

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Dimensão depressiva da personalidade, resiliência e
saúde mental na população geral**

Sónia Isabel Palula Fonseca de Mira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2017

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Dimensão depressiva da personalidade, resiliência e
saúde mental na população geral**

Sónia Isabel Palula Fonseca de Mira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)

2017

E se amanhã o medo

Ondjaki, 2005

E se amanhã a tristeza.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Bruno Gonçalves, pela transmissão do conhecimento científico e pela disponibilidade e apoio ao longo deste percurso.

À minha mãe, ao meu pai e à minha irmã. Ao André. Pelo apoio incondicional, encorajamento e por acreditarem em mim.

Aos meus amigos de longa data e aos que conheci em Pombal. Pela partilha de afetos e risos.

Todos eles me ajudam a ser uma pessoa mais resiliente, tranquila e feliz, ao longo dos tempos.

A todos os que gentilmente participaram neste estudo e se interessaram por ele.

Às pessoas com quem tenho o privilégio de trabalhar e com quem continuo a aprender.

Ao Professor Doutor António Coimbra de Matos. Ao Dr. Mário Horta. À Dr.^a Maria José Martins de Azevedo. Ao Dr. José Carlos Coelho Rosa. Por constituírem sempre referências para mim.

O meu agradecimento, com afeto.

Resumo

Desenvolver uma compreensão mais aprofundada da relação entre a dimensão depressiva da personalidade e a resiliência ao longo do ciclo de vida é potencialmente importante para a prevenção da depressão e promoção da saúde mental. Todavia o papel da resiliência na relação entre os traços depressivos da personalidade e a saúde mental tem sido menos estudada comparativamente ao estudo da perturbação depressiva e resiliência. O presente estudo investigou as relações entre os traços depressivos de personalidade, resiliência-traço e saúde mental numa amostra da população geral. Participaram no estudo 338 adultos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos, de nacionalidade predominantemente portuguesa (98.5%). As medidas incluíram o Questionário Sociodemográfico, o *Inventário de Traços Depressivos* (ITD), a *Escala de Resiliência de Connor-Davidson* (CD-RISC, versão portuguesa) e o *Inventário de Saúde Mental* (MHI-5, versão portuguesa). Os resultados revelaram que os traços depressivos da personalidade estavam negativamente associados à resiliência ($r = -.58; p < .001$) e à saúde mental ($r = -.58; p < .001$). A resiliência estava positivamente associada à saúde mental ($r = .42; p < .001$). Por fim, procedemos à análise da regressão linear múltipla para avaliar melhor a influência de cada uma das variáveis na saúde mental. Traços depressivos, resiliência, género e idade constituíram preditores significativos da saúde mental, constatando-se um efeito maior dos traços depressivos da personalidade. Estes resultados aumentam a compreensão sobre a dimensão depressiva e a resiliência e o seu impacto na saúde mental e sugerem a importância de estudos futuros contemplarem o desenho de intervenções baseadas na resiliência para pessoas em risco de desenvolverem problemas de saúde mental e de programas de promoção de saúde mental.

Palavras-chave: Personalidade depressiva; Traços depressivos da personalidade; Resiliência-traço; Saúde mental; População geral.

Abstract

Developing a comprehensive understanding of the relationship of depressive personality and resilience across the lifespan is potentially important for the prevention of depressive disorder and mental health promotion. However, the role of resilience in the relationship between depressive personality traits and mental health has been understudied compared to depressive disorder and resilience. The present study investigated the relationships among depressive personality, resilience-trait and mental health in a sample of the general population. The sample comprised 338 adults of both sexes with ages between 18 and 83 years, predominantly of Portuguese nationality (98.5%). Measures included a Sociodemographic Questionnaire, *Depressive Traits Inventory* (DTI), *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC, Portuguese adaptation) and *Mental Health Inventory* (MHI-5, Portuguese adaptation). Results supported that depressive traits were negatively associated with resilience ($r = -.58; p < .001$) and mental health ($r = -.58; p < .001$). Resilience was positively associated with mental health ($r = .42; p < .001$). Finally, we proceeded to the analysis of multiple linear regression to better evaluate the influence of each of the variables on mental health. Depressive traits, resilience, gender and age were significant predictors of mental health, with depressive personality traits having a stronger effect. These findings augment the understanding of depressive personality, resilience and their impact on mental health and suggest that future studies should investigate further the design of resilience-focused interventions for people at risk of developing mental health problems and mental health promotion programs.

Keywords: Depressive personality; Depressive personality traits; Resilience-trait; Mental health; General population.

Índice

1. Introdução	1
2. Enquadramento Teórico	3
2.1. A dimensão depressiva da personalidade	3
2.2. Resiliência	9
2.3. Saúde mental.....	13
2.3.1. Estudos sobre saúde mental, dimensão depressiva da personalidade e resiliência ...	16
3. Objetivos	21
4. Metodologia	23
4.1. Participantes e Caracterização da amostra.....	23
4.2. Instrumentos	25
4.2.1. Questionário Sociodemográfico.....	25
4.2.2. Inventário de Traços Depressivos (ITD).....	25
4.2.3. Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC).....	26
4.2.4. Inventário de Saúde Mental (MHI-5)	27
4.3. Procedimento	28
4.4. Procedimento Estatístico	28
5. Resultados	30
5.1. Estatística Descritiva	30
5.1.1. Distribuição dos traços depressivos de personalidade	31
5.1.2. Distribuição da resiliência.....	31
5.1.3. Distribuição da saúde mental	32
5.2. Análise das relações entre as variáveis.....	33
5.2.1. Análise da relação entre as variáveis traços depressivos da personalidade, resiliência e saúde mental	33
5.2.2. Análise da regressão linear múltipla da saúde mental em função dos traços depressivos da personalidade e da resiliência	36
6. Discussão	38
7. Conclusão	45
Referências Bibliográficas	48

Índice de Quadros

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica da amostra.....	23
Quadro 2 - Síntese dos resultados obtidos do teste de normalidade.....	30
Quadro 3- Distribuição da pontuação no ITD.....	31
Quadro 4 - Distribuição da pontuação no CD-RISC.....	32
Quadro 5 - Distribuição da pontuação no MHI-5.....	32
Quadro 6 - Correlação entre os resultados no ITD, no MHI-5e no CD-RISC	35
Quadro 7 - Correlação entre os resultados nas escalas do ITD e o total obtido no MHI-5 e no CD-RISC.....	35
Quadro 8 - Correlação entre os resultados nos fatores do CD-RISC e o total obtido no ITD e no MHI-5.....	36

Índice de Figuras

Figura 1- Matriz de gráficos de dispersão para exploração de existência de correlação linear entre as variáveis em estudo.....	34
---	----

1. Introdução

A depressão enquanto perturbação do humor apresenta atualmente uma elevada prevalência. A dimensão depressiva da personalidade tem vindo a ser estudada na sua relação com a perturbação depressiva. Dependendo da intensidade com que são sentidas e vividas, as experiências depressivas podem diminuir o bem-estar subjetivo e predispor o indivíduo à depressão.

A saúde mental atualmente é conceptualizada não somente como a ausência de doença, mas como um estado de bem-estar subjetivo, cujos indicadores positivos importa integrar na sua avaliação. Esta perspetiva é traduzida nos atuais modelos duais de saúde mental. A resiliência, enquanto capacidade de adaptação positiva ao *stress* e adversidade e de desenvolvimento pessoal, tem mostrado desempenhar um papel protetor ao mitigar o impacto do *stress* nos sintomas depressivos e perturbações de saúde mental.

No entanto, a resiliência no contexto de uma dimensão depressiva da personalidade permanece por esclarecer. A questão da presença de indicadores de resiliência em pessoas que apresentam traços depressivos da personalidade assume importância para a compreensão de mecanismos de adaptação positiva e prevenção da ocorrência de perturbação mental.

Nesse sentido, o presente estudo procura investigar e compreender as relações entre a dimensão depressiva da personalidade, a resiliência e a saúde mental, na população geral. Para além disso, procura investigar a relação entre saúde mental e os traços depressivos da personalidade na presença da resiliência e o inverso.

Se a resiliência tiver impacto nessas relações, as intervenções psicoterapêuticas no contexto da dimensão depressiva da personalidade devem considerar a incorporação de estratégias promotoras de resiliência de forma a mitigar o impacto dessa dimensão da personalidade no estado de saúde mental.

O interesse pela realização desta investigação prende-se com a prática clínica desenvolvida no contexto dos cuidados de saúde primários, em centro de saúde na zona Centro de Portugal. De um ponto de vista conceptual, relaciona-se com o interesse em modelos duais de saúde mental e integração de um enfoque nos recursos e potencialidades da pessoa, no desenvolvimento pessoal e florescimento, e na promoção e proteção da saúde mental e prevenção da doença.

A crescente preocupação com a saúde mental é igualmente expressa nas políticas públicas de saúde, constituindo o Programa Nacional de Saúde Mental, ao nível do Sistema Nacional

de Saúde, um dos programas nacionais prioritários da Direção-Geral de Saúde (Despacho n.º 6401/2016, de 16 de maio, do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde).

Este documento encontra-se organizado em sete secções. Na primeira secção introduzimos o tema de investigação. Na segunda, o enquadramento teórico, são abordados os conceitos de Dimensão depressiva da personalidade, Resiliência e Saúde mental, de acordo com a revisão de literatura realizada. Na terceira secção são apresentados os objetivos do estudo. Na quarta secção é descrito o método de investigação adotado, incluindo a caracterização dos participantes, os instrumentos utilizados, o procedimento geral e o procedimento estatístico. A quinta secção incide sobre os resultados obtidos no estudo. Na sexta secção é elaborada a discussão. Por fim, a sétima secção contempla as conclusões e limitações do estudo, assim como as linhas orientadoras para futuras investigações.

2. Enquadramento Teórico

2.1. A dimensão depressiva da personalidade

A depressão, entendida como uma perturbação do humor (*American Psychiatric Association*, 2013), apresenta atualmente uma elevada prevalência, afetando mais de 300 milhões de pessoas de diferentes idades no mundo. A perturbação depressiva constitui uma das causas mais importantes de incapacidade, contribui significativamente para a carga global de doença e constitui uma das perturbações de saúde mental mais frequentemente associadas ao suicídio (*World Health Organization*, 2017).

Segundo o primeiro relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Almeida & Xavier, 2013), as prevalências encontradas na população portuguesa adulta encontram-se entre as mais altas da Europa, em todos os grupos de perturbações. O grupo das perturbações do humor, com uma prevalência de 7.9%, constitui o segundo mais elevado, precedido do grupo das perturbações de ansiedade, com uma prevalência de 16.5%. As perturbações depressivas apresentam ainda um padrão de maior gravidade comparativamente aos outros grupos, com 11.7% de gravidade ligeira, 59% moderada e 29.3% grave. A perturbação depressiva major é uma das perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas na população estudada (6.8%), representando a larga maioria das perturbações do humor e constituindo uma das entidades nosológicas com maior estimativa de prevalência de vida na amostra estudada (16.7%). Deste primeiro estudo epidemiológico conclui-se que Portugal é um dos países onde a depressão assume maior gravidade e em que o intervalo de tempo entre o aparecimento dos sintomas e o início do tratamento é dos mais elevados – somente 37% das pessoas com depressão major tiveram uma consulta médica no primeiro ano da doença.

Na forma clínica, a depressão apresenta-se através de sintomas que afetam as áreas emocional, vegetativa, cognitiva, motivacional, comportamental e relacional, tendo como componentes nucleares o humor deprimido e/ou diminuição de interesse ou prazer nas atividades, com sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento em áreas importantes da vida da pessoa (APA, 2013). O fenómeno clínico assume diferentes formas, remetendo para um ou mais quadros diagnósticos e a formas variáveis em intensidade, sintomatologia, temporalidade e repercussões no funcionamento. A depressão encontra-se

associada a múltiplos fatores ao nível biológico e genético, psicológico, interpessoal e socioambiental (Gilbert, 1992, cit. por Campos, 2009; Jones, 1998, cit. por Campos, 2009).

Inicialmente entendida como uma entidade clínica, psiquiátrica ou psicopatológica, a depressão pode também ser conceptualizada como experiência interna, presente não só em indivíduos clinicamente deprimidos mas também nos sujeitos normais (Blatt, D’Afflitti e Quinlan, 1976). A depressão pode assim ser conceptualizada sob diferentes perspetivas, como quadro clínico, personalidade ou estado afetivo (Campos, 2009).

A relação entre a depressão e a personalidade e o conceito de dimensão depressiva da personalidade foram aprofundadamente discutidos por Campos (2009). Utilizaremos o seu trabalho como fio condutor para abordar este problema, complementando-o, no entanto com outras referências.

Diferentes tipos de relação entre a doença depressiva e a personalidade foram conceptualizados, como os modelos etiológicos, patoplásticos, de espectro ou subclínicos e de complicação (Akiskal, Hirschfeld, & Yerevanian, 1983).

Klein e Miller (1993) referem que a personalidade depressiva é uma condição clínica importante que não se reduz ao grupo das perturbações do humor mas que pode ser vista como pertencendo ao espectro afetivo. Todavia o constructo de perturbação depressiva da personalidade existe em torno de controvérsia, nomeadamente se constitui ou não uma perturbação efetivamente distinta, nomeadamente da distímia, ou se uma melhor conceptualização dependerá de modelos dimensionais (Bagby, Ryder & Schuller, 2003; Campos, 2009; Huprich, 1998).

A perturbação depressiva da personalidade, ou personalidade depressiva, tem sido estudada por clínicos e investigadores desde o início do século XX, pela fenomenologia alemã desde os anos 20, pela escola psicanalítica nos anos 60 e 70 e mais recentemente pela escola cognitivista e o modelo médico (Campos, 2009; Bagby et al., 2003).

A descrição da personalidade depressiva encontra-se em grande parte na literatura psicanalítica. A obra *Luto e Melancolia* de Freud (1917/1980) influenciou consideravelmente todos os desenvolvimentos posteriores sobre a reação depressiva. Para o autor, ambos o luto e a melancolia constituiriam reações à perda de um objeto significativo, no entanto, na melancolia encontrar-se-ia uma forma patológica de manifestação, uma vez que se assiste, para além de uma perda objetal, a uma perda ao nível do próprio ego. Encontramos nesse processo a perda da autoestima, autoacusação e culpa. A agressividade sentida pelo objeto não gratificante, mas ainda assim do qual o sujeito depende, passa a ser dirigida contra o próprio, ou melhor, contra a parte que se identificou ao objeto, ou expressa na ambivalência.

À medida que a raiva contra o objeto perdido é dirigida contra o próprio, a estrutura de carácter do sujeito torna-se mais negativa e depressiva, derivado do conflito interno inconsciente (Huprich, 1998).

Na sua descrição clássica da doença maníaco-depressiva em 1921, Kraepelin (cit. por Bagby et al., 2003) refere-se ao *temperamento depressivo* como um dos *estados fundamentais* que predis põem os indivíduos à doença depressiva. Posteriormente, em 1925, Kretschmer (cit. por Bagby et al., 2003) refere que os traços depressivos podiam ser frequentemente observados em indivíduos normais, no contexto do desenvolvimento do carácter e numa visão de continuidade entre o temperamento e a doença. Schneider em 1959 (cit. por Bagby et al., 2003) rejeita ainda a noção da psicopatologia da personalidade poder ser classificada como doença mental, nomeadamente a que o autor denominou como *psicopatia depressiva*.

