

Agradecimentos

Começaria por agradecer, especialmente, ao Professor Doutor Rui Campos pelos momentos de esclarecimento, pelos ensinamentos, pela qualidade do apoio, orientação e disponibilidade, e por promover o meu crescimento pessoal e profissional. E, porque não, também a amizade, que me tem sido facultada ao longo de grande parte do meu percurso académico, em especial na projecção e elaboração desta dissertação. Certamente sem ele, esta experiência e este desafio não teriam sido tão construtivos e enriquecedores quanto o foram. Como tal, espero ter correspondido às expectativas!

De seguida agradeço às pessoas do Serviço de Oncologia, do Hospital do Espírito Santo de Évora que contribuíram para a recolha dos dados e me colocaram à disposição as condições necessárias para tal.

Uma palavra de gratidão aos doentes, em especial aos que participaram no estudo, que pelo seu contributo foi possível fazer esta dissertação.

Obrigada a ti, querido André, pela tua paciência e cumplicidade em todos os momentos mais complicados deste trabalho e por acreditares em mim.

Agradeço também aos meus pais e à minha avó, pela confiança depositada em mim ao longo de todos estes anos de vida e de partilha, e pelo amor e carinho que ainda hoje me é dado e que me permite continuar.

Agradeço finalmente a todos os meus amigos, em especial à Filipa, Marta, Susana, Joana e ao Miguel e a todos aqueles, que à sua maneira me proporcionaram todo o apoio, elogios e críticas que me permitiram continuar este processo, sempre depositando em mim confiança e credibilidade.

Que este trabalho seja o primeiro de muitos outros...

Personalidade, stress, suporte social e adaptação à doença oncológica em doentes com cancro de mama

Resumo

Palavras-Chave: Adaptação à doença, Personalidade, Estilo anaclítico, Estilo introjectivo, *Stress*, Suporte Social, Cancro da mama.

O presente trabalho teve como objectivo dar um contributo para o estudo do efeito da personalidade, especificamente, dos estilos anaclítico e introjectivo da personalidade, de acordo com a conceptualização de Blatt (2008), o *stress* (a ansiedade e a depressão) e o suporte social no funcionamento psicológico de doentes com cancro da mama, mais especificamente na adaptação à doença e, também verificar a presença de um estilo anaclítico e a presença de comportamentos de saúde pouco saudáveis se relaciona com a gravidade da doença oncológica. Participou uma amostra de 50 doentes com cancro de mama com idades entre os 31-68 anos de idade. Os resultados obtidos mostram uma relação entre a personalidade e a adaptação à doença e entre esta e o *stress*, nomeadamente a depressão. O suporte social não se apresenta como moderador na relação entre personalidade anaclítica e a adaptação à doença. Os resultados revelam ainda uma relação entre a necessidade, dimensão desadaptativa da dependência, e a gravidade da doença. Os resultados foram discutidos e analisados de acordo com a literatura.

Personality, stress, social support and adaptation to the disease in patients with breast cancer

Abstract

Keywords: Adaptation to the disease, Personality, Analytical Style, Introjective Style, Stress, Social Support, Breast Cancer.

This study aims to contribute to the study of the effect of personality, specifically the analytical and introjective styles of personality, according to Blatt's conceptualization (2008); stress (anxiety and depression) and social support in the psychological functioning of breast cancer patients, more specifically in the adaptation to the disease and, also, to verify the presence of an analytical style and unhealthy health behaviors related to the severity of the oncological disease. A sample of 50 breast cancer patients from ages between 31 and 68 participated in this study. The results show a relation between personality and the adaptation to the disease, and between the latter and stress, namely depression. Social support is not present as a moderator in the relationship between analytical personality and the adaptation to the disease. The results also show a relationship between need, maladaptive dimension of dependence and the severity of the disease. The results were discussed and analyzed according to the literature.

