vulnerável à possibilidade de ser rejeitada ou mal-amada pelos outros. Poderão estar em causa as capacidades reflexivas ou mentalização que permitem ao sujeito uma leitura mais realística das suas experiências emocionais internas e da qualidade das suas relações interpessoais (e.g., Fonagy & Luyten, 2018; Górska, 2015; Kernberg, 2011).

5.2.2. Relação entre os Sintomas Psicopatológicos e os Grupos de Satisfação Relacional

Relativamente à diferença entre os dois grupos de Satisfação Relacional quanto ao mal-estar psicológico (BSI) e quanto às dimensões da sintomatologia psicopatológica (BSI), os resultados obtidos no estudo através da análise de variância a um fator (ANOVA), na comparação dos valores médios das dimensões da sintomatologia psicopatológica, apontam que existem diferenças significativas em todas as dimensões, exceto na dimensão Ansiedade.

No grupo que descreve a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” os sujeitos apresentam níveis de mal-estar psicológico significativamente mais elevados em comparação com o grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”. Esta hipótese é coerente com o que é apresentado na literatura e nesta investigação, na medida em que existe uma relação positiva entre a dimensão depressiva da personalidade e o mal-estar psicológico, assim como existe uma relação entre a depressão e a insatisfação relacional, e portanto, segundo estes resultados, é possível assumir que os sujeitos que estão globalmente menos satisfeitos com a qualidade das suas relações, em comparação com os que estão muito satisfeitos, demonstram mais perturbação psicológica com expressão sintomática. De facto os sintomas psicopatológicos geram limitações ao nível comportamental, criando um impacto negativo nas interações sociais (e.g., Segrin, 2012). O comportamento pessimista, hostil e retraído, característico do mal-estar depressivo, dificulta as relações interpessoais e eleva o número de conflitos (Zlotnik et al., 2000). Isto é visível na disfunção em termos da qualidade da comunicação, na responsividade afetiva, na capacidade de resolução de problemas, nos papéis de exigência/retracção (e.g., Lynch et al., 2013; Zlotnik et al., 2000). No entanto, certos autores defendem a perspectiva de que a perceção subjetiva da insatisfação relacional, em particular quando esta perspectiva é flutuante e variável, tem um impacto negativo e exponencial na severidade dos sintomas e no mal-estar psicológico, admitindo-se também a possibilidade de que esta relação seja bidirecional (e.g., Finkbeiner et al., 2013; Whitton & Whisman, 2010).

Os resultados obtidos ao nível da análise das dimensões da sintomatologia indicam que o poder de teste foi apenas explicativo para as dimensões Ideação Paranóide e Psicoticismo, ou seja o efeito da Satisfação Relacional explica a diferença significativa de valores entre os dois grupos, para estas duas dimensões. A Ideação Paranoide diz respeito a disfunções ao nível cognitivo, evidenciando-se um pensamento do tipo projetivo, de

culpabilização do outro, de hostilidade e suspeição, alimentado pelo medo da perda da autonomia (Canavarro, 2007). A dimensão do Psicoticismo é indicadora da presença de comportamentos de isolamento e alienação social, e de um estilo de vida esquizoide (Canavarro, 2007). Este último tipo de sintomatologia não tinha sido ponderado na revisão de literatura mas revelou ser uma dimensão sintomática de grande relevância na depressão. Ambas as dimensões estão relacionadas com um funcionamento interpessoal de evitamento e rejeição da proximidade ao nível da intimidade, que está fortemente associado ao estilo de vinculação característico da depressão introjetiva (Blatt & Homann, 1992).

No entanto estas duas dimensões diferem no sentido em que a Ideação Paranoide se relaciona com um tipo de mecanismo de defesa mais projetivo, conflituoso e externalizante, enquanto o Psicoticismo resulta numa forma de retração social por mecanismos de maior inibição e internalização. Ambas são problemáticas e geram desconforto relacional, seja pela indiferença afetiva e perda do interesse - na relação com o Psicoticismo, seja pela projeção da culpa e pelos comportamentos hostis na Ideação Paranoide, e surgem ambos de forma mais proeminente no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”.

As dimensões sintomáticas Sensibilidade Interpessoal e Depressão também apresentaram resultados significativamente distintos nos dois grupos, segundo o efeito da Satisfação Relacional, embora a potência do teste para estas duas variáveis seja menos forte. A Sensibilidade Interpessoal está relacionada com a severidade da depressão, nomeadamente no que toca a sentimentos de inferioridade e de desvalorização pessoal na comparação com o outro, assim como a sensibilidade ao criticismo e à rejeição (Gilbert et al., 2006) criando insegurança, desconforto e timidez nas relações interpessoais. Já os sintomas tipicamente depressivos estão relacionados com a anedonia, falta de motivação e dificuldade em retirar prazer da intimidade, afetando as interações íntimas, e acentuando uma avaliação negativa da relação (e.g., Finkbeiner et al., 2013). A literatura apresentada justifica deste modo os resultados - a presença de sintomas como a Sensibilidade Interpessoal e sintomas tipicamente depressivos é significativamente mais elevada, em termos dos valores médios, no grupo de sujeitos que descrevem as suas relações como tendo uma qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, comparativamente com o grupo de sujeitos que classifica a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória”.

5.3. Análise das Relações entre as Dimensões Depressivas e os Sintomas Psicopatológicos nos Grupos de Satisfação Relacional

Finalmente, no âmbito do terceiro objetivo, pôs-se em hipótese que no grupo dos sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, a relação entre a dimensão depressiva da personalidade e a severidade da sintomatologia é direta e significativa (Hipótese 4, p.22), o que se verificou nos resultados obtidos (Quadro 7).