As perspetivas psicanalíticas e psicodinâmicas procuraram, ao invés de estabelecer categorias ou tipos de personalidade depressiva, focar-se nos traços de personalidade que se pensava aumentarem o risco para a depressão. Apesar das diferenças sobre a sua etiologia, de ênfase desenvolvimental na psicanálise e biológica na psiquiatria alemã, as descrições clínicas de uma e outra perspetiva não diferem substancialmente (Klein & Vocisano, cit. por Campos, 2009). Em ambas as perspetivas encontramos traços como a baixa autoestima, desamparo, culpa, hipercriticismo, autodepreciação, desesperança, vazío, submissão e hipocondria (Bagby, Ryder & Schuller, 2003).

A depressão tem sido igualmente caracterizada pela alteração do afeto, como na conceptualização de Brenner em 1974 (cit. por Campos, 2009). Para o autor o afeto depressivo, na linha do modelo de *ansiedade-sinal* de Freud, funcionaria como um sinal de que algo negativo ocorreu, seria uma resposta a uma recordação, por vezes inconsciente, de um *desastre* na infância, e à fantasia de que um desastre semelhante ocorreu no presente. Coelho (cit. por Campos, 2009) entende a depressão como a resposta possível, embora desadaptativa, face à perda emocional, o que designa de resposta *hipernormal*.

Numa perspetiva dimensional, é considerada a existência de uma continuidade entre o normal e o patológico. A depressão entendida como um estado afetivo básico pode constituir-se entre uma resposta adequada, ligeira e transitória a acontecimentos de vida stressantes e estados clínicos profundos, graves e crónicos (e.g. Blatt, D’Afflitti e Quinlan, 1976; Coimbra de Matos, 2001; Flett, Vredenburg & Krames, 1997, cit. por Campos, 2009; Jones, 1988, cit. por Campos, 2009). As experiências internas e subjetivas poderiam ser vivenciadas por pessoas que não estariam clinicamente deprimidas bem como em pessoas que apresentam depressão clínica. Essas experiências poderiam desencadear mal-estar e alterações no

funcionamento e constituírem fatores de vulnerabilidade ou predisposição à depressão clínica (e.g. Blatt, D’Afflitti e Quinlan, 1976; Coimbra de Matos, 2001; Flett, Vredenburg & Krames, 1997; Campos, 2009).

Assente na noção de continuidade, Sydney Blatt (1974, 2004) identifica no seu modelo dois tipos de depressão, a depressão anaclítica ou de dependência, com ênfase na dimensão das relações interpessoais, e a depressão introjetiva ou de autocrítico, com ênfase na dimensão da definição do *self*. Os dois tipos de depressão diferem igualmente nos seus *antecedentes distais* presentes em experiências infantis e consequente estruturação de representações internas, que criam uma predisposição para um tipo ou outro de experiências depressivas.

A depressão anaclítica é caracterizada pelos temas de disponibilidade de amor, cuidado e apoio, uma necessidade marcada de manter laços de apoio com o objeto, vulnerabilidade à perda desse objeto e a sentimentos de solidão, tristeza, rejeição e abandono. O medo central é o de ser abandonado, com sentimentos de não ser amado ou desejado, de desamparo, de fraqueza e de se esvaziar e um sentimento de ser incapaz de encontrar gratificação e conforto.

A depressão introjetiva é caracterizada por temas de autodefinição, separação e autonomia, necessidade marcada de reconhecimento e vulnerabilidade a sentimentos de fracasso, desvalorização, inferioridade e culpa. O medo central é o de não ser amado e merecedor de amor, de não corresponder às expectativas do objeto e de perder o seu amor, aprovação e aceitação. Existe a tendência para o perfeccionismo e a assunção de responsabilidade. No entanto, dada a dinâmica interna, a capacidade de satisfação (*enjoyment*) encontra-se perturbada, bem como o processo de autoestima.

Para Blatt (2004), os dois tipos de depressão ou experiências depressivas interligam-se num mesmo *continuum* e podem coexistir. São entendidos ainda como dois estilos de personalidade que podem predispor à depressão e que implicam vulnerabilidade face a acontecimentos de vida stressantes ou na presença de traumas próximos que tenham ressonância com a predisposição anterior. Por exemplo, a perda ou rutura de uma relação significativa ou outros *stressores* interpessoais para os indivíduos com marcada dependência na dimensão interpessoal e o fracasso ou desilusão em objetivos e na realização pessoal para os indivíduos com autocrítica excessiva.

Na sua teorização sobre a personalidade, Blatt (2004) caracteriza o seu desenvolvimento como um entrelaçar dialético entre o desenvolvimento de relação interpessoal, ou a capacidade de estabelecer relação interpessoais gradualmente mais maduras, recíprocas e satisfatórias, e a autodefinição, ou o desenvolvimento de uma autoidentidade realista,

essencialmente positiva e gradualmente mais integrada. Uma ênfase excessiva numa destas dimensões predisporia para a depressão. No entanto, um equilíbrio entre o desenvolvimento destas duas capacidades contribuiria para a evolução recíproca ao nível da identidade, autonomia e relações interpessoais estáveis. Estas componentes integram a atual definição de saúde mental, abordada posteriormente no presente estudo.

A teoria de Blatt integra várias perspectivas teóricas, como as perspectivas psicanalíticas, do desenvolvimento, vinculação e relações de objeto, convergindo igualmente com as teorias contemporâneas como a perspectiva cognitivo-comportamental da depressão de Beck (1983).

A perspectiva de Coimbra de Matos (2001) sobre a perturbação mental assenta igualmente na noção de continuidade, da patologia à saúde mental, observando-se linhas (ou contínuos) de psicopatologia, incluindo a linha depressiva. O autor distingue *depressão ou estado depressivo* e *depressividade ou personalidade depressiva*, sendo que “o conjunto é a doença depressiva: uma personalidade depressiva (com traços egossintónicos de que sobressaem o humor depressivo e a irritabilidade) em que surgem episódios depressivos (com sintomas egodistónicos, de desânimo, tristeza, inferioridade e culpa).” (p. xvii). Distingue ainda *depressibilidade* enquanto a capacidade de se deprimir no indivíduo normal, de fazer uma *depressão normal* reativa em face da perda, onde o sentimento central é a tristeza. Na depressão propriamente dita, clínica, o sentimento central é antes o abatimento, uma diminuição da energia psíquica e vital, da líbido, da motivação e do interesse pelo real, mas também de impotência e incapacidade, de pessimismo e medo do futuro. O fenómeno central seria a perda afetiva na infância, perda do amor do objeto, que continua investido e idealizado na sua representação inconsciente, explicando a queda libidinal. O estilo relacional é marcado pela dependência ao objeto provisor de satisfação e de apoio, com escassos comportamentos de autonomia e expansividade do eu.

O autor distingue, como encontramos igualmente no modelo anterior, modelos clínicos de depressão muito embora considere que diferentes entrelaçamentos das componentes da história de estruturação da personalidade do sujeito conduzirão a diferentes tipos de estrutura depressiva. De salientar ainda a compreensão da dimensão depressiva em todo o espectro da perturbação mental, como na psicossomática (*depressão falhada*), psicose e perturbação limite.

Entre os tipos de depressão encontramos em Coimbra de Matos (2001, 2002, 2003) a depressão simples, anaclítica, e a *depressão introjetiva*, estrutural. A primeira deriva da perda de apoio, da rotura da relação de proteção, onde predomina a angústia de separação e o desamparo (*helplessness*), própria das organizações *borderline*. A depressão propriamente

dita, introjetiva, deriva da perda de afeto, da rotura da relação afetiva, predominando a baixa autoestima, o autocriticismo e a desesperança (*hopelessness*).

Na depressão introjetiva podem prevalecer ainda sentimentos de culpa e inflexão interna da agressividade, com introjeção, apropriação das propriedades negativas do objeto e projeção das partes boas do *Self*, constituindo a *depressão de culpabilidade ou masoquista*. Ao prevalecerem antes sentimentos de vergonha, inferioridade e ruína narcísica, com disparidade entre a autoimagem vivida como real e a imagem idealizada e desejada do próprio, bem como a idealização do outro/desidealização do próprio, constituir-se-ia a *depressão narcísea ou de inferioridade*. De realçar que os tipos de depressão entrecruzam-se e interligam-se, podendo ainda ocorrer o que o autor designa por *depressão mista*, com uma mistura de atributos de depressão anaclítica e depressão introjetiva (Coimbra de Matos, 2001).

Para Coimbra de Matos (2001), a saúde mental não poderá existir “sem liberdade de amar, apreço por si mesmo e força psíquica para realizar. Mas esta tríade do bem-estar não tem existência possível enquanto um ideal megalómano e/ou um opressor tirânico imperarem sobre a vida individual.” (p.306).

Em suma, nas teorias psicanalíticas e psicodinâmicas, a descrição da estrutura da personalidade depressiva encontra-se associada ao sujeito parecer negativo, pessimista e extremamente sério na sua orientação face à experiência e às interações com os outros e o mundo, o que derivaria do sentimento de perda afetiva precoce na relação com o objeto e redirecionamento da raiva para o *self*. Este padrão inconsciente de frustração e desapontamento seria ativado em várias situações, especialmente aquelas em que a perda ou frustração ocorre (Huprich, 1998).

Da literatura sobre a relação entre personalidade e depressão e o conceito de personalidade depressiva, assim como da investigação que realizou, Campos (2009) defende o conceito de dimensão depressiva da personalidade, concebida como um conjunto de diferentes tipos de traços estáveis e que corresponde a um contínuo ou espetro. Os extremos deste contínuo, segundo o autor, podem ser sinónimos de distintas formas depressivas clínicas, ou constituir vulnerabilidade para apresentar episódios de depressão clínica.

Para Campos (2009), os traços depressivos seriam assim características que o sujeito exhibe num grande número de situações e que por isso fazem parte do seu estilo de funcionamento, que podem constituir sintomas crónicos e que se embutiram na personalidade, ou características de personalidade depressiva ou vulnerabilidade para a depressão. Todos os sujeitos seriam suscetíveis de exibir estas características, em maior ou menor grau, o que pode ser avaliado de modo distinto relativamente ao estado sintomático atual.

Independentemente de *estar* ou não deprimido no momento presente, poderemos ponderar a dimensão depressiva da personalidade na vivência pessoal e no bem-estar da pessoa. Uma maior expressão da dimensão depressiva da personalidade teria um maior impacto na saúde mental e bem-estar. Implicaria uma maior vulnerabilidade à depressão, cujo impacto se relaciona por sua vez não só com o sofrimento clínico mas também com o risco de recorrência e consequências a longo prazo da depressão (Burcusa & Iacono, 2007; Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Almeida, 2005). Importa assim conhecer que fatores poderão contrapor a influência da dimensão depressiva no funcionamento das pessoas e da sua capacidade de resiliir, que poderão originar sentimentos de maior satisfação, força psíquica e apreço por si, os outros e a vida.

2.2. Resiliência

Dada a vulnerabilidade multifatorial para a depressão e conhecendo que alguns sujeitos deprimem e outros não, ou que existem períodos livres de sintomatologia depressiva, poderá a resiliência, ou os processos de resiliência, terem influência na capacidade e processos de adaptação, manutenção de saúde mental e transformação?

A resiliência é usualmente definida na literatura em termos de duas componentes, a capacidade de persistir ou recuperar de contextos de adversidade ou trauma e a capacidade de continuar a desenvolver de forma saudável em resposta a eventos potencialmente stressantes (Luthar, Cicchetti, & Becker 2000; Masten & Obradovic, 2008, cit. por Masten & Wright, 2010).

A origem do conceito provém das ciências físicas, designando a resistência do material a choques elevados e a capacidade de uma estrutura para absorver a energia cinética do meio sem se modificar (Anaut, 2002). A resiliência no campo da psicologia, psicopatologia, biologia, sociologia e neuropsicologia tem vindo a ser objeto de inúmeros estudos do ponto vista da teoria, investigação e prática. O conceito integra contributos das teorias psicanalíticas, desenvolvimentais e comportamentais e incorpora as abordagens clínicas, psicopatológicas e socioeducativas contemporâneas (Anaut, 2002).

Em *Além do Princípio de Prazer*, Freud (1920/1996) refletiu sobre a realidade psíquica e a sua relação com a realidade exterior, supondo a existência de aparelhos de proteção na psique, que funcionariam como filtros contra as excitações exteriores excessivas. A reflexão nos

estudos psicanalíticos posteriores sobre os mecanismos de defesa do ego e os processos de mentalização conduzem à ideia de resiliência, entendida como um processo de reorganização psíquica após o trauma ou situação adversa (Anaut, 2002). Em *Inibição, sintoma e angústia* de Freud (1925/1978) encontramos ainda a questão da variabilidade interindividual das respostas perante situações, incluindo as fantasmáticas, potencialmente traumatogênicas.

A vulnerabilidade, entendida como o estado de menor resistência a fatores nocivos, encontra-se associada a fatores pessoais de personalidade e de desenvolvimento, incluindo eventuais predisposições genéticas e biológicas, fatores socioambientais, de configuração relacional familiar, e acontecimentos de vida ou contextos socioeconômicos, e conjuga fatores de risco e fatores de proteção, traduzindo a variabilidade pessoal perante acontecimentos e contextos similares (Anaut, 2002).

Os primeiros estudos sobre o conceito de resiliência surgiram nos países anglo-saxônicos e norte-americanos, nos anos 60 e 70. Os investigadores documentaram um elevado número de crianças que apesar de crescerem em circunstâncias socioeconômicas adversas tendiam a apresentar um desenvolvimento saudável (Bonanno & Mancini, 2011; Masten, Monn & Supkoff, 2011). Estes estudos mostraram que a resiliência em crianças em risco é comum, existindo também ao longo do ciclo de vida, e constituem um corpo de evidência de que a resiliência possa corresponder à capacidade e mecanismos de adaptação usuais no ser humano enquanto sistema vivo (Masten, 2001).

Os primeiros trabalhos, com enquadramento na psicopatologia do desenvolvimento, contribuíram ainda para a síntese de dois focos na Psicologia, um com incidência nos problemas de saúde mental e o outro no desenvolvimento saudável, sendo posteriormente estudada no âmbito do ciclo de vida. É entendida como um processo dinâmico que pode ser aplicado a uma pessoa, família, organização, comunidade, capaz de informar políticas e programas que promovam o potencial das pessoas e ao mesmo tempo a prevenção de problemas de saúde mental (Masten, 2001; Masten, Monn, & Supkoff, 2011).

A investigação na resiliência tem vindo a ser desenvolvida ao longo de quatro gerações (Masten & Wright, 2010; Richardson, 2002). A primeira onda de investigação, descritiva, teve como foco a definição e mensuração da resiliência, com o objetivo de identificar os fatores associados a este conceito vasto, revelando com um elevado grau de consistência as qualidades individuais, relações e recursos que predizem a resiliência e funcionam como fatores protetores. As ondas subsequentes de investigação investiram no estudo dos processos através dos quais a resiliência ocorre (segunda onda), da promoção da resiliência através da intervenção (terceira onda) e de como a resiliência funciona desde um nível molecular das

células e até ao macro nível das sociedades (quarta onda), integrando ciências como a neurobiologia e a estatística.