Índice

Introdução	1
Parte I – Revisão Bibliográfica	5
1. A perspectiva teórica de Sidney Blatt	5
1.1 O desenvolvimento da personalidade	5
1.2 Os estilos de personalidade: anaclítico e introjectivo	10
1.2.1 Estilo de personalidade anaclítica em doentes neoplásicos	14
1.3 Depressão anaclítica ou de dependência e depressão introjectiva ou de auto-criticismo	15
1.4 Avaliação empírica da dependência e do auto-criticismo	19
2. A doença neoplásica	25
2.1 O cancro da mama	25
2.2 Os estádios de evolução do cancro da mama	27
2.3 Tipos de tratamento	28
2.4 Adaptação à doença neoplásica	31
3. Personalidade, Stress e Cancro da Mama	35
3.1 Estudos sobre a relação entre personalidade e cancro da mama	35
3.2 Stress e psicopatologia em doentes oncológicos (ansiedade e depressão)	38
3.3 A importância do suporte social em doentes oncológicos	43
Parte II – Estudo Empírico	47
4. Colocação do problema, objectivos e hipóteses de investigação	47
5. Metodologia	53
5.1 Caracterização da amostra	53
5.2 Instrumentos	54
5.3 Procedimentos	59

5.4 Procedimentos estatísticos utilizados	60
6. Resultados	61
6.1 Estatística descritiva	61
6.1 Análise de correlações	62
6.2 Análises de regressão múltipla	62
7. Discussão	67
Conclusão	73
Referências	75
Anexos	91

Introdução

Pretendemos com este estudo analisar o contributo dos construtos de personalidade anaclítico e introjectivo, enquanto estilos de personalidade (segundo a perspectiva teórica de Sidney Blatt) na compreensão do funcionamento psicológico de doentes com cancro de mama. Pretendemos, mais especificamente perceber o papel destes dois estilos de personalidade, avaliados pelo *Questionário de Experiências Depressivas*, na adaptação à doença, avaliado pela *Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro* e ainda se o estilo anaclítico se relaciona com a gravidade da doença oncológica. Foi também considerado o papel do *stress* avaliado pela *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar*, do *suporte social* avaliado pela *Escala de Satisfação e Suporte Social* e com os *comportamentos de saúde* avaliado pelo questionário *O Meu Estilo de Vida*.

Se a investigação no domínio da personalidade puder contribuir para compreender a forma como indivíduos que apresentam uma doença crónica se adaptam à doença em função de várias variáveis como o *stress*, o suporte social e determinadas dimensões da personalidade, então ela será certamente útil para a prática clínica. Esta investigação será vantajosa se nos permitir compreender como determinados estilos de personalidade, podem interagir com outras variáveis na previsão da adaptação à doença e contribuir para a própria gravidade da doença.

Tendo em conta o nosso conhecimento, nenhum trabalho publicado até à data relacionou os estilos de personalidade, propostos por Sidney Blatt, com a adaptação à doença oncológica.

A literatura faz várias referências ao facto de indivíduos com personalidade anaclítica apresentarem menor diferenciação cognitiva e uma maior preocupação com questões somáticas (Blatt, Cornell, & Eshkol, 1993; Blatt, 2008). Investigações indicam também que factores de personalidade apresentam um papel importante nos problemas de saúde, especialmente em doenças imunológicas. Com efeito, Blatt e colaboradores (1993) ligaram a dimensão anaclítica ao aparecimento e à evolução clínica de doenças neoplásicas.

Por outro lado, também vários estudos mostram uma relação entre a personalidade, o *stress* e as doenças somáticas. Deste modo, vários são os autores que concluem que a relação entre a personalidade e a saúde física pode conceptualizar-se de três formas: os traços de personalidade podem ter um papel causal na etiologia da patologia física, ao produzirem alterações neuro-endócrinas e imunológicas; os traços de personalidade podem funcionar como mediadores do *stress*, e por último, os traços de personalidade podem ser indicadores de uma maior

necessidade de suporte social e, por consequência, de uma melhoria ao nível da saúde (Botelho & Leal, 2007; Butow et al., 2000; Nakaya et al., 2003).