Relativamente ao mal-estar psicológico, o Índice Geral de Sintomas demonstrou relacionar-se de forma significativa com todos os fatores depressivos, neste grupo (Quadro 7). Apenas a relação entre a Depressão Inibida e a Ideação Paranoide demonstrou ser inexistente, no grupo de sujeitos que descrevem a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”. Este resultado não é surpreendente na medida em que a Depressão Inibida está relacionada com a inibição da agressividade (presente no pensamento hostil da ideação paranoide), e com o aplanamento afetivo e a indiferença relacional e a solidão. E portanto quando os sujeitos que exibem traços de Depressão Inibida, ou seja, que procuram um certo isolamento e alienamento social, descrevem as suas relações como pouco satisfatórias, não surpreende que não surjam mecanismos do tipo paranoide, pois o sujeito recorre a mecanismos de um registo oposto: maior internalização e encapsulamento.

Relativamente à hipótese 5, enquadrada no terceiro objetivo de estudo (p.22), foi postulado que as correlações obtidas no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” entre as dimensões depressivas e da sintomatologia seriam globalmente mais elevadas que as do grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, de acordo com a literatura apresentada e com os resultados obtidos no segundo objetivo de estudo (p.21).

As correlações entre a dimensão depressiva da personalidade (ITD total) e o mal-estar psicológico (IGS) são de elevada magnitude para os dois grupos. No entanto, o grupo de sujeitos com relações de qualidade mais satisfatória apresentou uma correlação mais elevada com o IGS que o grupo com relações globalmente menos satisfatórias - o que vai contra a hipótese colocada. Isto significa que, em ambos os grupos, quando os sujeitos apresentam maiores níveis de depressão, aqueles que percecionam a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória” exibem mais sintomas e maior mal-estar psicológico, em comparação com o grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”.

Este resultado inesperado pode ser entendido na perspectiva da teoria psicodinâmica acerca da ambivalência vivida ao nível das relações objetais na depressão. Como defendem os autores psicodinâmicos, as relações de objeto na depressão são marcadas por um conflito interno, de natureza inconsciente, que resulta numa ambivalência de sentimentos de amor e ódio direcionados ao objeto (e.g., Ogden, 2004). No contexto de uma relação de amor não correspondida, a depressão leva o sujeito a anular-se para manter o amor do objeto narcísico e culpabilizante (Coimbra de Matos, 2001), seja em busca de uma valorização e validação (falo)narcísica, para colmatar os seus sentimentos de culpa, de auto-criticismo e de inferioridade, seja na confirmação do suporte e do amor do objeto, pelo medo do abandono e pelos sentimentos intensos de desamparo (Blatt, 1974). O desejo inconsciente de abandonar o objeto, motivado pela sua frustração ou desilusão, é afastado através de mecanismos de negação dos aspetos malévolos da relação e da agressividade do próprio sujeito (Ogden, 2004) e através de mecanismos de idealização para preservar interiormente a imagem do bom objeto interno (Kernberg, 2008). Coimbra de Matos designa este tipo de relação muito ambivalente uma relação objetal “bifacial” (2001), que surge tipicamente na depressão.

Na sua relação com os sintomas e mecanismos de defesa mal-adaptativos — a ambivalência e a angústia são simultaneamente responsáveis por causar mal-estar psicológico, fazendo surgir sintomas de natureza diversa (e.g., depressivos, ansiosos, fóbicos, obsessivos; Bergeret, 2004). Também Rogers (1959) propôs que a experiência da incongruência no seu extremo, quando aliada ao sofrimento psicológico (e.g., uma grande inconsistência entre o *self* ideal e *self* real) pode levar a mecanismos de defesa mal-adaptativos - como a distorção ou a negação da realidade dos factos e das relações, de maneira a proteger a auto-estima do sujeito e a sua auto-imagem. Estudos empíricos demonstraram que níveis elevados de incongruência contribuem para a formação e manutenção de sintomas psicopatológicos (e.g., Berking, Grosse Holtforth, & Jacobi, 2003).

Este resumo de literatura contribui para a compreensão das elevadas correlações obtidas entre as dimensões depressivas e as dimensões da sintomatologia, no grupo de sujeitos que descreve a qualidade das suas relações como globalmente “Muito Satisfatória”, em comparação com o grupo de sujeitos que vê a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”. Podemos então pôr em hipótese que, de entre os sujeitos do primeiro grupo, aqueles que apresentam níveis elevados de depressão e que

optaram por qualificar as suas relações como muito satisfatórias de acordo com a sua percepção subjetiva, são os sujeitos que possivelmente vivem um conflito interno e vivem as questões da sua satisfação relacional de forma mais ambivalente, negando os seus aspetos negativos e possivelmente idealizando as suas relações, e por isso manifestam maiores níveis de mal-estar psicológico e de sintomatologia. Procedemos então à análise detalhada das diferenças das relações entre as dimensões da sintomatologia e as dimensões depressivas, entre os grupos.

Ao nível dos fatores depressivos, é notável que a força da correlação com o mal-estar psicológico (IGS) torna-se particularmente mais acentuada para a Depressão de Fracasso e para a Depressão Inibida, mas também na dimensão depressiva da personalidade (ITD total), no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”. Ambos Depressão de Fracasso e Depressão Inibida caracterizam-se pelos seus aspetos de evitamento ao nível da relação e da vinculação, como foi previamente discutido, tornando-se a questão do prazer e da intimidade relacional uma questão de maior vulnerabilidade para estas tipologias depressivas, explicando a elevação do nível de sintomas de acordo com a hipótese de que a vivência de ambivalência e conflito interno gera mais sintomas.