Não obstante, permanecem questões em torno das dificuldades de consenso relativamente à sua definição, operacionalização e mensuração (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010; Layne, Warren, Watson, & Shalev, 2007; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). No que concerne a sua conceptualização, a resiliência é entendida como um resultado, um processo, um traço de personalidade, ou integra o conjunto destas componentes?

Apesar de diferentes conceptualizações, a resiliência é considerada multidimensional e dinâmica. A investigação sugere relativo consenso sobre a resiliência não depender somente de características tipo traço, ou da personalidade, mas antes em modelos mais globais e ecológicos (e.g. Bonanno & Mancini, 2011; Masten, Monn, & Supkoff, 2011). A pessoa face à adversidade pode apresentar ainda competência numa área mas não em outras e a capacidade de resiliência pode variar consoante a fase de desenvolvimento, a situação e a cultura (e.g. Bryant, 2015; Davidov et al, 2010).

Os fatores psicossociais associados à resiliência mais estudados incluem fatores individuais, familiares e sociais, na linha da perspetiva ecológica. Entre os quais, emoções positivas e otimismo, regulação emocional cognitiva, estratégias de *coping* flexíveis e pragmáticas, espiritualidade, bem-estar subjetivo, criatividade, gratidão, perseverança, adaptabilidade, tolerância, autoconfiança, significado para a vida e outros recursos que incluem apoio familiar, níveis de suporte social e experiências de vinculação segura na infância (Anaut, 2002; Meyer & Mueser, 2011; Southwick, Pietrzak & White, 2011).

Com o avanço das neurociências, tem sido possível o estudo dos fatores neurobiológicos associados à resiliência. A neurobiologia da resiliência inclui processos complexos e inúmeras regiões e circuitos cerebrais, neurotransmissores e o sistema endócrino, envolvidos na resposta de medo, recompensa, regulação emocional e comportamento social. Ao longo da vida, agentes genéticos e ambientais interagem com e modelam o circuito responsável pela resposta de *stress*. Os estudos da neurobiologia sugerem que, devido à dinâmica dos sistemas neuronais, a resiliência pode ser entendida como um estado fluído, por oposição a um traço estático e como um processo dinâmico. Consequentemente, as pessoas podem tornar-se mais resilientes através da promoção de fatores potencialmente protetores (Feder, Charney & Collins, 2011).

Ao nível individual, o conceito de resiliência conduziu os investigadores a desenvolver índices de *adaptação positiva*. Segundo Richardson (2002), a resiliência refere-se a diferenças individuais ou experiências de vida que ajudam as pessoas a lidar positivamente com a

adversidade, que as tornam mais aptas a lidar com o *stress* no futuro e que conferem proteção contra o desenvolvimento de perturbações mentais sob *stress*.

Pensarmos a resiliência do ponto de vista individual será pensar num papel preditivo que a personalidade poderá ter, como vimos, no contexto de modelos mais globais e multivariados (Bonanno & Mancini, 2011). Numa perspetiva estrutural, alguns traços de personalidade parecem contribuir para uma adaptação positiva no confronto com a perda ou situações adversas.

Os traços de personalidade mais estudados que contribuem para a resiliência refletem um sentido de *self* diferenciado, integrado e forte e traços que promovem relações interpessoais fortes e recíprocas, bem como uma orientação positiva para o futuro (Skodol, 2010). Esta constelação remete-nos para o equilíbrio entre as dimensões de relação interpessoal e autoidentidade presente no modelo de Blatt (2004) anteriormente descrito.

Um conceito relacionado com o de resiliência será o de *hardiness* originalmente desenvolvido por Kobasa (1979, cit. por Miller & Harrington, 2011). Inclui três componentes: *compromisso*, a tendência para se envolver, encontrar significado e sentido para as atividades diárias e a própria existência, e perseverança, ao invés de alienação; *controlo*, o sentimento de autonomia e capacidade percebida para influenciar o seu curso de vida e lidar com as experiências, por oposição ao desamparo; e *desafio*, crença de que a mudança integra a experiência normal ao longo da vida e tendência para a perceber como uma oportunidade de crescimento em vez de uma ameaça.

Skodol (2010) sintetiza conceitos de sentimentos de identidade e valor; autoconhecimento e aceitação; de agência, mestria e controlo; planeamento e procura de significado; mecanismos defensivos como o humor e a sublimação; gestão de emoções negativas e adiamento da gratificação; e o desenvolvimento e manutenção de relações sociais recíprocas, procura de suporte social e comportamento pró-social. Estes traços agiriam como amortecedores face à adversidade, possibilitando o desenvolvimento de estratégias e comportamentos adaptativos e suscetíveis de reduzir a intensidade e a duração da responsividade ao *stress* e os efeitos da exposição ao *stress* na psicopatologia.

Ao contribuírem no seu conjunto para níveis de funcionamento adaptativo mais elevados, estes traços poderiam ser entendidos como recíprocos das perturbações de personalidade, que constituem padrões de perceção, pensamento e relação mais inflexíveis e desadaptativos, caracterizados por défices no autoconceito e na capacidade para as relações interpessoais (Skodol, 2011). Todavia uma avaliação compreensiva poderia incluir a avaliação dos traços associados à resiliência na avaliação da personalidade, não como a ausência de traços

associados às perturbações de personalidade, mas como a presença de traços adaptativos e saudáveis. Contemplar esta dimensão pode trazer implicações significativas para o tratamento, particularmente numa intervenção precoce, e para a prevenção no que concerne as perturbações de saúde mental.

2.3. Saúde mental

O conceito de saúde mental, com evolução ao longo do tempo, tem vindo a tornar-se mais abrangente, integrando diversas vertentes.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde mental é definida como um estado de completo bem-estar mediante o qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial e capacidades e é capaz de lidar com o *stress* normal da vida, de trabalhar de forma produtiva e frutífera e de contribuir para a sua comunidade (WHO, 2004). A saúde mental é assim entendida como a fundação para o bem-estar, o funcionamento efetivo e o desenvolvimento do indivíduo e das comunidades, sendo que os valores centrais desta definição parecem ser consistentes com a sua interpretação em diferentes culturas, apesar das diferenças culturais, de contexto e de idade, entre outras, influenciarem o modo como as pessoas definem a saúde. A dimensão positiva da saúde mental é salientada na definição de saúde da OMS, em que a saúde é entendida como um estado completo de bem-estar e não somente como a ausência de doença (WHO, 2004).

Três ideias centrais decorrem da presente definição de saúde mental. A saúde mental é parte integrante da saúde, é mais do que a ausência de doença e está intimamente associada à saúde física, ao comportamento e a fatores socioeconómicos e ambientais (WHO, 2004). Decorre ainda o entendimento da saúde mental, física e social como interdependentes e integrativas de um conceito mais global de saúde. É reconhecida assim a influência dos fatores biológicos, psicológicos e sociais nos processos de saúde e de doença mental e física (WHO, 2004).

A conceptualização da saúde mental em diferentes estudos tem incluído componentes como emoções positivas, bem-estar subjetivo, traços de personalidade, incluindo os traços psicológicos de autoestima, mestria, estratégias de *coping* adaptativas e resiliência, enquanto capacidade de lidar com a adversidade (WHO, 2004). A Psicologia Positiva demonstrou que o aumento das virtudes positivas ou pontos fortes estão associados a um melhor funcionamento

físico, psicossocial e psicológico, e menor doença mental (Seligman & Csikszentmihalyi 2000).

A saúde mental passou assim a ser considerada como um todo, ou seja, para além da presença ou ausência de doença mental, deve incluir ainda a presença ou ausência de indicadores de saúde mental positiva, conduzindo a perspetivas como o *Modelo dual de saúde mental* que procura incluir a avaliação do bem-estar subjetivo e que entende que os dois fatores, bem-estar e sintomatologia psicopatológica, constituem *continuums* correlativos e indicadores indispensáveis à avaliação da saúde mental (Wang, Zhang e Wang, 2011; Westerhoff & Keyes, 2010).

A investigação tem evidenciado dados que suportam que a regulação de respostas emocionais negativas e respostas emocionais positivas estão associadas a estruturas neuronais distintas (Zautra, Hall, & Murray, 2011) e que as emoções positivas coocorrem com emoções negativas durante circunstâncias de *stress* (Ong, Bergeman, & Chow, 2011). O estudo da resiliência aponta uma nova abordagem na investigação em psicopatologia, de forma a incluir um enfoque na adaptação positiva em resposta ao *stress* (Bonanno, 2004). Mais ainda, o movimento da Psicologia Positiva implica uma visão mais alargada da experiência humana, que inclui o estudo e compreensão das *forças individuais, talentos e virtudes* bem como adaptação positiva e desenvolvimento (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000)

Galderisi, Heinz, Kastrup, Beezhold e Sartorius (2015) a favor de uma definição e abordagem mais inclusivas e independentes de valores culturais, bem como mais próxima da experiência humana, que incluiu experiências positivas e negativas, fases de satisfação e outras desafiantes, propõem a seguinte definição de saúde mental:

“A saúde mental é um estado dinâmico de equilíbrio interno que permite aos indivíduos utilizar as suas capacidades em harmonia com os valores universais da sociedade. Competências cognitivas e sociais básicas; capacidade de identificar, expressar e regular as suas próprias emoções, assim como empatizar com os outros; flexibilidade e capacidade de lidar com acontecimentos de vida adversos, bem como o funcionamento nos papéis sociais; e uma relação harmoniosa entre corpo e mente, representam componentes importantes de saúde mental, que contribuem, em diferentes graus, para o estado de equilíbrio interno.” (p. 231)¹

¹ Traduzido pela autora: “Mental health is a dynamic state of internal equilibrium which enables individuals to use their abilities in harmony with universal values of society. Basic cognitive and social skills; ability to recognize, express and modulate one's own emotions, as well as empathize with others; flexibility and ability to cope with adverse life events and function in social roles; and harmonious relationship between body and mind represent important components of mental health which contribute, to varying degrees, to the state of internal equilibrium.”

A definição proposta é entendida como mais compatível com a perspectiva do movimento de recuperação (*recovery*) e capacitação (*empowerment*) na saúde mental, enquanto processos de atingir uma vida satisfatória e valorizada, construída através das funções mantidas, apesar de outras funções poderem apresentar limitações.

A promoção, proteção e recuperação da saúde mental, bem como a prevenção da doença devem constituir assim um objetivo dos indivíduos, comunidades e sociedades, de forma global e intersectorial (WHO, 2004).

No que concerne a depressão, a prevenção requer a combinação de iniciativas estruturais, nomeadamente ao nível das desigualdades socioeconómicas, intervenções universais, como a literacia para a saúde, e intervenções indicadas. Ao nível universal, a prevenção da depressão deve proporcionar aos indivíduos um sentimento de identidade e autorrespeito e sentimentos de significado na vida, mestria, pertença, segurança, apoio social e de participação e envolvimento (Wahlbeck, Cuijpers, & Holte, 2015). O incremento da resiliência e a redução de fatores de risco associados à depressão não só contribuiriam para a prevenção da depressão como beneficiariam igualmente a sociedade no seu todo, tendo ainda em conta os dados de prevalência e carga da doença referida no primeiro ponto.

Embora quanto mais precocemente as intervenções são implementadas (por exemplo, na infância, anos pré-escolares e escolares), maior o retorno em saúde mental, também os programas de prevenção da depressão têm mostrado eficácia na população adulta e em múltiplos níveis – individual, familiar e comunitário – embora a sua utilização não seja ainda expressiva ao nível da saúde pública ou dos cuidados primários, inclusive em Portugal (Programa Nacional para a Saúde Mental, 2016; Wahlbeck, Cuijpers, & Holte, 2015; WHO, 2004). De salientar ainda a importância da acessibilidade aos cuidados de saúde e aos cuidados psicológicos.

Investigações recentes mostram ainda que a promoção do bem-estar ou de outros processos como o *mindfulness* podem prevenir os processos de recaída prevalentes na depressão, que constituem um dos desafios para o seu tratamento (Fava & Tomba, 2009; Kent & Davis, 2010).

Ao longo dos anos, tem existido um enfoque nos fatores de risco (e.g. genéticos, psicológicos, comportamentais, ambientais) e etiologia de determinadas doenças. Apesar da sua importância, a necessidade de estudar as pessoas que apresentam fatores de risco e que não desenvolvem um estado sintomatológico é de extrema relevância. Conhecermos, para além do risco, capacidades e forças, pode contribuir para o desenho das intervenções ao nível

da prevenção e ao nível clínico (Kent & Davis, 2010; Zautra, Hall, & Murray, 2010), incrementando a adaptação positiva e o desenvolvimento saudável.

2.3.1. Estudos sobre saúde mental, dimensão depressiva da personalidade e resiliência

A saúde mental é uma componente importante da adaptação e desenvolvimento do indivíduo. As propostas de modelos duais de saúde mental implicam uma avaliação mais compreensiva da saúde mental dos indivíduos, que deverá assim incluir indicadores positivos e negativos.

Quando consideramos o conceito de dimensão depressiva da personalidade e o conceito de resiliência, parece que nos situamos em pontos opostos de como o indivíduo se relaciona consigo mesmo, com os outros e face aos acontecimentos de vida. No entanto a avaliação de ambos os fatores numa perspetiva mais abrangente seria indicada.

Importa conhecer a relação de ambos os constructos, dimensão depressiva de personalidade e resiliência, com a saúde mental. No caso da resiliência, damos enfoque à resiliência tipo traço, uma vez que o presente estudo não ocorre no contexto pós-adversidade, mas independentemente da sua ocorrência. Nesta perspetiva, a resiliência é entendida enquanto um conjunto de características individuais suscetíveis de ajudar o indivíduo a lidar com a adversidade e a atingir um ajustamento e desenvolvimento positivos e constituindo em si um recurso psicológico (Connor & Davidson, 2003), protetor face à vulnerabilidade de desenvolver sintomatologia psiquiátrica num contexto de *stress* (Fredrickson, Tugade, Wargh, & Larkin, 2003).

Campos (2009) investigou a relação entre traços depressivos, o estado depressivo sintomático e a ocorrência anterior de estados depressivos, indicador de vulnerabilidade para a depressão. Os resultados confirmaram a hipótese de uma correlação significativa entre os traços depressivos, medidos através do instrumento que desenvolveu, *Inventário de Traços Depressivos* ITD) e os sintomas depressivos, medidos através do *Inventário de Depressão de Beck-II* (BDI-II). Verificou igualmente que os sujeitos que apresentavam mais traços depressivos relatavam momentos de depressão anteriores mais significativos, avaliados pelo *Questionário de História Depressiva* (QHD).

Os traços depressivos de personalidade estariam assim correlacionados com índices negativos de saúde mental, na linha da perturbação depressiva, e implicariam portanto

vulnerabilidade a estados de menor saúde mental. Esta conceptualização tem por base uma lógica de diátese/*stress*, em que predisposições individuais, como variáveis de personalidade, em interação com experiências de vida stressantes, como perdas, insucessos e desapontamentos ou a acumulação de eventos negativos, internos e externos, podem constituir uma vulnerabilidade para a depressão e desencadear a depressão clínica.

Por outro lado, a resiliência encontra-se relacionada com indicadores positivos de saúde mental. Hu, Zhang e Wang (2015) no seu estudo de meta-análise sobre a relação entre resiliência enquanto traço de personalidade e saúde mental concluíram que a resiliência-traço apresentava uma correlação negativa com indicadores negativos de saúde mental e uma correlação positiva com indicadores positivos de saúde mental. Os níveis de resiliência tipo traço eram mais baixos nos indivíduos que apresentavam taxas mais elevadas de depressão, ansiedade ou afeto negativo e mais altos nos indivíduos que apresentavam níveis mais elevados de satisfação com a vida e afeto positivo. Os autores consideram que a resiliência desempenha um papel fundamental na promoção de um estado positivo de saúde mental e na redução de indicadores negativos.