De facto, os traços de personalidade são importantes na forma como o indivíduo se comporta em situações de *stress* por exemplo (diagnóstico de cancro), pois funcionam como recursos pessoais, atenuantes do *stress*. É sabido que indivíduos que não lidam bem com o diagnóstico de cancro apresentam hostilidade elevada, medo do fracasso e elevado neuroticismo (Patrão & Leal, 2004).

Por outro lado, a literatura considera que o stress, e especificamente, as perturbações de humor têm uma grande prevalência em indivíduos com doença oncológica. A associação entre o cancro e o quadro depressivo e/ou ansioso é prevalente e surge como resultado da terapêutica, do prognóstico e da má qualidade de vida dos doentes (Barracough, 2000).

No que toca ao suporte social e familiar, num estudo realizado com doentes oncológicos constatou-se que os pacientes demonstravam um melhor ajustamento às dificuldades físicas e psicológicas associadas à doença, quando apresentavam elevados níveis de suporte emocional por parte das famílias (Weidman-Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978). Neste sentido, a literatura tem demonstrado que, perante as alterações e os desafios que o diagnóstico oncológico pode trazer, o suporte social desempenha um importante papel junto dos doentes com cancro (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Verifica-se, assim, a necessidade de suporte social como forma de lidar mais eficazmente com a doença oncológica, com os medos, ambiguidades e com questões associadas ao percurso e ao tratamento da mesma (Robinson & Tian, 2009). Baixos níveis de suporte familiar percebido parecem estar associados ao sofrimento psicológico (Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda & Peretz, 2003 cit. por Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978).

No presente trabalho os instrumentos de medida foram aplicados a mulheres com cancro de mama, utentes do Serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, tendo sido o diagnóstico de cancro de mama efectuado num período máximo de um ano, pelo seu médico oncologista. À data da aplicação dos questionários as participantes estavam submetidas a tratamento de quimioterapia ou radioterapia.

A seguir a esta introdução, contextualizamos, na primeira parte (revisão bibliográfica) e no primeiro capítulo, a perspectiva teórica de Sidney Blatt, explorando em pormenor o desenvolvimento da personalidade, descrevendo os estilos de personalidade anaclítico e introjectivo, bem como o estilo de personalidade anaclítico

nos doentes neoplásicos. Ainda neste capítulo descrevemos os conceitos de depressão anaclítica e depressão introjectiva. Apresentamos também vários estudos empíricos publicados sobre os construtos de dependência e auto-criticismo, avaliadas através do QED.

No segundo capítulo expomos a doença neoplásica, contextualizamos o cancro de mama, os estádios de evolução, os tipos de tratamento associados e os comportamentos de saúde e adaptação à doença oncológica.

No terceiro capítulo apresentamos vários estudos sobre a relação entre a personalidade, stress e cancro de mama. São examinados também aspectos como a ansiedade e a depressão e, por fim, a importância da percepção do suporte social nos doentes oncológicos.

Da segunda parte, relativa ao estudo empírico, consta o quarto capítulo onde expomos detalhadamente o objectivo e as hipóteses da nossa investigação.

No capítulo cinco descrevemos o plano metodológico da nossa investigação. Caracterizamos a amostra utilizada, bem como os instrumentos utilizados: Questionário de Experiências Depressivas (QED), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), O Meu Estilo de Vida (OMEV), Escala Reduzida de Ajustamento Mental à doença (Mini-Mac), Escala de Satisfação e Suporte Social (ESSS). Ainda neste capítulo descrevemos os procedimentos, bem como as análises estatísticas efectuadas para obtenção dos resultados.

No capítulo seis apresentamos os resultados obtidos e no capítulo sete procedemos à sua discussão.

Finalmente, tecemos algumas conclusões relativas ao trabalho efectuado.