A Depressão de Fracasso aparenta ser um tipo de depressão mais neurótico, e segundo Bergeret (2004) reveste-se de diferentes máscaras, como é observável ao nível da diversidade de sintomas com o qual demonstra correlacionar-se. Acima de tudo, o sofrimento vivido a este nível relaciona-se com a desvalorização da imagem narcísica, caracterizando por intensos pensamentos ruminativos que corroem o sujeito por dentro (Bergeret, 2004), aspeto que explica a elevada correlação com a dimensão Obsessões-Compulsões (BSI) - a tal ponto paralisante que, segundo o autor, provoca retração ao nível dos investimentos relacionais. Nesta “neurose de fracasso” surgem frequentemente reacções do tipo agressivo e hostil, socialmente injustificadas (Bergeret, 2004), mas possivelmente motivadas pela ambivalência vivida na relação e que traduzem a falha narcísica vivida - justificando-se assim a elevada correlação com a dimensão Hostilidade no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”. Esta falha narcísica estaria relacionada com a precariedade das identificações que constituem o sujeito (Bergeret, 2004), e conseqüentemente com falhas ao nível da definição da identidade do *self*, visíveis em particular na comparação com os outros. A relação significativa com as dimensões Sensibilidade Interpessoal e Ansiedade fica deste

modo clarificada, tendo em conta a presença dos sentimentos de desvalorização pessoal, de inferioridade, e inadequação na comparação com terceiros, criando desconforto e deteriorando a qualidade das relações (Gilbert et al., 2006), o que se relaciona também com a sintomatologia ansiosa. Coimbra de Matos (2002, p.221) designa este tipo de carácter depressivo de “depressão de inferioridade”, em que o Ideal do Ego se encontra “inflamado” gerando uma desvalorização da imagem sexuada, explicando os sentimentos de inferioridade vividos na comparação com o outro. Surgem inibições fóbicas nas relações, resultando em comportamentos de introversão, impedindo o aproveitamento satisfatório das relações atuais (Coimbra de Matos, 2002). No entanto, postula-se que este tipo de perturbação se dá a um nível mais avançado do desenvolvimento, “proto-edipiano” (Coimbra de Matos, 2002), e que por esse motivo seja possível que também as capacidades reflexivas e de mentalização estejam mais desenvolvidas, promovendo no sujeito uma maior consciência de si próprio - da sua vulnerabilidade e ferida narcísica, assim como uma maior sensibilidade e vulnerabilidade ao olhar alheio, o que lhe confere ao mesmo tempo um maior sofrimento psicológico, com relevante expressão sintomática.

Quanto à Depressão Inibida, apesar da expressão sintomática estar globalmente menos correlacionada em comparação com as restantes dimensões depressivas para ambos os grupos, foi notável o aumento dos níveis de Ideação Paranoide, Sensibilidade Interpessoal, Hostilidade e Ansiedade no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória” para esta dimensão depressiva. Sendo que a Depressão Inibida se caracteriza por uma forte inibição da agressividade, e por comportamentos esquizoides de retração e isolamento social, poderá ser considerada a hipótese de que, no grupo de sujeitos que consideram estar globalmente muito satisfatórios com as suas relações, pode estar presente uma amostra de sujeitos que são apesar de tudo mais adaptados e capazes de exteriorizar o seu sofrimento através de sintomas e comportamentos de menor inibição, apesar de exibirem limitações relacionais. A externalização da agressividade pode ser em certos casos um mecanismo mais adaptativo e social, ao contrário da extrema inibição.

Relativamente às dimensões da sintomatologia, a Ideação Paranoide demonstrou ser o sintoma que apresentou um maior aumento ao nível da força da correlação no grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, em comparação com o grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, para todos os fatores depressivos. Se

tivermos em conta que, a um nível mais elevado de depressão, os sujeitos que descrevem a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória” demonstram níveis significativamente mais elevados de Ideação Paranoide, podemos concluir, novamente, que a questão da ambivalência vivida nas relações destes sujeitos gera sintomas de forma considerável, o que é clinicamente relevante. A Ideação Paranoide remete para um disfuncionamento a nível cognitivo relativo a pensamentos de suspeição, sobre o medo da perda da autonomia, do sentimento de intrusão do outro na esfera da intimidade pessoal, com reações de carácter hostil e projetivo (Canavarro, 2007). Os sujeitos mais depressivos, que se consideram muito satisfeitos com as suas relações e simultaneamente exibem Ideação Paranoide, revelam uma forte dissonância cognitiva e afetiva por experienciarem ambivalência ao nível das relações. Segundo Blatt e Shichman (1983) as diferentes dimensões depressivas que se incluem na configuração introjetiva estão excessivamente focadas em questões de definição do *self*, podendo atingir formas primitivas e rígidas de garantir a separação e autonomia, protegendo-se da sensação de engolfamento ou intrusão, através de atitudes paranoides. Para além de que o desenvolvimento de relações interpessoais satisfatórias é tendencialmente negligenciado neste tipo de sujeitos, no esforço de manter e salvaguardar um sentido de identidade próprio, determinando a natureza e a qualidade das relações interpessoais (Blatt & Shichman, 1983). A Hostilidade foi outra dimensão cuja força da correlação também aumentou significativamente em todas as dimensões depressivas, em particularmente na relação com a Depressão Perfeccionista, no grupo de sujeitos que percecionam a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória”, o que se explica pela mesma ordem de ideias que para a Ideação Paranoide, embora a Hostilidade não se reflita só ao nível do pensamento, mas também no comportamento e na interação social. Ambas as dimensões constituem mecanismos de defesa, em particular na depressão introjetiva, associada a estilos de vinculação mais evitantes.

A dimensão dos sintomas somáticos revelou correlações baixas e até mesmo inexistentes com a Depressão Relacional e a Depressão Inibida, em particular no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”. Estes resultados não eram expectáveis. Em termos de investigação, existem autores que procuraram relacionar o surgimento de sintomas somáticos com a inibição da agressividade (e.g., Kellner et al., 1992), e com a incapacidade de expressar afeto e comunicar sofrimento psicológico (e.g., Hurwitz, 2004; Taylor et al., 1997), o que estaria relacionado com traços de alexitimia (e.g., Sayar et

al., 2013; Taycan, et al.,2017). Devido ao aplanamento afetivo e inibição, característicos da Depressão Inibida, previa-se um aumento da sintomatologia somática nesta dimensão depressiva ao nível dos resultados, no entanto esta relação não se identificou. Também para a Depressão Relacional, que está ligada a um desenvolvimento da personalidade na ordem do funcionamento anaclítico, na proximidade de organizações do tipo histéricas (Blatt & Shichman, 1983), relacionada com o tipo de vinculação ansioso, se esperaria uma maior correlação com as dimensões da Ansiedade e da Somatização, mas este não foi um resultado que se tenha observado. Apenas a Depressão de Fracasso fez assistir um aumento ligeiro da força das correlação com as dimensões Ansiosa e Somática (BSI) no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, o que novamente se pode explicar pela hipótese da ambivalência e conflito interno vivido na relação, através da negação e do recalçamento, aumentando tipo de sintomatologia em particular de ordem “neurótica” (Bergeret, 2004).