Haddadi e Besharat (2010) encontraram numa amostra de estudantes universitários iranianos resultados similares. A resiliência-traço, medida através da *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) estava positivamente correlacionada com o bem-estar psicológico e negativamente correlacionada com índices de vulnerabilidade incluindo *distresse* psicológico, depressão e ansiedade, medidos através do *Mental Health Inventory* (MHI), *Beck Depression Inventory* (BDI), *Beck Anxiety Inventory* (BAI) e *General Health Questionnaire* (GHQ).

A investigação aponta ainda para a relação entre a resiliência e fatores como a afetividade, dimensões de personalidade, *coping* e saúde mental.

Fredrickson (2001) defende o papel das emoções positivas como ingredientes ativos nos processos de lidar com e superar a adversidade. Na sua teorização, *Broaden-and-build theory of positive emotions*, e na linha de outros autores, as emoções positivas têm uma função adaptativa e única uma vez que alargam o repertório de pensamento-ação dos indivíduos, o que ao longo do tempo contribui para a construção de recursos ao nível físico, social, intelectual e psicológico.

Segundo o autor, as emoções negativas, como tristeza, raiva, medo e ansiedade, elevam a atividade do sistema nervoso autónomo e reduzem a atenção de forma a garantir ações específicas como o ataque ou fuga. As emoções positivas, como alegria, interesse, contentamento, orgulho e amor, por sua vez, tendem a diminuir a ativação autónoma e a

alargar o foco de atenção com base na criatividade, exploração e flexibilidade ao nível do pensamento. Desta expansão decorre uma melhoria nos mecanismos de *coping* face ao *stress*, como o reenquadramento positivo, o *coping* ativo e a atribuição de um significado positivo aos acontecimentos. A resiliência tipo traço estaria igualmente associada a outros recursos psicológicos, incluindo satisfação com a vida, otimismo e tranquilidade, entendidos como recursos duradouros aos quais os indivíduos podem recorrer para responder aos diferentes contextos de mudança (Fredrickson et al., 2003).

Burns e Anstey (2010) encontraram uma correlação positiva entre a resiliência e o afeto positivo, enquanto ambos o afeto positivo e a resiliência apresentaram uma correlação negativa com o afeto negativo. Fredrickson et al. (2003) encontraram resultados que ilustram que as emoções positivas explicam as relações entre a resiliência pré-adversidade (resiliência-traço) e o desenvolvimento posterior de sintomas depressivos e a resiliência pré-adversidade e o desenvolvimento posterior de recursos psicológicos de adaptação positiva. Os resultados sugerem que as emoções positivas constituem um fator protetor contra o impacto da adversidade e o desenvolvimento posterior de depressão.

Campbell-Sills, Cohan e Stein (2006) procuraram, de forma semelhante, compreender a relação entre a resiliência e traços de personalidade, estilos de *coping* e sintomas psiquiátricos em jovens adultos. Os autores concluíram que a resiliência covariava com alguns traços de personalidade e estilos de *coping* e moderava o impacto da adversidade (mau trato na infância) na saúde psicológica emocional. No seu estudo, a resiliência estava negativa e fortemente associada ao neuroticismo enquanto traço de personalidade. Resultados similares foram encontrados por Fredrickson et al. (2003). O neuroticismo implica uma tendência para emoções negativas, *coping* menos adaptativo e dificuldade de controlo dos impulsos (Costa & McCrae, cit. por Campbell-Sills et al., 2006), assim como vulnerabilidade a *distresse* ou perturbação emocionais. A resiliência estava igualmente associada positivamente com os factores de extroversão e conscienciosidade. Os autores referem que a relação com a extroversão reflete os benefícios do afeto positivo, da capacidade para a proximidade nas relações interpessoais e níveis elevados de interação social e atividade. O estilo de *coping* ativo, orientado para a resolução do problema estava positivamente associado à resiliência, enquanto o *coping* focado na emoção estava associado a baixos níveis de resiliência.

De salientar ainda que, no mesmo estudo de Campbell-Sills et al. (2006), a resiliência moderou a relação entre a descrição de negligência emocional durante a infância e sintomatologia psiquiátrica atual. Os indivíduos que descreveram negligência significativa e níveis baixos de resiliência apresentavam níveis altos de sintomatologia, enquanto indivíduos

com negligência significativa e níveis altos de resiliência não apresentavam praticamente sintomatologia, ao que os autores associam ainda a *teoria de inoculação do stress*, em que a exposição a níveis moderados de *stress* poderá incrementar uma adaptação positiva (Rutter, cit. por Campbell-Sills et al., 2006).

Southwick, Vythiligham e Charney (2005) estudaram regiões cerebrais, fatores genéticos e influências psicológicas e desenvolvimentais envolvidas na resiliência ao *stress* e em alterações depressivas e de ansiedade induzidas pelo *stress*. Fatores de resiliência neurobiológicos relacionados com as emoções positivas, otimismo, humor, espiritualidade, procura de significado, apoio social e *coping* ativo mostraram-se importantes nos processos de recuperação rápida face a acontecimentos negativos e na vulnerabilidade de perturbações do humor e da ansiedade.

A noção de que o potencial para a resiliência está presente em todas as pessoas, mesmo que comprometida em algumas (Masten, 2001) abre mais espaço na abordagem da depressão, sugerindo que mesmo as pessoas que apresentam psicopatologia podem exibir algumas características de resiliência (Waugh & Koster, 2015).

Não foram encontrados acerca da relação entre a resiliência e a dimensão depressiva da personalidade, mas antes sobre a sua relação com o estado depressivo sintomático em si.

Connor e Davidson (2003) ao aplicarem a escala que desenvolveram, *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC), na população geral e a pessoas com o diagnóstico de depressão e/ou ansiedade, encontraram uma variabilidade significativa nas suas respostas e demonstraram que a resiliência é modificável e pode ser melhorada com o tratamento (intervenção farmacológica) na perturbação de *stress* pós-traumático, correspondendo a indicadores de melhoria global. Os autores propõem que a escala poderá ser aplicada igualmente em contexto clínico com intervenções que promovam qualidades de resiliência junto dos sujeitos.

Min, Lee, Lee, Lee e Chae (2012) encontraram resultados semelhantes numa amostra clínica de pessoas com diagnóstico de perturbação depressiva, salientando a influência da resiliência nos resultados do tratamento, embora este fosse mais significativo em combinação com níveis baixos de ansiedade-traço. Os pacientes deprimidos com níveis elevados de resiliência e níveis baixos de ansiedade-traço eram dez vezes mais suscetíveis de atingir a resposta de tratamento comparativamente com os que apresentaram baixos níveis quer de resiliência quer de ansiedade-traço.

Em estudos posteriores, Min, Yu, Lee e Chae (2013) concluem ainda que a depressão e a ansiedade estão associadas à resiliência e que as evidências sugerem que estas perturbações mentais podem ser ajudadas através de intervenções promotoras de resiliência.

Os resultados evidenciaram que estratégias de regulação emocionais cognitivas contribuem para a resiliência em pacientes com depressão e ansiedade (Min et. al, 2013). A depressão e ansiedade apresentaram correlações negativas significativas com a resiliência. Estratégias de regulação emocional adaptativas estavam positiva e fortemente associadas à resiliência e negativamente associadas à depressão e ansiedade. Acresce ainda que baixos níveis de depressão e ansiedade constituíram preditores significativos de níveis mais elevados de resiliência. No modelo de depressão, o uso frequente de catastrofização e atribuição de culpa ao próprio; e o uso menos frequente de atribuição de um significado positivo e enfoque no planeamento para lidar com acontecimentos negativos constituíram preditores significativos da depressão. O planeamento constituiu a estratégia comum à depressão e à resiliência, podendo constituir uma estratégia adaptativa central em pacientes que apresentam depressão.

A resiliência mostrou ainda constituir um fator de proteção contra ideação suicida moderada a severa em pacientes com níveis elevados de perturbação depressiva (Min, Lee, & Chae, 2015).

Griffiths et al. (2015) estudaram que estratégias pessoais de resiliência eram sentidas por pessoas com diagnóstico de depressão como mais eficazes, avaliando ainda a influência do uso destas estratégias no processo de recuperação da depressão, com *follow-up* de um ano. Dos que usavam estratégias pessoais de resiliência, a maioria dos sujeitos referiu a expansão de recursos internos, comparativamente com os que referiram o suporte relacional ou ambos os tipos de estratégias. Os recursos internos incluíam uma maior consciência e construção de forças pessoais e virtudes e expansão de emoções positivas. Os resultados evidenciaram que a expansão de recursos internos estava associada à evolução favorável da depressão.

Em suma, o conceito de resiliência muda assim o foco da intervenção, primeiramente associada à redução dos défices associados à perturbação mental, para a promoção dos recursos pessoais positivos das pessoas que apresentam perturbação ao nível da saúde mental (Min et al., 2013). Duas implicações clínicas da resiliência e da sua relação com a saúde mental serão o seu papel protetor no desenvolvimento do estado sintomático face a eventos stressantes e o papel da promoção da resiliência ao nível da intervenção e da evolução clínica favorável, mesmo depois do desenvolvimento da perturbação depressiva.

3. Objetivos

Neste capítulo estabelecemos os objetivos da investigação e definimos as variáveis em estudo, tendo por base o enquadramento teórico apresentado no capítulo anterior.

Dada a dimensão depressiva da personalidade enquanto uma predisposição ou fragilidade relativamente à ocorrência de perturbação depressiva, caracterizada pelo sentimento de perda, mais ou menos consciente, interessa-nos conhecer, à luz da conceptualização contemporânea da saúde mental, *i.e.*, que contempla a avaliação de ambos os aspetos negativos e aspetos positivos, que factores poderão ser suscetíveis de auxiliar o sujeito a manter níveis de saúde mental. Fases livres de sintomatologia tratam-se de padrões de resistência, ou de recuperação (*recovery*)? Ou podem antes concorrer outros processos de resiliência, como o de adaptação positiva, transformação e desenvolvimento?

A resiliência, no presente estudo perspetivada enquanto traço, tem mostrado constituir uma predisposição para, diante de acontecimentos stressantes, não desenvolver perturbação psicológica. Os estudos parecem sobretudo focar a relação entre a resiliência e a perturbação depressiva, todavia não tanto a relação entre a mesma e a personalidade depressiva. O estudo da resiliência nos adultos carece ainda de maior investigação.

Nesse sentido parece-nos pertinente o estudo das relações entre as variáveis dimensão depressiva da personalidade, resiliência e saúde mental, bem como conhecer o impacto preditivo que a presença das duas primeiras variáveis possa ter ao nível da saúde mental. As variáveis género e idade constituem determinantes sociodemográficos da saúde mental, pelo que foram incluídas ambas as variáveis no estudo.

O interesse da investigação em resiliência tem sido crescente com vista a melhorar práticas e políticas em saúde mental. Modelos baseados na promoção da resiliência podem ser aplicados na prevenção da psicopatologia, na promoção de competências em pessoas com risco de desenvolver sintomatologia e em intervenções psicoterapêuticas.

O presente estudo tem assim como objetivo geral o estudo das relações entre as variáveis dimensão depressiva da personalidade, resiliência e saúde mental em adultos da população geral.

Os objetivos específicos são:

1) Caracterizar a relação entre a dimensão depressiva da personalidade e a saúde mental. De acordo com a literatura, é esperada uma associação negativa entre a presença de traços depressivos e a saúde mental. Pretendemos ainda conhecer a relação entre os diferentes fatores da dimensão depressiva da personalidade e a saúde mental.

2) Caracterizar a relação entre a dimensão depressiva da personalidade e a resiliência. De acordo com a literatura, é esperada uma associação negativa entre a presença de traços depressivos e a resiliência. Pretendemos ainda conhecer a relação entre diferentes fatores de resiliência e os diferentes fatores da dimensão depressiva da personalidade.

3) Caracterizar a relação entre a resiliência e a saúde mental. De acordo com a investigação, é esperada uma associação positiva entre a resiliência e a saúde mental. Pretendemos ainda conhecer a relação entre diferentes fatores de resiliência e a saúde mental.

4) Conhecer qual a variável com melhor valor preditivo da saúde mental, a dimensão depressiva da personalidade ou a resiliência, e conhecer ainda o efeito das variáveis género e idade nessa relação.

Na literatura não foram encontrados estudos sobre a relação entre a dimensão depressiva da personalidade e a resiliência, antes entre a depressão e a resiliência. Se por um lado a dimensão depressiva da personalidade concorre para a vulnerabilidade ao nível da saúde mental, sendo assim expectável o seu impacto, por outro a investigação tem vindo a mostrar uma forte relação entre a resiliência e índices de saúde mental. Assumindo um modelo dual, de simultaneidade de aspetos negativos e positivos, pretende-se conhecer as relações entre a dimensão depressiva da personalidade, a resiliência e a saúde mental na presente amostra, incluindo a sua relação com o género e a idade.

Pretende-se construir um modelo em que se assume as variáveis dimensão depressiva da personalidade, resiliência, género e idade como variáveis independentes e a saúde mental como variável dependente.

4. Metodologia

Neste capítulo descrevemos os aspetos da metodologia utilizada na presente investigação. Descrevemos em primeiro lugar os participantes na investigação e caracterização da amostra, os instrumentos utilizados, o procedimento adotado e por último o procedimento estatístico.

4.1. Participantes e Caracterização da amostra

Participaram no presente estudo 338 sujeitos adultos da população geral. As idades encontram-se compreendidas entre os 18 e os 83 anos ($M = 41,07$; $DP = 13,55$), sendo que 132 são do sexo masculino (39,1%) e 206 são do sexo feminino (60,9%). Relativamente à nacionalidade, 333 sujeitos (98,5%) são de nacionalidade portuguesa e 5 sujeitos (1,5%) pertencem a outras nacionalidades.

A caracterização sociodemográfica da amostra encontra-se apresentada no Quadro 1. Para algumas questões o somatório do número de sujeitos e/ou das percentagens poderá não representar o total da amostra ou a percentagem total devido à existência de respostas omissas.