Parte I – Revisão Bibliográfica

1. A perspectiva teórica de Sidney Blatt

1.1 O Desenvolvimento da personalidade

Vários foram os teóricos que ao longo dos seus estudos evidenciaram a importância para o desenvolvimento da personalidade das componentes do relacionamento e da auto-definição (Blatt & Blass, 1996).

Blatt & Blass (1990, 1992, 1996), na tentativa de compreenderem o desenvolvimento da personalidade, recorrem à conceptualização de Erikson. No entanto, algumas modificações foram introduzidas nesse modelo para que fosse reconhecido o papel do relacionamento no desenvolvimento da identidade e, por seu lado, para que fosse possível dar conta da interacção dialéctica entre o relacionamento e a auto-definição, como duas linhas distintas mas interactivas (Blatt & Blass, 1996) no desenvolvimento.

Embora os teóricos do desenvolvimento considerem, numa certa medida, ambas as dimensões do relacionamento e da auto-definição, muitas das teorias acerca do desenvolvimento enfatizaram uma delas: a separação e a auto-definição ou a vinculação e o relacionamento interpessoal (Blatt & Blass, 1992,). As várias teorias de desenvolvimento psicológico variam relativamente ao objectivo que consideram central para esse desenvolvimento: a vinculação ou a separação (Blass & Blatt, 1992; Campos, 2003), a identidade ou o relacionamento (Blatt & Blass, 1996), apesar de todas elas conceptualizarem o indivíduo como passando por experiências de relacionamento com figuras significativas e por experiências de separação (Blass & Blatt, 1992) e apesar ainda de a maior parte das conceptualizações considerar que o desenvolvimento constitui um processo através do qual os indivíduos interagem com os outros ao longo do ciclo de vida (Blatt & Blass, 1990).

Algumas conceptualizações, no entanto, enfatizam a integração das duas dimensões como central para o desenvolvimento e para o bem estar e maturidade psicológicos (Blatt & Blass, 1992). A separação e o relacionamento não são vistos como processos que se desenvolvem em paralelo (Blatt & Blass, 1996), nem como dimensões únicas, mas como interdependentes. São postulados por Blatt como objectivos básicos do desenvolvimento (Blatt & Blass, 1990; Blass & Blatt, 1992).

Diversas teorias da personalidade salientaram o processo de separação e individualização através do qual o indivíduo se esforça para a diferenciação, autonomia, independência e realização, de forma a construir a sua identidade. O desenvolvimento é visto como um processo através do qual as capacidades inatas

encontram expressão para atingir vários níveis de auto-definição e de funcionamento pessoal. As teorias que incidem sobre a separação focalizam-se nas experiências do “eu” como uma entidade separada e independente que pode promover conquistas e realizações ao longo da vida.

Mas o desenvolvimento da personalidade implica uma combinação complexa entre duas linhas ou processos fundamentais (Blatt & Blass, 1996) ou, mais especificamente, entre as tarefas que delineiam essas linhas de desenvolvimento (Blatt & Shichman, 1983): o estabelecimento de relações interpessoais cada vez mais maduras, recíprocas, mutuamente satisfatórias, estáveis e duradouras, e o desenvolvimento de uma identidade ou auto-definição ou de um sentido do *self*, como consolidado, diferenciado, realista, essencialmente positivo, estável e cada vez mais integrado (Blatt, 1990; Blatt & Blass, 1992; 1996; Blass & Blatt, 1992). Segundo Blatt e colegas (Blatt, 1990; 1991; Blatt & Blass, 1996; Blatt & Shichman, 1983; Guisinguer & Blatt, 1994), os dois processos, de individualização ou auto-definição e relacionamento evoluem de uma forma interactiva, dialéctica, recíproca, balanceada e mutuamente facilitadora (Blatt, 1995) ao longo de todo o desenvolvimento.