Deste modo conclui-se que a hipótese 4 não é validada, no sentido em que as correlações não são globalmente mais elevadas no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” em comparação com o grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, como era expectável, de acordo com os resultados da hipótese 3. Pelo contrário, parece relevante interpretar as diferenças que se observam nas relações entre os fatores depressivos e as dimensões da sintomatologia, comparando os resultados para os grupos que discriminam diferentes formas de Satisfação Relacional.

5.4. Modelos de Predição das Dimensão Depressivas através dos Sintomas Psicopatológicos para os Grupos de Satisfação Relacional

Para os sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” - a depressão é a variável da sintomatologia que prediz todas as formas de depressão, o que demonstra a relação íntima entre os traços depressivos, a insatisfação relacional e a sintomatologia depressiva (Quadro 9). De facto, como apresenta Campos (2010), os traços depressivos, medidos pelo ITD, parecem ser uma variável mediadora entre as representações mentais perturbadas das figuras significativas, e o estados depressivos. Uma maior perturbação nas representações objectais dos sujeitos com depressão é consequência de interações precoces disfuncionais com as figuras significativas -

considerado um dos "antecedentes distais" da depressão, o que contribui para a ocorrência de estados depressivos sintomáticos (Campos, 2010). A qualidade das relações interpessoais determina o afeto associado às representações objetais, pela internalização das experiências vividas, definindo as estruturas cognitivo-afectivas que moldam as experiências interpessoais subsequentes (e.g., Blatt, 1974, 1995; Blatt & Shichman, 1983; Campos, 2010). Este estudo confirma o que a literatura apresenta: os sujeitos que percebem as suas relações de uma forma globalmente insatisfatória, exibem também um maior número de traços depressivos, assim como maiores níveis de sintomatologia depressiva, entre outros tipos de sintomas.

A dimensão Obsessões-Compulsões revelou ser preditora da Depressão Perfeccionista, no grupo de sujeitos que percebem a qualidade das suas relações como "Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória" (Quadro 9). Uma variedade de autores comprovou a relação entre o perfeccionismo, o auto-criticismo e os comportamentos obsessivo-compulsivos na depressão (e.g., DiMaggio et al., 2015; Moore & Howell, 2017) o que poderá estar ligado com os sentimentos de culpa excessivos, com a sobre-estimação de consequências negativas, pensamentos ruminativos e a dureza do auto-escrutínio. De uma perspectiva psicodinâmica, a dimensão agressiva das obsessões-compulsões estará ligada à ambivalência sentida a propósito dos sentimentos de ódio que estes sujeitos contêm dentro de si, pelo medo da perda do controlo da agressividade e das consequências destrutivas que os sentimentos de ódio podem trazer, em particular para as relações ambivalentes (Moore & Howell, 2017). Já Flett, Madorsky, Hewitt, e Heisel (2002) demonstram que as cognições relacionadas com o perfeccionismo estão correlacionadas com os pensamentos ruminativos e intrusivos, característico das obsessões, por sua vez correlacionado com as medidas de depressão e ansiedade. Segundo Blatt e Shichman (1983) as dificuldades na definição do self, na procura da autonomia e do controlo, presentes nas tendências obsessivas-compulsivas das depressões introjetivas, são expressas por uma forma de atenção rígida, obstinada, relacionada com a ambivalência sentida e com os pensamentos ruminativos. A um nível mais patológico pode até haver uma ligação com a Ideação Paranóide, quando a pressão e a angústia são maiores.

Já a dimensão Sensibilidade Interpessoal é uma variável preditora da Depressão Relacional em ambos os grupos de Satisfação Relacional (Quadro 8 e 9). Os sujeitos que revelam uma maior vulnerabilidade à rejeição e ao abandono, traços que se indentificam na Depressão Relacional, parecem frequentemente exibir tendência para a Sensibilidade

Interpessoal, (Gilbert et al., 2006) que não é mais do que uma preocupação excessiva com os próprios defeitos, com sentimentos de desadequação, aliada a uma hipersensibilidade à opinião do outro. Este tipo de comportamento está naturalmente ligado ao medo de ser rejeitado ou recusado pelo outro e perder o seu amor - angústia predominante na depressões anaclítica (Blatt, 1974).

A Sensibilidade Interpessoal é também preditora da Depressão Perfeccionista e da Depressão de Fracasso no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória” (Quadro 8). Gilbert et al. (2006) diferenciam dois tipos de sensibilidade interpessoal, que parecem ser particularmente interessantes e elucidativos na compreensão da relação entre esta dimensão sintomática e a Depressão Relacional (do ponto de vista da dependência) e com a Depressão de Fracasso e Perfeccionista (do ponto de vista auto-crítico e introjetivo), nos sujeitos que descrevem a qualidade das relações como “Muito Satisfatória”. Uma faceta da Sensibilidade Interpessoal está mais ligada à depreciação social, aliada à necessidade de aprovação, e uma vulnerabilidade ao criticismo, que se aplica diretamente às duas dimensões depressivas com traços introjetivos. Por outro lado, a sensibilidade interpessoal relaciona-se com a disfunção das relações de vinculação, o medo da rejeição, e a ansiedade de separação, justificando a sua relação com a Depressão Relacional. Visto que neste grupo os sujeitos percebem a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória” parece haver uma nova e maior abertura para a intimidade e para as relações que ao mesmo tempo suscita maior preocupação na definição do *self* no caso das depressões do tipo introjetivo, justificando o aumento desta sintomatologia para este grupo de sujeitos. A Ansiedade aliada a esta percepção mais favorável das relações prediz um aumento da Depressão Perfeccionista, assim como as Obsessões-Compulsões predizem a Depressão de Fracasso, no grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória”, provavelmente surgindo tipos de defesa na tentativa de lidar com o conflito e o desafio da intimidade relacional e a gestão da autonomia e auto-suficiência, nestas duas tipologias de depressão introjetiva.