Quadro 1

Caracterização sociodemográfica da amostra

		Frequências	Percentagens
Sexo	Masculino	132	39.1%
	Feminino	206	60.9%
Nacionalidade	Portuguesa	333	98.5%
	Outra	5	1.5%
Residência	Urbana	307	90.8%
	Rural	19	5.6%
Nível de ensino	< 4º Ano	7	2.1%
	4º Ano	5	1.5%
	6º Ano	16	4.7%
	9º Ano	52	15.4%
	12º Ano	96	28.4%
	Licenciatura ou mais	162	47.9%
Situação laboral	Empregado	262	77.5%
	Desempregado	26	7.7%
	Reformado	18	5.3%
	Doméstica(o)	3	0.9%
	Estudante	29	8.6%

Situação económica	Muito satisfatória	12	3.6%
	Satisfatória	216	63.9%
	Pouco satisfatória	92	27.2%
	Nada satisfatória	17	5.0%
Estado civil	Solteiro	104	30.8%
	Casado/ Vivendo como tal	197	58.3%
	Viúvo	6	1.8%
	Divorciado/ Separado	30	8.9%
Agregado familiar	Vive só	40	11.9%
	Vive com o cônjuge	108	32%
	Vive com o cônjuge e terceiros	96	28.4%
	Vive com terceiros	21	6.2%
	Vive com os pais	47	13.9%
	Outro	24	7.1%
Filhos	Sim	202	59.8%
	Não	135	39.9%
Relações familiares			
Grau de contacto	Muito frequente	141	41.7%
	Frequente	148	43.8%
	Ocasional	43	12.7%
	Inexistente	5	1.5%
Qualidade do contacto	Muito satisfatórias	157	46.4%
	Satisfatórias	157	46.4%
	Pouco satisfatórias	20	5.9%
	Nada satisfatórias	3	0.9%
Relações de amizade			
Grau de contacto	Muito frequente	65	19.2%
	Frequente	187	55.3%
	Ocasional	84	24.9%
	Inexistente	0	0%
Qualidade do contacto	Muito satisfatórias	123	36.4%
	Satisfatórias	196	58%
	Pouco satisfatórias	15	4.4%
	Nada satisfatórias	3	0.9%
Crenças/ Práticas religiosas	Católico praticante	64	18.9%
	Católico não praticante	185	54.7%
	Outra religião	9	2.7%
	Sem religião	78	23.1%
Doença física/ psicológica	Sim	45	13.3%
	Não	290	85.8%
Avaliação do estado de saúde	Muito Mau	2	0.6%
	Mau	9	2.7%
	Nem mau nem bom	74	21.9%
	Bom	201	59.5%
	Muito Bom	49	14.5%
Vivência de situação ou acontecimento de vida traumático	Sim	154	45.6%
	Não	174	51.5%

Nota. N = 338

4.2. Instrumentos

4.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico é constituído por 16 itens que visa recolher informação sobre variáveis demográficas e psicossociais dos participantes. Foram consideradas variáveis demográficas individuais como o género, a idade, a nacionalidade, o tipo de área de residência, o estado civil, o nível de ensino, a situação laboral e a profissão. Foram recolhidos ainda indicadores relativos ao agregado familiar, frequência e satisfação com as relações familiares e de amizade e crenças e práticas religiosas, assim como relativamente à presença de diagnóstico de doença, avaliação subjetiva do estado de saúde e vivência de situação ou acontecimento de vida traumático.

4.2.2. Inventário de Traços Depressivos (ITD)

Para a avaliação dos traços depressivos de personalidade foi utilizado o Inventário de Traços Depressivos (ITD), de Campos (2015). O ITD foi desenvolvido para estudar e avaliar a personalidade depressiva ou dimensão depressiva da personalidade (depressão-traço). A formulação teórica do inventário tem por base a ideia da dimensão depressiva da personalidade conceptualizada como uma dimensão da personalidade normal e correspondente a um constructo unitário que engloba características depressivas estáveis da personalidade, que podem constituir uma vulnerabilidade a estados depressivos sintomáticos, assente na conceptualização de *continuum* ou espectro. O ITD pode ser utilizado em populações clínicas e não-clínicas (Campos, 2015).

O ITD é um instrumento de autorrelato e a forma reduzida é constituída por 41 itens, respondidos numa escala tipo Lickert de 5 pontos e cotados de *discordo fortemente* a *concordo fortemente*. O resultado do ITD resulta da soma da pontuação obtida nos itens e varia entre 0 e 205 pontos. Quanto mais elevado o resultado, mais marcada será a dimensão depressiva da personalidade.

Os itens que compõem o ITD correspondem a características depressivas com base na vasta literatura psiquiátrica e psicanalítica, tais como o humor deprimido, pessimismo,

sentimentos de fracasso, retirada social, medo de não ser amado, vulnerabilidade à perda, dependência, dificuldade em expressar a agressividade, entre outros.

O estudo fatorial revelou a existência de cinco fatores, que constituem as escalas fatoriais: escala I, *Depressão essencial*, escala II *Depressão inibida*, escala III, *Depressão de fracasso*, escala IV *Depressão perfeccionista* e escala V, *Depressão relacional*.

O ITD apresentou boas qualidades psicométricas em termos de consistência interna, com alfas de Cronbach de 0.97, e de precisão teste-reteste (Campos, 2013; 2015).

4.2.3. Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)

Para a avaliação da resiliência, utilizou-se a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC), versão portuguesa traduzida e adaptada por Faria-Anjos e Ribeiro (2011). O CD-RISC visa avaliar a capacidade de lidar com o *stress* e a adversidade e foi desenvolvida tendo por base o interesse no conceito de resiliência como relevante para o resultado do tratamento na ansiedade, depressão e reações de *stress* (Connor & Davidson, 2003). Pode ser aplicado na população geral e em populações clínicas, possibilitando ainda a avaliação dos níveis de resiliência em resposta a tratamentos farmacológicos e psicoterapêuticos.

O CD-RISC é um instrumento de autorrelato constituído por 25 itens, respondidos numa escala de 4 pontos, de *não verdadeira* a *quase sempre verdadeira*. A escala é respondida com base em como o sujeito sentiu relativamente ao descrito nos itens no último mês. O resultado total varia entre 0 e 100 pontos, sendo que resultados mais elevados refletem um nível mais elevado de resiliência (Connor & Davidson, 2003).

Os itens incluem afirmações como “Eu sou capaz de me adaptar quando ocorrem mudanças”, “Eu tento ver as coisas com humor quando me deparo com problemas”, “Durante momentos de *stress*/ crise, eu sei onde procurar ajuda”, “Eu sou capaz de lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como a tristeza, o medo e a raiva”, “Eu acredito fortemente que a minha vida tem um sentido” e “Eu trabalho para atingir os meus objetivos independentemente dos obstáculos que encontro pelo caminho”.

A análise fatorial exploratória sugeriu que o CD-RISC, na sua versão original, possa ser multidimensional, com cinco fatores relativos a: *Competência pessoal, padrões elevados e tenacidade; Confiança nos seus instintos, tolerância ao afeto negativo e efeito reforçador do stress; Aceitação positiva da mudança e relações seguras; Controlo; e Espiritualidade* (Connors & Davidson, 2003). Na adaptação do instrumento para a população portuguesa

foram identificados somente quatro fatores, *Competência pessoal, Confiança nos seus Instintos, Adaptação e Influência da Espiritualidade* (Faria-Anjos & Ribeiro, 2011).

O estudo das propriedades psicométricas, na versão original, revelou bons indicadores de consistência interna, com alfa de Cronbach de 0.89 na população geral (Connor & Davidson, 2003), bem como de precisão teste-reteste. Na versão adaptada para a população portuguesa, o instrumento manteve boas qualidades psicométricas em termos de consistência interna, com alfa de Cronbach de 0.88 (Faria-Anjos & Ribeiro, 2011).

4.2.4. Inventário de Saúde Mental (MHI-5)

Para a avaliação do nível de saúde mental, foi utilizado o Inventário de Saúde Mental, versão abreviada (MHI-5) (Ware, Manning, Duan, Wells, & Newhouse, 1984; Veit & Ware, 1983, cit. por Ribeiro, 2001), na versão adaptada e traduzida por Pais Ribeiro (2011). O MHI-5 foi desenvolvido como uma medida destinada a avaliar o *distress* psicológico e o bem-estar na população em geral e não somente nas pessoas com doença mental. Os itens representam cinco dimensões de saúde mental, *Ansiedade, Depressão, Laços emocionais, Afeto geral positivo e Perda de controlo emocional-comportamental* (Ribeiro, 2011). Por sua vez, estas cinco subescalas agrupam-se em duas grandes dimensões que medem respetivamente o *Distress Psicológico* e o *Bem-Estar Psicológico*.

Posteriormente foram desenvolvidas versões com menos itens, como o MHI-5, passando estas a integrar questionários de avaliação de saúde ou de qualidade de vida e em estudos de comparação de saúde mental em populações não clínicas (Ribeiro, 2001; 2011).

O MHI-5 é um questionário de autorresposta, que inclui 5 itens, que medem tanto o *distress* psicológico como o bem-estar psicológico. Inúmeras investigações mostram uma correlação elevada entre os cinco itens que constituem o MHI-5 e a nota total da versão completa e que a versão reduzida constitui um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental e na investigação.

Os cinco itens representam quatro dimensões de saúde mental (*Ansiedade, Depressão, Perda de Controlo Emocional-Comportamental e Bem-Estar Psicológico*) (Ware, Sherbourne & Davies, 1992, cit. por Ribeiro, 2001). A resposta aos itens é dada numa escala ordinal de seis posições, de *nunca* a *sempre*. A nota total resulta da soma dos valores brutos e varia entre 0 e 30 pontos. Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental (Ribeiro, 2011).

Ao nível das propriedades psicométricas, o instrumento apresentou bons indicadores ao nível da consistência interna de cada dimensão, com alfa de Cronbach de 0.96 ao nível da escala total do MHI (Ribeiro, 2011).

4.3. Procedimento

O presente estudo fez parte de uma investigação de âmbito mais lato da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, na linha de investigação em Personalidade e Psicopatologia.

Primeiramente foi entregue aos participantes um documento referente ao consentimento informado, onde era disponibilizada informação acerca da linha de investigação, da confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados, da possibilidade de desistência da participação na investigação caso o desejassem e do tempo e natureza das respostas ao protocolo de investigação. Assinalava ainda a possibilidade de ser fornecida breve informação sobre os resultados da investigação após o seu término e a disponibilidade por parte do investigador.

Assinado o consentimento informado, os participantes recebiam um envelope com o protocolo de investigação, que incluía um questionário sociodemográfico e nove questionários específicos, incluindo os utilizados no presente estudo. A recolha foi feita por vários alunos cujo projeto de investigação se inseria na linha geral acima referida.

O método de seleção da amostra foi não-probabilística, tratando-se de uma amostra de conveniência recolhida a partir da esfera relacional dos investigadores e sendo a população-alvo a população geral adulta, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados foram recolhidos entre Março e Maio de 2016.

4.4. Procedimento Estatístico

No presente estudo, os dados recolhidos foram tratados estatisticamente através do *IBM Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, na versão 24.

Realizou-se análise descritiva, teste t-Student, análise correlacional e regressão linear múltipla.

A análise descritiva procurou caracterizar os dados sociodemográficos da amostra, descritos no capítulo anterior, e os resultados obtidos com a aplicação dos três instrumentos. As

variáveis contínuas foram descritas através dos valores de média e desvio-padrão. As variáveis discretas foram apresentadas como frequências e percentagens.

A análise estatística procurou particularmente identificar a existência de relações estatisticamente válidas entre os traços depressivos da personalidade, a resiliência e a saúde mental.

No que concerne a relação entre as variáveis e de forma a averiguar a normalidade da distribuição, procedemos à análise gráfica dos resultados e à utilização do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para explorar a comparação de grupos, utilizou-se o teste paramétrico t-Student. Realizámos posteriormente o cálculo dos coeficientes de correlação, em particular, o coeficiente de correlação de Pearson. Encontraram-se satisfeitas pelo nosso estudo as condições de amostra aleatória, observações independentes e distribuição normal.

Pretendíamos identificar a força do efeito que as variáveis traços depressivos da personalidade e resiliência poderiam ter na saúde mental. Assumindo como variáveis independentes a depressão-traço, a resiliência, o género e a idade e como variável dependente a saúde mental, a análise multivariada permitir-nos-ia compreender melhor em como a mudança nas variáveis independentes afetava a mudança na variável dependente. Permitiu ainda avaliar o efeito específico de uma variável independente tendo em conta o efeito da outra e vice-versa.

O objetivo último a atingir, caso a análise estatística a efetuar validasse a hipótese colocada de existência de relações entre as referidas variáveis, era a obtenção de um preditor resultante da aplicação da regressão linear múltipla, com a seguinte expressão geral: $S(D, R, I, S) = \alpha_0 + \alpha_1 D + \alpha_2 R + \alpha_3 G + \alpha_4 I$, $\alpha_i \in \mathbb{R}$.

5. Resultados

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos com os instrumentos utilizados neste estudo, em particular o ITD, o CD-RISC e o MHI-5. Em seguida, efetuamos a análise dos resultados em função dos objetivos apresentados anteriormente.

5.1. Estatística Descritiva

Começamos por estudar a normalidade da distribuição das variáveis através da análise gráfica e do recurso ao teste de Kolmogorov-Smirnov com a correção de Lilliefors. No Quadro 2 encontram-se os resultados da sua aplicação às variáveis relevantes da investigação. Da análise, verificamos que a assunção de normalidade foi atendida para todas as variáveis em estudo, pelo que optámos pelo cálculo do coeficiente de correlação de Pearson para o estudo das correlações.

Quadro 2

Síntese dos resultados obtidos do teste de normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a	
	Estatística	gl
Total MHI-5	.132***	338
Total ITD	.063**	338
I – Essencial	.091***	338
II – Inibida	.082***	338
III – Fracasso	.099***	338
IV – Perfeccionista	.073***	338
V – Relacional	.088***	338
Total CD-RISC	.064**	338
Competência	.087***	338
Confiança	.073***	338
Adaptação/Relações	.116***	338
Espiritualidade	.107***	338

Nota. ^a Correção de significância de Lilliefors

** $p < .01$; *** $p < .001$

5.1.1. Distribuição dos traços depressivos de personalidade

Com o intuito de caracterizar a dimensão depressiva da personalidade dos participantes da amostra em estudo foi aplicado o instrumento ITD. Os resultados obtidos da sua aplicação encontram-se sintetizados no quadro 3.

Quadro 3

Distribuição da pontuação no ITD

	<i>M</i>	<i>DP</i>
I – Essencial	25.57	9.82
II – Inibida	22.28	6.59
III – Fracasso	20.64	7.37
IV – Perfeccionista	15.64	3.82
V – Relacional	11.11	3.43
Total ITD	95.25	26.99

Nota. N = 338

De forma a explorar a comparação dos resultados obtidos ao nível dos traços depressivos da personalidade em função do género, foi utilizado o teste *t* de Student. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($t = -.05, ns$).

Para explorar a relação entre a variável idade e os traços depressivos foi calculado o coeficiente de Pearson. Não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ($r = -.04, ns$).

5.1.2. Distribuição da resiliência

De modo a caracterizar a resiliência dos participantes da amostra em estudo procedeu-se à análise da estatística descritiva dos resultados obtidos no instrumento CD-RISC, na versão portuguesa. Os resultados obtidos encontram-se no quadro 4.

Quadro 4

Distribuição da pontuação no CD-RISC

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Competência	27.62	5.41
Confiança	22.65	5.74
Adaptação/Relações	11.53	2.74
Espiritualidade	7.48	2.69
Total CD-RISC	69.27	13.51

Nota. N = 338

Adicionalmente, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($t = -1.61$, *ns*), nem correlação significativa com a idade ($r = -.01$, *ns*) no que concerne a variável resiliência.

5.1.3. Distribuição da saúde mental

A saúde mental nos participantes da amostra em estudo foi avaliada através da versão portuguesa do MHI-5. A média calculada para os 338 sujeitos da amostra foi de 21.28 ($DP = 4.57$). Os resultados por item encontram-se sumarizados no quadro 5.