De acordo com o pensamento psicanalítico a ênfase na auto-definição está presente nas contribuições de Sigmund Freud, bem como em contribuições posteriores, de Mahler, Settlage, Anna Freud e Bios, que se debruçaram principalmente nos processos de separação-indivuação (Blatt, 2008).

Freud enfatizou a separação, a individualização e a independência. Mahler formulou o processo de separação-individualização como um distanciamento gradual da mãe, uma transição da dependência da infância para o funcionamento independente. Bios salienta a importância da separação ao longo do desenvolvimento e, sustentou que o processo de “incubação da membrana simbiótica” na infância (Mahler, 1963 citado por Blatt, 2008) se torna, na adolescência, através da família dependente e do enfraquecimento dos laços de objecto, numa constância de auto-estima cada vez mais independente das fontes externas (Blatt, 2008).

Com base no modelo epigenético psicossocial do desenvolvimento da personalidade articulado por Erikson (1950), pode ver-se como a individualidade se constrói através de um processo de desenvolvimento delineado, envolvendo a autonomia, a iniciativa, a indústria e finalmente a consolidação da identidade. A autonomia apresenta-se como uma sensação de liberdade que muitas vezes se desenvolve na reacção e oposição a uma outra pessoa. A ênfase está na separação e no sentimento de auto-controlo. A individualidade é expressa, posteriormente, no desejo de dar início e fazer valer as suas próprias capacidades.

Paralelamente às teorias da separação estão as teorias que enfatizam o relacionamento. A centralidade do relacionamento interpessoal no *focus* do desenvolvimento psicológico evoluiu a partir de investigações sobre a vinculação (por exemplo, Bowlby, 1958; Harlow, 1958), com estudos sobre o comportamento pré-social em crianças (por exemplo, Eisenberg & Mussen, 1989; Hoffman, 1981) e comportamento interpessoal em adultos (por exemplo, Baumeister & Leary, 1995). Vários termos são usados para identificar os aspectos deste processo de desenvolvimento do relacionamento interpessoal, incluindo a dependência, a cooperação, a colaboração, o afecto, a reciprocidade, a intimidade e a intersubjectividade.

Sampson define esta dimensão como um sentimento de que faz parte uma ordem social que procura estabelecer e manter a harmonia com a sociedade. Esta capacidade de harmonia e intimidade está relacionada com a satisfação conjugal, com o agrado pelo trabalho, com uma maior felicidade e satisfação com a vida e com uma ausência de ansiedade e doenças físicas (Blatt, 2008).

Em contraste com a extensa bibliografia sobre os diferentes níveis de auto-definição, a literatura acerca dos níveis de relacionamento interpessoal é relativamente escassa. No entanto, John Bowlby chamou a atenção para a importância da vinculação no desenvolvimento da personalidade e considera a propensão para estabelecer laços emocionais fortes, como uma base biológica que está activa a partir dos primeiros momentos da infância até à idade adulta. Com efeito, este autor considera que as vicissitudes da vinculação ao longo do ciclo de vida do indivíduo são expressas por um desejo de criar ligações “às vezes no papel de procura de cuidados e outras vezes numa prestação de cuidados” (Bowlby, 1988 citado por Blatt, 2008).

Blatt & Blass (1990, 1992, 1996), na tentativa de compreenderem o desenvolvimento da personalidade, socorrem-se da conceptualização de Erikson. Algumas modificações foram, no entanto, introduzidas nesse modelo, de forma a que fosse reconhecido o papel do relacionamento no desenvolvimento da identidade e na tentativa de dar conta da interacção dialéctica entre o relacionamento e a auto-definição como duas linhas distintas mas interactivas no desenvolvimento (Blatt & Blass, 1996).