A discussão dos resultados observados ao longo do estudo, e as propostas de interpretação e de justificação para estes, devem ter em conta uma perspectiva crítica das limitações deste estudo. Uma primeira limitação que deve ser considerada é atribuída ao procedimento na constituição dos grupos de Satisfação Relacional em estudo. Em primeiro lugar a medida de avaliação da Satisfação Relacional do sujeito é pouco precisa: consiste em

apenas duas perguntas, inquirindo sobre a percepção do sujeito relativamente à qualidade do contacto, primeiro para as suas relações familiares, e depois para as suas relações de amizade (separadamente), sem mais especificações nem detalhe. A pergunta em si não é refinada ao ponto de fornecer uma operacionalização completa da definição de uma “relação satisfatória/insatisfatória”. Só existiam quatro possibilidades de resposta: “Muito Satisfatória”, “Satisfatória”, “Pouco Satisfatória” e “Nada Satisfatória”, o que pode ser considerado limitativo pela fraca descrição qualitativa. A resposta às perguntas implica uma análise momentânea e possivelmente pouco aprofundada, circunscrita ao tempo e momento da resposta, o que pode enviesar os resultados. Acresce o facto das respostas às duas perguntas terem sido unificadas para criar uma só variável - a percepção global da qualidade do contacto com as relações (unindo as familiares e de amizade numa só). Nesta amostra, como o número de sujeitos que considera a qualidade do contacto com as relações como “Pouco ou Nada Satisfatória” é extremamente reduzido, decidiu-se aglomerar num só grupo os sujeitos que percecionam a qualidade das suas relações como “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatórias”, em contrapartida com o grupo de sujeitos que descrevem a qualidade das suas relações como “Muito Satisfatória”. Apesar deste condicionamento, este agrupamento tornou-se particularmente interessante na medida em que permitiu isolar e compreender o fenómeno da percepção subjetiva da qualidade relacional como “Muito Satisfatória”, que na sua vertente mais ligada à patologia, possibilitou identificar aquilo que consideramos a presença dos mecanismos de negação e idealização, típicos da depressão. A junção das percepções “Medianamente” “Pouco” e “Nada Satisfatória” num só grupo permitiu observar como ainda assim se exibem níveis elevados de depressão, numa atribuição qualitativa que não implica uma avaliação pejorativa para o caso do “medianamente satisfatória”, tendo em conta que esta qualificação representa uma grande porção das respostas dadas neste grupo.

Uma outra limitação consiste no facto dos instrumentos aplicados serem medidas de autorrelato, suscetíveis a questões de desejabilidade social, que podem enviesar os resultados, estando esse efeito fora do controlo do investigador. Por fim, uma limitação igualmente a ponderar é a possibilidade da amostra estar enviesada em termos das variáveis sexo e idade, sendo que estes dados não foram tidos em conta na interpretação dos resultados: o grupo com relações de qualidade “Muito Satisfatória” apresentava uma média de idades inferior ao grupo com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória” e era

maioritariamente composto por mulheres (cerca de 75%). Investigações futuras neste domínio deveriam considerar melhores métodos de avaliação da Satisfação Relacional; avaliar se existem diferenças significativas na satisfação relacional com as figuras parentais vs membros do casal vs relações de amizade; e considerar diferenças ao nível do sexo, por exemplo as diferenças entre os tipos de experiência depressiva e a perceção da satisfação relacional para os homens e para as mulheres. O estudo também poderia ser replicado para a população clinicamente deprimida, analisando eventuais diferenças ao nível dos resultados.

Conclusões

A dimensão depressiva da personalidade demonstra ser um construto extremamente útil na conceptualização da Depressão, porque permite uma abordagem teórica e empírica (através do ITD) que contribui para um melhor entendimento do funcionamento depressivo na perspectiva de um contínuo entre a normalidade e a psicopatologia (Campos, 2015). Permite-nos deste modo avaliar, de uma forma dimensional, as ligações entre os modos mais ou menos patológicos de funcionamento e de relação objetal, baseados nas representações mentais mais ou menos negativas ou distorcidas do *self* e dos outros, e o nível do mal-estar psicológico e da severidade dos sintomas, na Depressão.

Em termos dos objetivos e hipóteses do estudo, demonstrou-se que, na população geral adulta, (1) a Dimensão Depressiva da Personalidade, e os cinco fatores da depressão do ITD-R, correlacionam-se diretamente com o mal-estar psicológico, em particular as dimensões Depressão Essencial, Depressão de Fracasso e Depressão Perfeccionista - configurações introjetivas da depressão, segundo Blatt (1974). O estudo revelou também (2) que a perceção subjetiva da Satisfação Relacional do sujeito tem um impacto estatisticamente significativo quanto aos níveis médios de depressão que este apresenta e nos níveis médios de sintomatologia psicopatológica que exhibe - uma perceção medianamente, pouco ou nada satisfatória da qualidade das relações relaciona-se com uma maior morbidade. (3) A investigação elucidou também, de uma forma exploratória, que surgem correlações maiores entre os níveis de depressão e os níveis de sintomatologia psicopatológica, em particular quando os sujeitos não são capazes de reconhecer os aspetos negativos da relação (devido a mecanismos de defesa como a negação e a idealização). Neste caso é visível um aumento da força da correlação em particular para as dimensões Ideação Paranoide, Hostilidade,

Sensibilidade Interpessoal, Ansiedade e Obsessões-Compulsões, na relação com a Depressão de Fracasso, a Depressão Inibida e a Depressão Perfeccionista, no grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória”. Finalmente (4), os modelos de predição demonstraram que, para o grupo de sujeitos com relações de qualidade “Medianamente, Pouco ou Nada Satisfatória”, a sintomatologia depressiva (BSI) é preditora da Dimensão Depressiva da Personalidade, e dos cinco fatores depressivos (ITD-R); a Sensibilidade Interpessoal é preditora da Depressão Relacional; e a dimensão Obsessões-Compulsões é preditora da Depressão Perfeccionista. Para o grupo de sujeitos com relações de qualidade “Muito Satisfatória” a dimensão Depressiva (sintomatologia) prediz a Dimensão Depressiva da Personalidade, a Depressão Essencial e a Depressão Inibida; as Obsessões-Compulsões predizem a Depressão de Fracasso; a Sensibilidade Interpessoal prediz a Depressão Relacional, a Depressão de Fracasso e a Depressão Perfeccionista; finalmente a Ansiedade é também uma variável preditora da Depressão Perfeccionista.