Quadro 5

Distribuição da pontuação no MHI-5

	<i>M</i>	<i>DP</i>
Nervoso	4.17	1.04
Calmo	3.65	1.15
Triste	4.46	1.01
Nada o anima	4.98	1.17
Feliz	4.02	1.15
Total	21.28	4.57

Nota. N = 338

Adicionalmente, no que concerne a variável saúde mental foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os géneros ($t = -1.61, p < 0.05$), e correlação significativa e positiva com a idade ($r = .12, p < 0.05$).

5.2. Análise das relações entre as variáveis

Nesta secção pretendemos estudar as correlações entre as variáveis em estudo, de modo a caracterizar as suas relações de acordo com os objetivos do estudo.

5.2.1. Análise da relação entre as variáveis traços depressivos da personalidade, resiliência e saúde mental

Com foco nos objetivos do presente estudo, estudámos primeiramente a associação entre os traços depressivos da personalidade e a saúde mental, de seguida a associação entre os traços depressivos e a resiliência e por último, a associação entre a resiliência e a saúde mental.

Neste sentido, calculámos os coeficientes de correlação de Pearson para os pares de variáveis a traços depressivos e saúde mental, traços depressivos e resiliência, e resiliência e saúde mental, o que nos dá indicação sobre a magnitude e direção das relações lineares existentes.

Dado que estes coeficientes medem correlações lineares entre as variáveis, averiguámos em primeiro lugar a existência de possíveis correlações lineares entre as variáveis em estudo através de matriz de gráficos de dispersão (Figura 1).

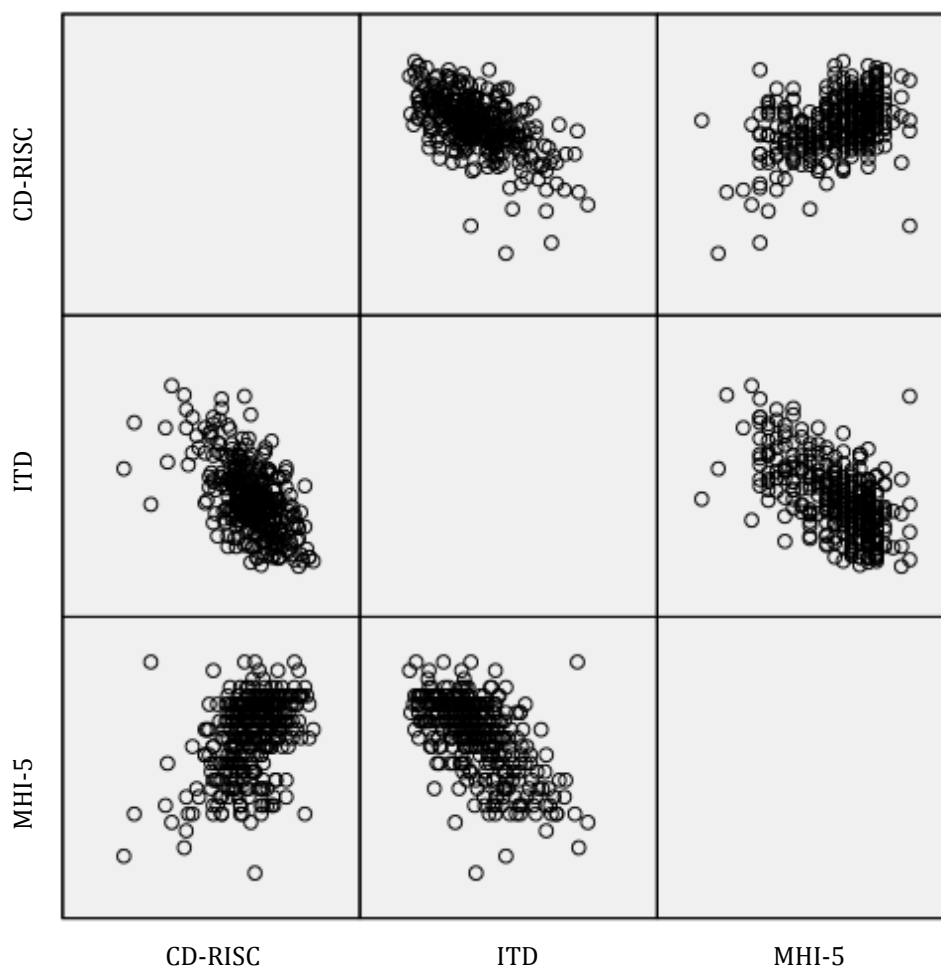


Figura 1. Matriz de gráficos de dispersão para exploração de existência de correlação linear entre as variáveis em estudo

Da análise da Figura 1, os gráficos indicaram existir uma relação linear entre as variáveis, negativa entre os traços depressivos e a saúde mental e entre os traços depressivos e a resiliência. No que concerne a resiliência, esta pareceu estar positivamente correlacionada com a saúde mental.

Concretizámos estas impressões iniciais com o cálculo dos coeficientes de correlação de Pearson, cujos resultados se encontram sumarizados no Quadro 6.

Os coeficientes de Pearson mostraram uma correlação negativa e significativa, quer entre os traços depressivos e a saúde mental ($r = -.58$, $p < .001$), quer entre os traços depressivos e a resiliência ($r = -.58$, $p < .001$). Ambas as correlações apresentaram-se como relativamente elevadas. Verificou-se ainda uma correlação positiva significativa e forte entre resiliência e saúde mental ($r = .42$, $p < .001$). Estas conclusões vão ao encontro dos resultados que antecipámos na análise da matriz da Figura 1.

Quadro 6

Correlação entre os resultados no ITD, no MHI-5 e no CD-RISC

	Total ITD	Total MHI-5	Total CD-RISC
Total ITD	–	-.58**	-.58**
Total MHI-5		–	.42**
Total CD-RISC			–

Nota. N = 338.

** $p < .001$

Com o objetivo de conhecer de que forma os diferentes factores da dimensão depressiva da personalidade se correlacionam com os índices de saúde mental e de resiliência, procedemos à análise das relações entre a pontuação nas escalas do ITD e a pontuação no MHI-5 e na CD-RISC. Verificaram-se correlações significativas mais fortes, comparativamente com as obtidas nas restantes subescalas, entre a saúde mental e a depressão essencial e a depressão de fracasso ($r = -.66$ e $r = .50$, $p < 0.01$, respetivamente). No que concerne a resiliência, as escalas mais fortemente correlacionadas foram as de depressão essencial, depressão inibida e depressão de fracasso ($r = -.54$, $r = -.62$ e $r = -.51$, $p < 0.01$, respetivamente). Os resultados encontram-se sintetizados no quadro 7.

Quadro 7

Correlação entre os resultados nas escalas do ITD e o total obtido no MHI-5 e no CD-RISC

	I. Essencial	II. Inibida	III. Fracasso	IV. Perfeccionista	V. Relacional
Total MHI-5	-.66**	-.42**	-.50**	-.41**	-.37**
Total CD-RISC	-.54**	-.62**	-.51**	-.35**	-.33**

Nota. N=338

** $p < .01$

Com o objetivo de explorar as características de resiliência que poderiam estar mais fortemente associadas a ambas a dimensão depressiva e a saúde mental, procedemos à análise das relações entre os valores nos fatores de resiliência e ambas as variáveis. Os fatores de *Competência Pessoal* e de *Confiança nos seus Instintos* encontraram-se, comparativamente com os restantes fatores, mais fortemente correlacionados com ambos os traços depressivos e a saúde mental. As correlações desses fatores com os traços depressivos são significativas e

fortes ($r = -.56$ e $r = -.55$, $p < 0.01$, respetivamente), apresentando por sua vez valores significativos moderados no que concerne a saúde mental. Os resultados encontram-se sumarizados no quadro 8.

Quadro 8

Correlação entre os resultados nos fatores do CD-RISC e o total obtido no ITD e no MHI-5

	Competência	Confiança	Adaptação/ Relações	Espiritualidade	Total CD-RISC
Total ITD	-.56**	-.55**	-.47**	-.13*	-.58**
Total MHI-5	.38**	.39**	.34**	.17**	.42**

Nota. N=338.

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

5.2.2. Análise da regressão linear múltipla da saúde mental em função dos traços depressivos da personalidade e da resiliência

Investigadas as relações entre as variáveis traços depressivos da personalidade, resiliência e saúde mental, que se constataram lineares, procedemos à análise multivariada. Com o objetivo de analisar qual a relação entre as variáveis e qual a variável, traços depressivos ou resiliência que melhor pode explicar os níveis de saúde mental, recorreu-se à regressão linear múltipla. Foram incluídas as variáveis género e idade. A presente análise permitiu responder ao objetivo de conhecer a força do efeito que as variáveis traços depressivos, resiliência, género e idade poderiam ter na saúde mental e o efeito específico de cada variável independente tendo em conta o efeito da outra.

A validação do modelo foi efetuada através da análise gráfica de resíduos padronizados (gráfico P-P e gráfico de dispersão) e do teste de Durbin-Watson. Em relação aos diagnósticos de multicolinearidade, foi utilizado o cálculo do VIF (*Variance Inflation Factor*).

A observação do gráfico P-P revelou que maioria dos pontos se encontrava próximo da diagonal principal, o que indica que os resíduos (erros preditos) apresentavam, pelo menos aproximadamente, uma distribuição normal. No gráfico de dispersão relativo aos resíduos padronizados vs. valores previstos padronizados da regressão, os pontos distribuíram-se de

forma mais ou menos aleatória em torno de zero, indicando assim homogeneidade de erros. De forma a detetar a presença de autocorrelação nos resíduos (erros preditos), foi calculado o teste de Durbin-Watson, verificando-se o pressuposto de independência dos erros ($D-W = 1.69$). Em relação aos diagnósticos de multicolinearidade, procedeu-se à utilização do *Variance Inflation Factor* (VIF), cujos valores se encontraram dentro dos limites apropriados para a regressão múltipla, indicando não existir colinearidade entre as variáveis predictoras incluídas no modelo (VIF ITD = 1.53; VIF CD-RISC = 1.54; VIF Género = 1.01; VIF Idade = 1.00).

Os resultados da regressão linear múltipla indicaram que o modelo geral é estatisticamente significativo, $R = 0.62$, $R^2 = 0.38$, $F = (4, 332) = 51.47$, $p < 0.001$.

Todas as variáveis eram estatisticamente significativas, contribuindo para a predição da variável saúde mental, com os seguintes valores: Traços depressivos da personalidade: $\beta = -0.49$, $t = -9.35$, $p < 0.001$; Resiliência: $\beta = 0.14$, $t = 2.72$, $p < 0.01$; Género: $\beta = -0.11$, $t = -2.67$, $p < 0.01$; Idade: $\beta = 0.10$, $t = 2.45$, $p < 0.05$).

O modelo final obtido foi Saúde Mental = 26.19 – 0.08 Traços depressivos da personalidade + 0.04 Resiliência – 1.09 Género + 0.03 Idade. O modelo explicou cerca de 38% da variabilidade da saúde mental.

6. Discussão

Neste capítulo são discutidos os resultados obtidos na presente investigação, de acordo com os objetivos descritos no capítulo 3.

O objetivo geral da presente investigação é o estudo das relações entre as variáveis dimensão depressiva da personalidade, resiliência e saúde mental. A análise de resultados possibilitou ainda a exploração dos constructos em estudo, numa amostra da população geral, de nacionalidade predominantemente portuguesa.

Primeiramente são discutidos os resultados referentes à análise das relações bivariadas entre dimensão depressiva da personalidade, resiliência e saúde mental, que correspondem aos primeiros objetivos específicos da presente investigação.

O primeiro objetivo referia-se à relação entre a dimensão depressiva e a saúde mental e o segundo entre a dimensão depressiva e a resiliência.

No que concerne os traços depressivos, o nível médio total encontrado na amostra deste estudo ($M = 95.2$, $DP = 26.9$) apresentou resultados ligeiramente inferiores comparativamente ao nível encontrado no estudo original, numa amostra de adultos na comunidade na população portuguesa ($M = 103.0$, $DP = 25.4$) (Campos, 2015).

Neste estudo, observámos que os traços depressivos avaliados pelo ITD estavam significativamente associados à saúde mental, avaliada pelo MHI-5. Quanto mais elevada a expressão da dimensão depressiva da personalidade, menores os níveis de saúde mental e vice-versa. Os resultados são consistentes com o descrito na literatura. Diferentes tipos de relação entre a doença depressiva e personalidade foram conceptualizados (Akiskal et al., 1983; Klein et al., 1993). Klein et al. (1993) entendem a personalidade depressiva como uma condição clínica que, embora não se reduza à perturbação do humor, pertenceria ao espectro afetivo. Os traços de personalidade depressivos ou as experiências internas depressivas, embora possam estar presentes em pessoas não clinicamente deprimidas, constituem fatores de vulnerabilidade ou predisposição à depressão clínica (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976; Campos, 2009). A literatura mostra ainda uma relação entre os traços depressivos de personalidade e sintomas depressivos ($r = 0.70$) e história clínica de depressão ($r = 0.58$) e que o valor médio obtido por uma amostra clínica psiquiátrica no ITD é significativamente mais elevada do que a obtida por uma amostra da população geral (Campos, 2009).

Relativamente à relação entre os fatores da dimensão depressiva da personalidade e a saúde mental, observaram-se relações mais fortes entre ambas a *Depressão essencial* e a

Depressão de fracasso e a saúde mental, comparativamente a *Depressão inibida, relacional e perfeccionista*. Os dados sugeriram assim existir uma relação mais forte entre fatores de anedonia, ansiedade, pessimismo e retirada (*Depressão essencial*), assim como de autocrítico, desvalorização pessoal e incapacidade percebida (*Depressão de fracasso*) e níveis mais baixos de saúde mental.

Estes resultados são concordantes com o pensamento de Coimbra de Matos (2001), ao nível da relação entre a depressão e o *abaixamento da pressão anímica*, falta de entusiasmo, dificuldade em sentir prazer e mecanismos defensivos do impulso. Estas defesas são suscetíveis de interferir no sentimento de agência e competência, bem como no acesso a emoções positivas, que integram componentes positivas da saúde mental e resiliência face a acontecimentos negativos. Encontram-se ainda relacionados com a conceptualização de Coimbra de Matos (2001) e de S. Blatt (2004) ao nível da *depressão introjetiva*, caracterizada por sentimentos de inferioridade e culpa, insuficiência narcísea e baixa autoestima.

Em relação ao segundo objetivo do presente estudo, foi verificada uma relação significativa e relativamente elevada entre a dimensão depressiva da personalidade e a resiliência, avaliada pela CD-RISC. Observamos que quanto maior a presença de traços depressivos de personalidade, menores os níveis de resiliência e vice-versa.

Relativamente à caracterização da distribuição da resiliência, a amostra deste estudo apresentou um valor médio total ($M = 69.2$, $DP = 13.5$) ligeiramente inferior ao nível encontrado no estudo original ($N = 421$, $M = 73.4$, $DP = 12.0$) de validação do CD-RISC para a população portuguesa (Faria-Anjos & Ribeiro, 2011).

No que concerne a relação entre a dimensão depressiva da personalidade e os diferentes fatores de resiliência, foram observadas no presente estudo relações negativas mais fortes entre os traços depressivos da personalidade e os fatores de *Competência pessoal, padrões elevados e tenacidade; e Confiança nos seus instintos, tolerância ao afeto negativo e efeito reforçador do stress*. O fator de *Influência da espiritualidade* demonstrou uma relação muito ligeira.