O primeiro passo na tentativa de ‘melhorar’ o modelo de Erikson foi a adição de um novo estágio de cooperação/alienação entre os estádios de iniciativa/culpa e realização/inferioridade. A sequência linear de oito estádios de Erikson pôde ser então dividida em duas linhas paralelas de relacionamento/vinculação e de auto-definição/separação (Blatt, 1990, 1995; Blatt & Blass, 1990, 1992, 1996), passando o modelo a ilustrar a complexa interacção entre essas duas linhas. O primeiro estágio de

confiança/desconfiança passa a pertencer à linha do relacionamento e o segundo e terceiros estádios, respectivamente autonomia/vergonha e iniciativa/culpa, à linha de auto-definição. O quarto estádio, cooperação/alienação, passa a pertencer à linha de relacionamento. O quinto e sexto estádios, respectivamente realização/inferioridade e identidade/difusão da identidade, pertencerão à linha de auto-definição. O sétimo estádio, de intimidade/isolamento, à linha de relacionamento e, finalmente, os últimos dois estádios, de generatividade/estagnação e integridade/desespero, passaram a pertencer à linha de auto-definição.

Apesar das duas linhas interagirem ao longo do ciclo de vida num complexo processo dialéctico, de forma interactiva, recíproca e equilibrada, são mais integradas na parte final do desenvolvimento, permanecendo relativamente independentes uma da outra nos primeiros anos, até à adolescência (Blatt, 1995; Blatt & Blass, 1996). Na parte final do desenvolvimento, diferentes aspectos das duas linhas são integrados num sistema de *nós* ou num *sentido do self na relação*.

Da integração do conceito de *self* e do conceito do *outro* surge o conceito de *nós*, aliado ao aparecimento do pensamento operatório formal e à resolução do conflito edipiano, concretizando-se de forma mais abstracta na adolescência, quando o indivíduo começa a lidar “com propriedades psicológicas internas do *self* e dos outros” (Blatt & Blass, 1996).

O indivíduo vai-se desenvolvendo tendo sempre em conta a qualidade das relações, os modos expressivos do *self* e os sentimentos relativos ao *self*. Estes componentes vão sendo internalizados por ele, à medida do seu desenvolvimento (Blatt, 1995). O relacionamento e a separação não são vistos como processos que se desenvolvem em paralelo (Blatt & Blass, 1996), nem como dimensões únicas, mas como interdependentes. O objectivo de atingir um sentido do *self* como separado e uma vinculação de qualidade estão, em grande parte, por detrás da qualidade específica dos eventos relacionais e intrapsíquicos, determinando acções, sentimentos e pensamentos do próprio (Blass & Blatt, 1996).

Por outro lado, o desenvolvimento psicológico define-se como um processo em que o indivíduo, através do relacionamento com as figuras significativas, internaliza aspectos da qualidade dessas mesmas relações: as capacidades funcionais vivenciadas, as atitudes e os sentimentos conscientes e inconscientes acerca das suas próprias expressões e daquelas que fazem parte dos relacionamentos nos vários estádios de desenvolvimento. Desta forma, é através das internalizações que o indivíduo faz das interacções com os outros, em cada fase de desenvolvimento que se forma a base da progressão do seu desenvolvimento (Blatt & Blass, 1996).

Como foi dito, e sintetizando, de acordo com Blatt, o desenvolvimento da personalidade implica uma transacção complexa entre duas linhas ou processos fundamentais (Blatt & Blass, 1992), ou mais especificamente entre as tarefas que delineiam essas linhas de desenvolvimento (Blatt & Shichman, 1983): o estabelecimento de relações interpessoais cada vez mais maduras, recíprocas, mutuamente satisfatórias, estáveis e duradouras, e o desenvolvimento de uma identidade ou auto-definição, de um sentido do *self*.

A maturação normal envolve uma reciprocidade entre duas tarefas primárias que correspondem a duas linhas primárias de desenvolvimento ao longo do ciclo de vida: o estabelecimento da capacidade de formar relações interpessoais estáveis, duradouras e mutuamente satisfatórias (linha desenvolvimental anaclítica) e, a construção de uma identidade diferenciada, consolidada, estável e realista (linha desenvolvimental introjectiva).