Assim, o presente estudo contribui para o desenvolvimento da literatura e para o aprofundamento de perspectivas clínicas na abordagem à depressão, na medida em que nos elucida acerca das relações que se estabelecem entre as dimensões da depressão, as relações de objeto e os diversos mecanismos de defesa mal-adaptativos (sintomas) mais associados a cada dimensão depressiva, facilitando um diagnóstico diferenciado e mais qualitativo. Este estudo permite também trazer um olhar novo sobre os diferentes tipos de sintomas que surgem no funcionamento depressivo, para além daqueles que estão patentes nas descrições prototípicas da depressão, por exemplo nos manuais de diagnóstico psiquiátrico (e.g., DSM).

O estudo dos vínculos e da dimensão relacional da depressão permite uma visão mais rica e complexa das ligações que se estabelecem entre as formas de relação objetal e os mecanismos de defesa que o sujeito depressivo recorre na tentativa de lidar com os seus conflitos internos, quando se confronta com a intimidade ou a separação na relação com o outro. Este estudo focou também os aspetos que influenciam a perceção subjetiva do sujeito acerca das suas relações, em particular na sua capacidade de se sentir ou não gratificado, satisfeito e capaz de desfrutar delas. Mecanismos como a idealização e a negação muitas vezes interferem na leitura que o sujeito faz de si próprio e das suas relações, o que está relacionado com uma diversidade de aspetos que foram sendo desenvolvidos ao longo do trabalho: a construção de modelos internos dinâmicos mais ou menos positivos, o nível de

integração das representações objetais, o desenvolvimentos da “mentalização” e capacidades reflexivas, aspetos determinadas em grande parte pela qualidade das experiências relacionais precoces. A análise do tipo de relação objetal diz respeito ao modo como o sujeito é capaz de se vincular e de se tornar íntimo do Outro de forma satisfatória e gratificante, e simultaneamente ser capaz de ser autónomo e independente, sentindo-se seguro e amparado mesmo quando o Outro significativo não está presente ou não confirma o seu amor.

Referências Bibliográficas

Ainsworth, M. D. S. (1969). Object relations, dependency, and attachment: A theoretical review of the infant-mother relationship. *Child Development*, 40(4), pp. 969-1025. doi: 10.2307/1127008

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.

Bagby, R. M., Quilty, L. C., & Ryder, A. C. (2008). Personality and depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(1), 14–25. doi: 10.1177/070674370805300104

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York, N.Y.: Raven.

Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93(4), 332-346. doi: 10.1080/00223891.2011.583808

Bergeret, J. (2004). *Psicologia patológica: Teórica e clínica*. Lisboa: Climepsi.

Berking, M., Holtforth, M.G., & Jacobi, C. (2003). Reduction of incongruence in inpatient psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 86-92. doi:10.1002/PPP.357

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

Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology: Emotion, cognition, and representation*, Vol. 6 (pp. 1–34). Rochester, N.Y.: University of Rochester Press.

Blatt, S., & Homann, E. (1992). Parent-child interaction in the etiology of dependent and self-critical depression. *Clinical Psychology Review, 12*(1), 47–91.

doi:10.1016/0272-7358(92)90091-L

Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive-behavioural theories of depression. *Psychoanalytic Psychology, 9*(2), 157-190. doi:10.1037/h0079351

Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought, 6*(2), 187-254.

Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E. S., & Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 88*(4), 388–397.

doi:10.1037/0021-843X.88.4.388

Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review, 12*, 527–562.

doi:10.1016/0272-7358(92)90070-O

Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Etiology and psychopathology in light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry, 130*, 201-210.

doi:10.1192/bjp.130.3.201

Bridges, K., & Goldberg, D. (1987). Somatic presentation of depressive illness in primary care. *The Journal of the Royal College of General Practitioners. Occasional paper, (36)*, 9–11.

Burns, D. D., Sayers, S. L., & Moras, K. (1994). Intimate relationships and depression: Is there a causal connection? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 1033-1043.

doi:10.1037/0022-006X.62.5.1033

Campos, R. (2000c). Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. *Análise Psicológica*, 18(3), 311-318.

Campos, R. (2006). *'Depressivos somos nós': Um estudo de conceptualização e avaliação da personalidade depressiva e da depressão*. (tese de doutoramento). Universidade de Évora, Évora, Portugal.

Campos, R. (2010). Depressão, traços depressivos e representações parentais: Um estudo empírico. *Avaliação Psicológica*, 9(3), 371-382.

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

Campos, R. (2015). *Inventário de traços depressivos: Manual técnico*. Centro de Investigação em Educação e Psicologia (CIEP-UE), Universidade de Évora.

Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. Almeida (Coords.). *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III). Portugal, Coimbra: Quarteto Editora.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Routledge.

Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi Editores.

Coimbra de Matos, A. (2002). *O desespero: Aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi Editores

Coimbra de Matos, A. (2012). *Mais amor menos doença. A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi Editores.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992a). *NEO PI-R professional manual: Revised NEO PI Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Davidson, J., Zisook, S., Giller, E., & Helms, M. (1989). Symptoms of interpersonal sensitivity in depression. *Comprehensive Psychiatry*, *30*, 357–368. doi: 10.1016/0010-440x(89)90001-1

Derogatis, L. R. (1993). *BSI: Brief symptom inventory*. Minneapolis: National Computers Systems.

Derogatis, L. R., & Fitzpatrick, M. (2004). The SCL-90-R, the Brief Symptom Inventory (BSI) and the BSI-18. In M. M. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (3rd ed.; Vol. 3: Instruments for adults; pp.1-41). Mahwah, New Jersey: Erlbaum.