Consistentes com os dados anteriores, que evidenciam que a dimensão depressiva da personalidade está negativamente associada à saúde mental, os resultados do presente estudo sugerem ainda que níveis mais baixos de resiliência são provavelmente observáveis em pessoas que apresentam mais traços depressivos de personalidade, ao constituírem características estáveis que influenciam o estilo de funcionamento, a relação interpessoal e a autoidentidade, comparativamente àquelas que os apresentam em menor número.

O impacto negativo da dimensão depressiva na saúde mental, numa perspetiva clínica, podem resultar da hipoanedonia, abatimento e sentimentos de vazio, baixa autoestima, incapacidade, desamparo e desesperança, bem como de dificuldades na relação interpessoal e isolamento (Blatt, 1974, 2004; Campos, 2009; Coimbra de Matos, 2001). Estes são conflituantes com indicadores de saúde mental, como emoções positivas, autoestima e mestria (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; WHO, 2004).

De forma semelhante, os traços depressivos são igualmente conflituantes com fatores de resiliência associados aos sentimentos de valor, otimismo, autonomia e controlo, assim como a procura de suporte social e manutenção de relações sociais recíprocas (e.g. Richardson, 2002; Skodol, 2010; Southwick et al., 2011).

No entanto, o conceito de traços depressivos da personalidade, na conceção de Rui Campos (2011), do qual deriva em grande parte a conceptualização do presente estudo e o instrumento utilizado, embora não se refira a traços propriamente patológicos, apresenta uma relação muito direta com as perturbações depressivas, numa visão de espectro e ao mesmo tempo etiológica da relação entre personalidade e depressão. A construção do inventário, que pretende operacionalizar o constructo *dimensão depressiva da personalidade*, deriva da listagem exaustiva de diferentes características depressivas, incluindo classificações psiquiátricas e instrumentos de avaliação da depressão, que pudessem ser operacionalizados como traços, além de modelos psicanalíticos na depressão (Campos, 2009). Este fato pode ter contribuído para as relações negativas entre os traços depressivos e ambas a saúde mental e a resiliência verificadas.

Não obstante, decorre a importância da avaliação da dimensão depressiva da personalidade, no que concerne a avaliação de saúde mental, mais concretamente, da vulnerabilidade e risco de desenvolver perturbação depressiva, ou outras formas de psicopatologia, em fases prévias ao estabelecimento da perturbação clínica.

Componentes promotoras de bem-estar e resiliência nestas dimensões foram integradas em intervenções psicoterapêuticas na depressão, em fases de remissão parcial e sintomas residuais (populações de alto risco) com diminuição da vulnerabilidade para a depressão e ansiedade e, sobretudo, promoção do bem-estar e resiliência (Fava & Tomba, 2009). Talvez este fato se possa aplicar no domínio da dimensão depressiva da personalidade, com o risco de ocorrência de depressão e a vivência subjetiva que implica.

No que concerne o terceiro objetivo do presente estudo, relativo à relação entre resiliência e saúde mental, verificou-se uma relação significativa entre as variáveis. Quanto maiores os níveis de resiliência, maiores os níveis de saúde mental.

Os resultados são consistentes com a investigação empírica, encontrando-se a resiliência positivamente associada a indicadores positivos de saúde mental, bem-estar psicológico e emoções positivas, além de negativamente associada a índices de vulnerabilidade como *distresse* psicológico, depressão e ansiedade (e.g. Campbell-Sills et al., 2006; Fredrickson et al., 2003; Haddadi & Besharat, 2010; Hu et al., 2015).

Relativamente à relação entre os fatores de resiliência e saúde mental, foram observadas no presente estudo relações mais fortes entre a saúde mental e os fatores de *Confiança nos seus instintos, tolerância ao afeto negativo e efeito reforçador do stress*; e de *Competência pessoal, padrões elevados e tenacidade*. O fator de *Influência da espiritualidade* demonstrou uma relação muito ligeira.

Os resultados indicam assim a importância do papel desempenhado pela resiliência na promoção de melhores índices de saúde mental e bem-estar subjetivo. Os estudos empíricos mostram como referido que a resiliência é modificável através de intervenções e que constitui um fator importante na recuperação de perturbações depressivas e de ansiedade (Connor & Davidson, 2003; Min et al., 2013).

Tendo em conta a correlação negativa entre resiliência e personalidade depressiva, é importante tentar perceber qual é a correlação entre resiliência e saúde mental quando se tem em conta o efeito da presença de traços depressivos. E, inversamente, qual é a correlação entre traços depressivos e saúde mental quando se tem em conta a resiliência. Para tentar responder a estas perguntas, recorreremos a uma análise de regressão múltipla.

A aplicação da análise de regressão múltipla permitiu ainda a obtenção de um modelo final preditor que incluiu os traços depressivos e a resiliência e o seu efeito específico, o que corresponde ao quarto objetivo específico da presente investigação. Considerámos ser de interesse incluir na análise as variáveis género e idade dada a sua relação com a saúde mental.

Os resultados demonstraram relações significativas entre a saúde mental e os traços depressivos, resiliência, género e idade, em parte consistentes com o que era esperado. A análise mostrou que o modelo geral era significativo e que explicou cerca de 38% da variabilidade ao nível da saúde mental.

A saúde mental demonstrou uma forte relação negativa com os traços depressivos. Inversamente, demonstrou uma relação positiva embora mais fraca com a resiliência. O coeficiente de regressão relativo aos traços depressivos provou-se ser o mais elevado comparativamente com os de saúde mental, género e idade.

No que concerne as variáveis traços depressivos de personalidade e resiliência, os dados indicam-nos assim relações inversas e significativas, como esperado de acordo com a

literatura. Para além disso, constatou-se um efeito maior dos traços depressivos ao nível da saúde mental.

A relação positiva encontrada entre a resiliência e a saúde mental na análise bivariada, em termos de magnitude, foi ligeiramente inferior à relação encontrada entre os traços depressivos e a saúde mental. Pode contribuir para estes resultados o fato de os itens que avaliam a saúde mental no presente estudo serem em grande parte itens relacionáveis com o afeto negativo, nomeadamente a tristeza e baixa anímica. Este fato talvez traduza a prevalência da depressão, a sua comorbilidade com outras perturbações, ou ainda a frequência de sintomas depressivos, quer no quadro de perturbações depressivas, quer no quadro de outras perturbações mentais, e consequentemente a sua inclusão nas medidas de saúde mental.

Por outro lado, o conteúdo dos itens na medida de saúde mental pode ainda explicar em parte a sua correlação elevada com os traços depressivos e que, na análise multivariada, a presença dos traços depressivos tenda a condicionar o efeito das outras variáveis. Os resultados mostraram ainda uma relação negativa relativamente elevada entre os traços depressivos e a resiliência. Pelo que, a relação positiva entre resiliência e saúde mental pode ser explicada, em parte, dessa forma indireta.

A um nível compreensivo, a resiliência, embora constituindo um processo dinâmico, na sua dimensão individual (*trait-resilience*, ou resiliência-traço), é caracterizada por disposições cognitivas e afetivas contrastantes com as que encontramos na dimensão depressiva da personalidade. Neste âmbito devemos considerar a hipótese de que na presença de traços depressivos de personalidade, a relação entre resiliência e saúde mental, embora se verifique, possa ter um efeito menor.

Autores como Bonanno e Mancini (2011) e Masten e Wright (2010) defendem ainda que a resiliência não deve ser conceptualizada enquanto traço ou característica pessoal, em parte como conceptualizado no instrumento CD-RISC², ou avaliada na ausência de adversidade ou trauma, mas antes como um processo dinâmico e interacional e de adaptação positiva sob circunstâncias adversas.

Não obstante, Robinson, Larson e Cahill (2013) verificaram que o CD-RISC apresentava uma relação mais forte com uma medida de depressão anedónica comparativamente a uma medida de *stress* pós-traumático. Concluem ainda que os resultados do estudo sugerem que o CD-RISC é fortemente preditor da emocionalidade positiva ao nível da personalidade e

² O CD-RISC é ainda considerado por alguns autores como incluindo domínios heterogéneos da resiliência, como traços pessoais, suporte social percebido, respostas comportamentais ao *stress* e espiritualidade, propondo desenvolver mais estudos acerca da avaliação da estrutura fatorial e validade preditiva da mesma (Campbell-Sill et al., 2006; Bonanno & Mancini, 2011).

consequentemente poderá ser útil em prever a resiliência para perturbações caracterizadas por disrupção no afeto positivo.

Adicionalmente, a literatura evidencia o papel da resiliência na vulnerabilidade e remissão de perturbações do humor (Southwick, Vythiligham & Charney, 2005; Waugh & Koster, 2015), sugerindo que a resiliência pode desempenhar uma função protetora relativamente à depressão (Griffiths et al., 2015). Adicionalmente, o estudo de Fredrickson et al. (2003) evidencia o papel da resiliência pré-adversidade no desenvolvimento posterior de estados sintomáticos.

Investigámos por fim a relação entre a saúde mental e as variáveis género e idade. Na análise de regressão múltipla, a saúde mental estava negativamente relacionada com o género, com valores inferiores no sexo feminino. A investigação epidemiológica em Portugal evidencia que as mulheres apresentam um risco maior do que os homens de sofrer perturbação depressiva e perturbação de ansiedade (Almeida & Xavier, 2013). Estes dados são consistentes com os observados noutros países, como a Inglaterra, e a nível mundial (*Mental Health Foundation*, 2016; OMS, 2000). A OMS (2000) refere que as mulheres apresentam maiores taxas de prevalência do que os homens em perturbações mentais como a depressão, a ansiedade e perturbações somatoformes, assim como apresentam maiores taxas de comorbilidade.

Segundo a OMS (2000), esse fato estaria relacionado com a coocorrência e interconexão de fatores de risco como papéis sociais baseados no género (e.g. papel de cuidador), diferentes *stressores* (e.g. vulnerabilidade socioeconómica e desigualdade nos rendimentos) e acontecimentos e experiências de vida negativos (e.g. violência interpessoal). No entanto, poderá existir igualmente um enviesamento com base no género, dado que as mulheres tendem a procurar mais os cuidados de saúde relativamente a queixas de saúde mental do que os homens, bem como os profissionais de saúde tendem a diagnosticar perturbação depressiva mais frequentemente nas mulheres do que nos homens (OMS, 2000).

No que concerne a idade, esta apresentou uma relação positiva e significativa com a saúde mental. A média da idade dos participantes no presente estudo encontrou-se foi de 41 anos ($DP = 13,55$).

A literatura mostra dados não consensuais relativamente à relação entre a saúde mental e a idade. Em Portugal, o estudo epidemiológico de saúde mental (Almeida e Xavier, 2013) evidencia diferenças significativas de acordo com a variável idade nas estimativas de prevalência de vida, com maior expressão nas pessoas mais jovens (18-34 anos), com uma prevalência de 50.1% de pelo menos uma perturbação mental. O grupo dos mais idosos

apresentou menor risco, em relação aos grupos de menor idade, de sofrer de perturbações depressivas e de ansiedade. O relatório da *Mental Health Foundation* (MHF, 2016) indica que a maioria das perturbações mentais eram mais prevalentes em pessoas com idades compreendidas entre os 16 e os 64 anos do que com idades a partir dos 65 anos. Os resultados do presente estudo são concordantes com maiores índices de saúde mental à medida que a idade aumenta. Todavia, a OMS (2016) refere que mais de 20% dos adultos com 60 anos ou mais apresentam perturbação mental ou neurológica, sendo uma das perturbações mais comuns a depressão.

A relação entre a saúde mental e a idade está associada a múltiplos fatores sociais, psicológicos, biológicos e relacionados com acontecimentos de vida, que determinam o nível da saúde mental em qualquer período de tempo na vida da pessoa (OMS, 2016). A relação positiva entre a idade e a saúde mental pode estar relacionada com processos específicos e estratégias que facilitam a adaptação positiva nesta faixa etária, clarificando a resiliência, satisfação e bem-estar emocional encontrados ao longo da vida adulta (Charles & Carstensen, 2010).

Por fim, de anotar que não se encontraram diferenças significativas entre os sexos, nem correlações com a idade em ambos os resultados obtidos através do ITD e da CD-RISC.

Os resultados do presente estudo são diferentes de os encontrados nos estudos de Campos (2009; 2013), em que o sexo feminino apresentou resultados significativamente superiores aos do sexo masculino ao nível da presença de traços depressivos.

Relativamente à resiliência, os estudos propõem ainda que existem diferenças de género em detrimento das mulheres (e.g. Hu et al., 2015), o que não se verificou no presente estudo.

No que concerne a idade, os resultados obtidos são igualmente diferentes do que determinados estudos indicam, nos quais a resiliência é mais elevada em adultos de idade mais avançada (Gooding, Hurst, Johnson e Tarrier, 2011; Bonanno & Mancini, 2011).

Estudos futuros devem assim explorar melhor a relação entre ambos o género e a idade e a saúde mental, traços depressivos da personalidade e resiliência.

Da análise dos resultados e atendendo ao valor preditivo do modelo obtido, podem ainda encontrar-se em causa variáveis desconhecidas e latentes que, de alguma forma, contribuam para a explicação da restante variabilidade ao nível da saúde mental.

7. Conclusão

A presente investigação incide essencialmente sobre o estudo das relações entre dimensão depressiva da personalidade, resiliência e saúde mental.

Consistentes com dados anteriores de que os traços depressivos da personalidade encontram-se negativamente associados à saúde mental (Blatt, 2004; Campos, 2009; Campos, 2013) e que a resiliência encontra-se positivamente associada à saúde mental (Campbell-Sills et al., 2006; Fredrickson et al., 2003; Hu et al., 2015), os resultados do presente estudo mostram ainda que os traços depressivos reduzem a resiliência e vice-versa.

Para além disso, evidenciam que quando se considera o efeito da presença da resiliência, os traços depressivos afetam predominantemente a saúde mental. Por último e no contexto dessa relação, indicam existir diferenças de género e relativas à idade. O género feminino encontra-se associado a menores valores de saúde mental. Os adultos com mais idade mostram maiores valores de saúde mental.

O presente estudo mostra igualmente a associação entre os fatores de resiliência relativos a confiança, tolerância ao afeto negativo e efeito positivo do *stress*, assim como de competência pessoal e perseverança, e ambas a saúde mental e os traços depressivos da personalidade.

Os dados da literatura indicam que a resiliência pode ser promovida através de intervenções específicas, constituindo assim um potencial enfoque para a intervenção clínica ao nível individual e outros programas de intervenção. Os benefícios de programas que incidem na promoção da resiliência e o seu impacto na melhoria da saúde mental em diversas populações de adultos foram descritos numa revisão sistemática e de meta-análise (Leppin et al., 2014). As evidências sugerem que desenvolver estratégias de *coping* adaptativas e aumentar o acesso a experiências que elicitam emoções positivas e/ou suporte social, entre outras componentes, podem ajudar a promover a resiliência face ao *stress* e adversidade e a diminuir sintomas psicológicos e psicossomáticos em diversas populações (Campbell-Sills et al., 2006; Davis & Kent, 2010; Lyubomirsky & Portt, 2010; Southwick et al., 2011).

No presente estudo, assumimos a presença de traços depressivos como um fator de predisposição à ocorrência de perturbação depressiva, mas também como indicador de experiências internas suscetíveis de desencadear sofrimento atual. Constata-se uma maior associação entre os traços depressivos da personalidade relacionados com a anedonia e o autocriticismo e menores valores de saúde mental, pelo que particular atenção a esse tipo de disposições cognitivas, afetivas e relacionais deve ser tida em consideração.

Do estudo decorrem duas implicações relevantes. A importância da avaliação e diagnóstico da dimensão depressiva da personalidade ao nível da avaliação da saúde mental, com particular atenção no género feminino, sendo que poderá não ser facilmente identificada ou ser subdiagnosticada, por exemplo ao nível dos cuidados de saúde primários (Maddux & Johansson, 2013). Por outro lado, a intervenção clínica com pessoas que apresentem uma dimensão depressiva da personalidade, o que assume uma dupla importância, i.e. ao nível da promoção do desenvolvimento pessoal (*flourishing*) e bem-estar psicológico e ao nível da prevenção de eventuais estados sintomatológicos e perturbação depressiva, ou outras.

Assim sendo, as intervenções devem abordar conceitos relacionados com a resiliência de forma a minimizar o impacto de *distress* psicológico no estado de saúde mental, conduzindo nomeadamente a sentimentos de competência e mestria em lidar com o ambiente, autoaceitação, capacidade de lidar com o *stress* e com o afeto negativo, construção de relações saudáveis, desenvolvimento da autonomia e de significado para a vida. Como referido, os programas de intervenção psicoterapêutica que contemplam estas componentes mostram reduzir a vulnerabilidade para a depressão e promover a resiliência e o desenvolvimento (e.g. Fava & Tomba, 2009; Min et al., 2013; Southwick et al., 2011).

De salientar, no entanto, dois aspetos relativos à integração da resiliência em modelos de intervenção psicoterapêutica. Em primeiro lugar, não deverá implicar uma abordagem menos compreensiva da história pessoal ou subestimar aspetos de eventual sofrimento e carências graves, mas contemplar antes tanto as potencialidades como as limitações da sua aplicação nas práticas de cuidados e de prevenção (Anaut, 2002).

Não defendemos assim um foco exclusivo na promoção da resiliência, na linha de outros autores (Griffiths et al., 2015). Como os resultados parecem indicar, a presença de traços depressivos pode limitar o acesso a recursos pessoais que permitem o uso de estratégias de resiliência pela pessoa. Salientamos antes uma maior consciência do potencial de modelos e práticas baseadas na resiliência enquanto estratégia terapêutica. Integrar a identificação dos níveis atuais de resiliência da pessoa na avaliação da saúde mental, tendo por base os modelos duais de saúde mental, poderá ser um ponto de partida útil.

Em segundo lugar, e conseqüentemente, deverá ser considerada a necessidade dessas mesmas intervenções ou programas contemplarem uma definição, operacionalização e medida mais consistentes e específicas, para uma melhor avaliação e compreensão do conceito e da sua aplicação (Leppin et al., 2014; Masten, 2010; Southwick et al., 2011).

No que se refere às limitações do presente estudo, destaca-se, primeiramente, o fato de a amostra ser de conveniência trazer implicações para a representatividade da população adulta

e conseqüentemente limitar a generalização dos resultados. Numa investigação futura, utilizar um método de amostragem probabilística permitiria colmatar essa limitação ao incrementar a representatividade da amostra. A relação entre a idade e o género e as variáveis do nosso estudo necessita de ser mais aprofundada, de forma a ser melhor clarificada e compreendida. Seria ainda recomendado contemplar o estudo de diferenças culturais, uma vez que a amostra inclui participantes na sua maioria de nacionalidade portuguesa e que a literatura evidencia que diferentes culturas são suscetíveis de apresentar diferentes expressões e estratégias relativas à resiliência (Castro & Murray, 2010; Ungar, 2010).

De salientar o fato de os instrumentos utilizados para a avaliação da dimensão depressiva e da saúde mental incidirem, em parte, em índices associados ao afeto depressivo e particularmente no primeiro caso, embora não se refira a traços propriamente patológicos, apresentar uma relação muito próxima com as perturbações depressivas. Este fato é relevante no âmbito do presente estudo dado que este tem como objetivo o estudo da vulnerabilidade e da adaptação positiva no âmbito de um modelo dual de saúde mental, que avalie os aspetos positivos e negativos, ou seja, as fragilidade e forças individuais.

Uma outra questão reside num possível efeito de desajustabilidade social, face a índices de uma dimensão depressiva da personalidade e de saúde mental, que são suscetíveis de implicar questões de vulnerabilidade pessoal e de tolerância a afetos negativos.

Em síntese, o presente estudo parece contribuir para a compreensão da relação entre a dimensão depressiva da personalidade e a saúde mental e para o estudo da resiliência na população adulta e portuguesa. Do estudo resulta ainda a importância da avaliação das dimensões da personalidade e das forças individuais na avaliação da saúde mental, bem como o potencial papel da resiliência enquanto fator protetor na vulnerabilidade para a ocorrência de perturbação mental.

Consideramos, ao contemplar investigações futuras, que uma compreensão mais aprofundada da natureza e dinâmica da resiliência é necessária. Coloca-se a questão se, ao nível da saúde mental, a resiliência deve ser entendida através de modelos compensatórios, protetores ou de desafio. Por outro lado, a resiliência interage com outros fatores da vida diária, como o suporte social, crenças e oportunidades.

Estudos futuros deveriam investigar igualmente o desenho, praticabilidade e eficácia de intervenções baseadas na resiliência no âmbito da prevenção seletiva, i.e., para pessoas em risco de desenvolverem problemas de saúde mental, e da promoção da saúde mental e em intervenções precoces, nomeadamente nos cuidados de saúde primários.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J. M. & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Akiskal, H. S., Hirschfeld, R. M., & Yerevanian, B. I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 801-810.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing.
- Anaut, M. (2002). *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Bagby, R. M., Ryder, A. G., & Schuller, D. R. (2003). Depressive personality disorder: A critical overview. *Current Psychiatry Reports*, 5 (1), 16-22. doi: 10.1007/s11920-003-0004-6.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. Clayton & J. E. Barret (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven.
- Blatt, S. (1974). Levels of object representation in analitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S., D' Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 85(4), 383-389.
- Bonanno, G. A. (2004). Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A., & Mancini, D. (2011). Toward a lifespan approach to resilience and potential trauma. In Soutwick, S. M., Brett, T. L., Charney, D. & Friedman, M. J. (Ed.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 120-134). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bryant, R. A. (2015). Dismantling and integrating the levels of resilience. *Psychological Inquiry*, 26, 170–173. doi: 10.1080/1047840X.2015.1013346
- Burcusa, S. L., & Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959-985. doi:10.1016/j.cpr.2007.02.005

- Burns, R. A., & Anstey, K. J. (2010). The Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Testing the invariance of a uni-dimensional resilience measure that is independent of positive and negative affect. *Personality and Individual Differences*, *48*, 527–531. doi:10.1016/j.paid.2009.11.026
- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 585–599. doi:10.1016/j.brat.2005.05.001
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós*. Coimbra: Almedina.
- Campos, R. C. (2013). Conceptualization and preliminary validation of a depressive personality concept. *Psychoanalytic Psychology*, *30*, (4), 601–620. doi:10.1037/a0033961
- Campos, R. C. (2015). *Inventário de Traços Depressivos: Manual técnico*. Évora: Centro de Investigação em Educação e Psicologia, Universidade de Évora.
- Castro, F. G., & Murray, K. E. (2010). Cultural adaptation and resilience: Controversies, issues, and emerging models. In Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S., (Ed.), *Handbook of adult resilience* (pp. 375-403). New York: The Guilford Press.
- Charles, S., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review Psychology*, *61*, 383–409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448.
- Coimbra de Matos, A. (2001). *Depressão: Episódios de um percurso em busca do seu sentido*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *O Desespero: Aquém da depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais amor, menos doença: A psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Depression and anxiety: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, *18*, 76-82. doi:10.1002/da.10113
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, *30*, 479-495. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.003
- Faria-Anjos, J. & Ribeiro, M.T. (2011). Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a Portuguese population. *Psychiatric Research*. Manuscrito submetido a publicação.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*, *77*(6). doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00604.x

- Feder, A., Charney, D., & Collins, K. (2011). Neurobiology of resilience. In Soutwick, S. M., Brett, T. L., Charney, D. & Friedman, M. J. (Ed.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 1-28). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, *56*(3), 218-226. doi: 10.1037//0003-066X.56.3.218
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R. (2003). What Good Are Positive Emotions in Crises? A Prospective Study of Resilience and Emotions Following the Terrorist Attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*(2), 365–376. doi: 10.1037//0022-3514.84.2.365
- Freud, S. (1917/1980). *Luto e melancolia*. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud – vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920/1996). *Além do Princípio de Prazer*. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud – vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925/1980). *Inibições, sintomas e angústia*. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud – vol. XX). Rio de Janeiro: Imago.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, *14*(2). doi: 10.1002/wps.20231
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2011). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* *27*, 262–270. doi: 10.1002/gps.2712
- Griffiths, F. E., Boardman, F. K., Chondros, P., Dowrick, C. F., Densley, K, Hegarty, K. L., & Gunn, K. (2015). The effect of strategies of personal resilience on depression recovery in an Australian cohort: A mixed methods study. *Health*, *19*(1), 86 –106. doi: 10.1177/1363459314539774
- Gusmão R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., Almeida, J.M.C. (2005). O Peso das perturbações depressivas, aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, *18*, 129-146.
- Haddadi, P., & Besharat, M. A. (2010). Resilience, vulnerability and mental health. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *5*, 639–642. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.157
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, *76*, 18–27. doi: 10.1016/j.paid.2014.11.039

- Huprich, S. K. (1998). Depressive Personality: Theoretical issues, clinical findings, and future research questions. *Clinical Psychology Review, 18*(5), 447-500.
- Kent, M., & Davis, M. C. (2010). Resilience Interventions: The emergence of capacity-building programs and models. In Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S., (Ed.), *Handbook of adult resilience* (pp. 427-449). New York: The Guilford Press.
- Klein, D. N., & Miller, G. A. (1993). Depressive personality in nonclinical subjects. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1718-1724. doi.org/10.1176/ajp.150.11.1718
- Layne, C. M., Warren, J., Watson, P., & Shalev, A. (2007). Risk, vulnerability, resistance, and resilience: Towards an integrative conceptualization of posttraumatic adaptation. In Friedman, M. J., Keane, T. M., & Resick, P. A. (Ed.), *Handbook of PTSD Science and Practice*. New York/London: The Guilford Press.
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., et al. (2014) The efficacy of resiliency training programs: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS ONE, 9*(10), e111420. doi:10.1371/journal.pone.0111420
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluations and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.
- Lyubomirsky, S., & Porta, M. D. D. (2010). Boosting happiness, buttressing resilience: Results from cognitive and behavioral interventions. In Soutwick, S. M., Brett, T. L., Charney, D. & Friedman, M. J. (Ed.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 450-464). Cambridge: Cambridge University Press.
- Maddux, R. E., & Johansson, H. (2014). A Case of Depressive Personality Disorder: Aligning Theory, Practice, and Clinical Research. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*, (1), 117–124. doi: 10.1037/a0031680
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 56*, 227-238.
- Masten, A. S., Monn, A. R., & Supkoff, L. M. (2011). Resilience in children and adolescents. In Soutwick, S. M., Brett, T. L., Charney, D. & Friedman, M. J. (Ed.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 103-119). Cambridge: Cambridge University Press.
- Masten, A. S., & Wright, M. D., (2010). Resilience over the Lifespan: Developmental Perspectives on Resistance, Recovery and Transformation. In Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S., (Ed.), *Handbook of adult resilience* (pp. 213-237). New York: The Guilford Press.

- Meyer, P. S., & Mueser, K. T. (2011). Resiliency in individuals with serious mental illness. In Soutwick, S. M., Brett, T. L., Charney, D. & Friedman, M. J. (Ed.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 277-288). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mental Health Foundation (2016). *Fundamental Facts About Mental Health 2016*. London: Mental Health Foundation. Retrieved from <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/fundamental-facts-about-mental-health-2016>
- Miller, M. W., & Harrington, K. M. (2011). Personality factors in resilience to traumatic stress. In Soutwick, S. M., Brett, T. L., Charney, D. & Friedman, M. J. (Ed.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 56-75). Cambridge: Cambridge University Press.
- Min, J.-A., Lee, N.-B., Lee, C.-U., Lee, C., & Chae, J.-H. (2012). Low trait anxiety, high resilience, and their interaction as possible predictors for treatment response in patients with depression. *Journal of Affective Disorders*, *137*, 61–69. doi:10.1016/j.jad.2011.12.026
- Min, J.-A., Yub, J. J., Lee, C.-U., & Chae, J.-H. (2013). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *54*, 1190–1197. doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.008
- Min, J.-A., Lee, C.-U., Chae, J.-H. (2015). Resilience moderates the risk of depression and anxiety symptoms on suicidal ideation in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *56*, 103–111. doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.07.022
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., & Chow, S.-M. (2010) Positive emotions as a basic building block of resilience in adulthood. In Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S., (Ed.), *Handbook of adult resilience* (pp. 81-93). New York: The Guilford Press.
- Programa Nacional para a Saúde Mental (2015). Portugal. Saúde Mental em Números – 2015. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental health inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, saúde & doenças*, *2* (1), 77-99.
- Ribeiro, J. L. P. (2011). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo Editora.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, *58*(3), 307-321.

- Robinson, J. S., Larson, C. L., & Cahill, S. P. (2013). Relations Between Resilience, Positive and Negative Emotionality, and Symptoms of Anxiety and Depression. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(1), 92–98.
doi.org/10.1037/a0033733
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.56.1.89
- Skodol, A. E. (2010). The resilient personality. In Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S., (Ed.), *Handbook of adult resilience* (pp. 112-125). New York: The Guilford Press.
- Southwick, S. M., Pietrzak, R. H. & White, G. (2011). Interventions to enhance resilience and resilience-related constructs in adults. In Southwick, S. M., Brett, T. L., Charney, D. & Friedman, M. J. (Ed.), *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan* (pp. 289-306). Cambridge: Cambridge University Press.
- Southwick, S. M., Vythilingam, M., & Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 255-291.
doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143948
- Ungar, M. (2010). Cultural dimensions of resilience among adults. In Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S., (Ed.), *Handbook of adult resilience* (pp. 404-423). New York: The Guilford Press.
- Wahlbeck, K., Cuijpers, P., & Holte, A. (2015). *Prevention of depression and promotion of resilience in Europe*. Expert paper for the EU Group of Governmental Experts on Mental Health and Wellbeing, 1-9. Retrieved from
http://www.academia.edu/18969258/Prevention_of_depression
- Wang, X., Zhang, D., & Wang, J. (2011) Dual-factor model of mental health: Surpass the traditional mental health model. *Psychology*, 2(8), 767-772. doi: 10.4236/psych.2011.28117
- Waugh, C. E., & Koster, E. H. W. (2015). A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical Psychology Review*, 41, 49–60
doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.004
- Westerhoff, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119. doi: 10.1007/s10804-009-9082-y

- World Health Organization (2001). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
- World Health Organization (2000). *Gender disparities in mental health: An evidence based review*. Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization. Geneva: World Health Organization. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66539/1/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf
- World Health Organization (2016). *Mental health and older adults*. Fact sheet. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>
- World Health Organization (2017). *Depression and other common mental disorders*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). Resilience: A new definition of health for people and communities. In Reich, J. W., Zautra, A. J., Hall, J. S., (Ed.), *Handbook of adult resilience* (pp. 3-29). New York: The Guilford Press.