DiMaggio, G., Lysaker, P. H., Calarco, T., Pedone, R., Marsigli, N., Ricciardi, I., Sabatelli, B., Carcione, A., & Paviglianiti, A. (2015). Perfeccionism and personality disorders as predictors of symptoms and interpersonal problems. *American Journal of Psychotherapy*, *69*(3), 317-330. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.3.317

DiTella, M., & Castelli, L. (2013). Alexithymia and fibromyalgia: Clinical evidence. *Frontiers in Psychology*, *4*, 909. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00909

Fava, G. A., Kellner, R., Munari, F., Pavan, L., & Pesarin, F. (1982). Losses, hostility, and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *170*(8), 474–478. doi:10.1097/00005053-198208000-00006

Fava, M., Rankin, M. A., Wright, E. C., Alpert, J. E., Nierenberg, A. A., Pava, J., & Rosenbaum, J. F. (2000). Anxiety disorders in major depression. *Comprehensive Psychiatry*, *41*(2), 97–102. doi:10.1016/s0010-440x(00)90140-8

Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *(20)*, 33–47. doi:10.1023/A:1015128904007

Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2008). Psychoanalytic constructs and attachment theory and research. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 783–810). New York: The Guilford Press.

Fonagy, P., & Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. In W. J. Livesley & R. Larstone (Eds.), *Handbook of personality disorders* (pp. 123–140). New York: Guilford Press.

Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed & Trad.), *The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 243- 258). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-analysis. (Obra originalmente publicada em 1917)

Gilbert, P., Irons, C., Olsen, K., Gilbert, J., & McEwan, K. (2006). Interpersonal sensitivities: Their links to mood, anger and gender. *Psychology and Psychotherapy*, *79*(1), 37–51. doi:10.1348/147608305X43856

Górska, D. (2015). Mentalization, specific attachment, and relational satisfaction from the intrapsychic and interpersonal perspectives. *Polish Psychological Bulletin*, *46*(3), 393–400. doi:10.1515/ppb-2015-0046

Green, A. (1988). A mãe morta. In *Narcisismo de vida narcisismo de morte*. (pp. 239- 273). São Paulo: Editora Escuta.

Greenberg, J., & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Hamilton, M. (1989). Frequency of symptoms in melancholia (depressive illness). *British Journal of Psychiatry*, *154*(2), 201-206. doi:10.1192/bjp.154.2.201

Haring, M., Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (2003). Perfectionism, coping, and quality of intimate relationships. *Journal of Marriage and Family*, *65*(1), 143–158.

doi:10.1111/j1741-3737.2003.00143.x

Herbert, G. L., McCormack, V., & Callahan, J. L. (2010). An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanalytic Psychology*, *27*(2), 219–234. doi:10.1037/a0019423

Humphreys, T. P., Wood, L. M., & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, *46*(1), 43–47. doi:10.1016/j.paid.2008.09.002

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

Huprich, S. K. (2005). Differentiating avoidant and depressive personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *19*(6), 659–673. doi:10.1521/pedi.2005.19.6.659

Hurwitz T. A. (2004). Somatization and conversion disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(3), 172–178. doi:10.1177/070674370404900304

Jylhä, P., & Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Journal of Depression and*

Anxiety, 23, 281-289. doi: 10.1002/da.20167

Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 917–925.

doi: 10.7326/0003-4819-134-9_part_2-200105011-00017

Kellner, R., Hernandez, J., & Pathak, D. (1992). Self-rated inhibited anger, somatization and depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(3), 102–107. doi:10.1159/000288582

Kendall, R. E. (1970). Relationship between aggression and depression. Epidemiological implications of a hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, 22(4), 308–318.

Kernberg, O. F. (1988). Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36(4), pp. 1005–1029. doi:10.1177/000306518803600407

Kernberg, O. F. (2008). Luto e melancolia revisitado. In *Controvérsias Contemporâneas Acerca da Teoria, Prática e Aplicação Psicanalíticas*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 2004)

Kernberg, O.F. (2011). Mentalization, insight, empathy, and interpretation. In O.F. Kernberg, (Ed.), *The inseparable nature of love and aggression. Clinical and theoretical perspectives* (pp. 57–79). Washington, D.C., London, England: American Psychiatric Publishing.

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, 269-295.

doi:10.1146/annurev clinpsy-032210-104540

Koh, K. B., & Park, J. K. (2008). The relation between anger management style and organ system related somatic symptoms in patients with depressive disorders and somatoform disorders. *Yonsei Medical Journal*, 49(1), 46–52. doi:10.3349/ymj.2008.49.1.46

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

Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, *42*(9), 1879–1890. doi:10.1017/S0033291711002674

Kumar, V., Avasthi, A., & Grover, S. (2019). Correlates of worry and functional somatic symptoms in generalized anxiety disorder. *Industrial Psychiatry Journal*, *28*(1), 29–36. doi: 10.4103/ipj.ipj_31_19

Laing, R. D. (1969). The embodied and unembodied self. In *The divided self*, (p. 65-77.) New York: Penguin.

Lipowski Z. J. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*, *31*(1), 13–21. doi: 10.1016/S0033-3182(90)72212-8

Luyten, P., & Blatt, S. J. (2011). Integrating theory-driven and empirically-derived models of personality development and psychopathology: A proposal for DSM V. *Clinical Psychology Review*, *31*(1), 52–68. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.003

Luyten, P., & Fonagy, P. (2016). The self in depression. In M. Kyrios, R. Moulding, G. Doron, S. S. Bhar, M. Nedeljkovic, & M. Mikulincer (Eds.), *The self in understanding and treating psychological disorders* (p. 71–81). Cambridge University Press.

doi:10.1017/CBO9781139941297.009

Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F., & Corveleyn, J. (2007). Dependency and self-criticism: Relationship with major depressive disorder, severity of depression, and clinical presentation. *Depression and Anxiety*, *24*(8), 586–596. doi:10.1002/da.20272

Lynch, T. R., Robins, C. J., & Morse, J. Q. (2003). Couple functioning in depression: The roles of sociotropy and autonomy. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 1349-1359. doi: 10.1002/jclp.10226

Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 50*(1-2), 66–104. <https://doi.org/10.2307/3333827>

Marty, P. (1968). Essential depression. In D. Birksted-Breen, S. Flanders, A. Gibeault (Eds), *Reading french psychoanalysis*. London: Routledge. doi:10.4324/9781315787374

Mongrain, M., Vettese, L. C., Shuster, B., & Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 230–241. doi:10.1037/0022-3514.75.1.230

Moore, K. A., & Howell, J. (2017). Yes: The symptoms of OCD and depression are discrete and not exclusively negative affectivity. *Frontiers in Psychology, 8*, 753. doi:10.3389/fpsyg.2017.00753

Navrady, L. B., Ritchie, S. J., Chan, S., Kerr, D. M., Adams, M. J., Hawkins, E. H., Porteous, D., Deary, I. J., Gale, C. R., Batty, G. D., & McIntosh, A. M. (2017). Intelligence and neuroticism in relation to depression and psychological distress: Evidence from two large population cohorts. *Journal of the Association of European Psychiatrists, 43*, 58–65. doi.: 10.1016/j.eurpsy.2016.12.012

Nouri, F., Feizi, A., Afshar, H., Keshteli, A. H., & Adibi, P. (2019). How five-factor personality traits affect psychological distress and depression? Results from a large population-based study. *Psychological Studies, 64*, 59–69. doi:10.1007/s12646-018-0474-6

Ogden, T. (2004). Uma nova leitura das origens da teoria das relações objetais. *Livro Anual de Psicanálise, XVIII*, 85-95. (Obra original publicada em 2002).

Ormel, J., & Wohlfarth, T. (1991). How neuroticism, long-term difficulties, and life situation change influence psychological distress: A longitudinal model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *60*(5), 744–755. doi: 10.1037/0022-3514.60.5.744

Rehman, U. S., Evraire, L. E., Karimiha, G., & Goodnight, J. A. (2015). Actor-partner effects and the differential roles of depression and anxiety in intimate relationships: A cross-sectional and longitudinal analysis. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(7), 715–724. doi:10.1002/jclp.22162.

Rehman, U. S., Gollan, J., & Mortimer, A. R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, *28*(2), 179–198. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.007

Riley, W. T., Treiber, F. A., & Woods, M. G. (1989). Anger and hostility in depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*(11), 668–674. doi: 10.1097/00005053-198911000-00002

Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*, 310–320. doi: 10.1037/0022-3514.70.2.310

Rogers, C. R. (1959). A Theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Formulations of the person and the social context* (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw Hill.

Rush, A. J., Zimmerman, M., Wisniewski, S. R., Fava, M., Hollon, S. D., Warden, D., Biggs, M. M., Shores-Wilson, K., Shelton, R. C., Luther, J. F., Thomas, B., & Trivedi, M. H. (2005). Comorbid psychiatric disorders in depressed outpatients: Demographic and clinical features. *Journal of Affective Disorders*, *87*(1), 43–55. doi: 10.1016/j.jad.2005.03.005

Ryder, A. G., Bagby, R. M., & Schuller, D. R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: A categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry*, 10(6), 337–352. doi: 10.1080/10673220216230

Ryder, A. G., Schuller, D. R., & Bagby, R. M. (2006). Depressive personality and dysthymia: Evaluating symptom and syndrome overlap. *Journal of Affective Disorders*, 91(2-3), 217–227. doi:10.1016/j.jad.2006.01.008

Sayar, K., Kirmayer, L. J., & Taillefer, S. S. (2003). Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *General Hospital Psychiatry*, 25(2), 108–114. doi:10.1016/s0163-8343(02)00277-3

Schwarz, J. C., & Zuroff, D. C. (1979). Family structure and depression in female college students: Effects of parental conflict, decision-making, power and inconsistency of love. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(4), 398- 406. doi: 10.1037/0021-843X.88.4.398

Segal, Hanna. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago.

Segrin, C. G. (2012). Depressive disorders and interpersonal processes. In L. M. Horowitz & S. Strack (Eds.), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions* (pp. 425-448). doi: 10.1002/9781118001868

Selby, M. J. & Neimeyer, R. A. (1986). Overt and covert hostility in depression. *Psychology: A Journal of Human Behavior*, 23(1), 23–25.

Sifneos P. E. (1973). The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22(2), 255–262. doi:10.1159/000286529

Taycan, O., Özdemir, A., & Erdoğan Taycan, S. (2017). Alexithymia and somatization in depressed patients: The role of the type of somatic symptom attribution. *Noro Psikiyatri Arsivi*, 54(2), 99 -104. doi:10.5152/npa.2016.12385

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness* (Paperback edition 1999). Cambridge: Cambridge University Press.

Van Eeden, W. A., Van Hemert, A. M., Carlier, I. V. E., Penninx, B. W., Spinhoven, P., & Giltay, E. J. (2019). Neuroticism and chronicity as predictors of 9-year course of individual depressive symptom. *Journal of Affective Disorders*, 252, 484-492. doi: 10.1016/j.jad.2019.04.052

Whiffen, V. E., & Aube, J. A. (1999). Personality, interpersonal context and depression in couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 16(3), 369–383. doi: 10.1177/0265407599163005

Whitton, S. W., & Whisman, M. A. (2010). Relationship satisfaction instability and depression. *Journal of Family Psychology*, 24(6), 791–794. doi:10.1037/a0021734

Zlotnick, C., Kohn, R., Keitner, G., & Della Grotta, S. A. (2000). The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: Findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, 59(3), 205–215. doi:10.1016/S0165-0327(99)00153-6

Zuroff, D. C., & de Lorimier, S. (1989). Ideal and actual romantic partners of women varying in dependency and self-criticism. *Journal of Personality*, 57, 826–846. doi: 10.1111/j.1467-6494.1989.tb00496.x

Zuroff, D. C., & Fitzpatrick, D. K. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18, 253–265. doi: 10.1016/0191-8869(94)00136-G