Acontece que os sujeitos, ao tentarem lidar com as eventuais falhas ou perturbações do seu desenvolvimento, acabam por colocar uma ênfase exagerada num destes aspectos do desenvolvimento – no relacionamento interpessoal ou na auto-definição.

Assim, a psicopatologia é sempre caracterizada pela falta de flexibilidade entre as duas linhas desenvolvimentais (Blatt, 2008). Quando isso acontece, o sujeito apresenta-se vulnerável à psicopatologia. As diferentes perturbações podem surgir como resultado, segundo Blatt (1991; 1995), de diferentes tipos de perturbações nas estruturas ou esquemas cognitivo-afectivos, estabelecidos nas relações interpessoais ao longo do seu desenvolvimento. Estas estruturas psicológicas estáveis dirigem os comportamentos quer na esfera interpessoal, quer noutros domínios (Blatt, 1991; 1995). Os esquemas vão-se desenvolvendo à medida que ocorre a maturação psicológica do indivíduo e à medida que este vai vivenciando exigências de diversos tipos (Blatt, 1995). Quando estas exigências são adequadas à idade, a criança é capaz de alterar os seus esquemas existentes de forma a acomodar a nova experiência, mas quando as exigências vão para além das capacidades da criança, pode verificar-se uma perturbação do desenvolvimento dessas estruturas cognitivo-afectivas (Blatt, 1995).

Geralmente, as experiências traumáticas mais precoces resultam nas formas mais graves de psicopatologia. Mas é importante salientar que experiências interpessoais construtivas, como as relações terapêuticas, podem vir a melhorar ou alterar a trajectória de desenvolvimento estabelecida nas experiências precoces (Blatt, 1995).

Enquanto pequenos desvios no desenvolvimento normal são responsáveis pela formação de estilos de personalidade normais (anaclítico e introjectivo), desvios mais acentuados definem as duas configurações primárias da psicopatologia. As psicopatologias no adulto podem ser entendidas como “expressões de perturbações no desenvolvimento dos vários níveis de esquemas cognitivo-afectivos” (Blatt, 1995), em consequência de perturbações nas relações significativas, em determinados pontos do desenvolvimento (Blatt, 1991).

Em resultado de perturbações no processo normal de desenvolvimento, “alguns indivíduos, maioritariamente as mulheres, tornam-se excessivamente preocupados com o relacionamento, em detrimento do desenvolvimento do conceito do *self*” (Blatt, 1990, p.310). Os homens, mais frequentemente, lidam com perturbações no processo dialéctico de desenvolvimento normal, “exagerando nas tentativas de consolidar um sentido do *self*” em detrimento do estabelecimento de relações (Blatt, 1990, p.310-311).

As formas de psicopatologia dentro da configuração anaclítica focam-se principalmente em questões relacionadas com a qualidade dos relacionamentos interpessoais. O desenvolvimento do *self* é negligenciado devido à preocupação estar meramente focalizada no estabelecimento e manutenção de relações interpessoais satisfatórias. A natureza e qualidade das interações interpessoais determinam os pensamentos e sentimentos sobre o *self*. Por outro lado, as formas de psicopatologia dentro da configuração introjectiva apresentam uma ênfase excessiva nos aspectos da auto-definição. O desenvolvimento de relações interpessoais satisfatórias é negligenciado devido à luta constante para estabelecer e manter a identidade. As preocupações com os aspectos da auto-definição dominam e determinam a natureza e qualidade dos relacionamentos interpessoais (Blatt, 2008).

1.2. Os Estilos de Personalidade: Anaclítico e Introjectivo

Apesar de a normalidade poder ser hipoteticamente definida como uma integração entre o relacionamento e a auto-definição, dentro dos limites dessa normalidade os indivíduos podem colocar maior ênfase num dos processos do desenvolvimento, definindo-se assim duas configurações básicas de personalidade, anaclítica e introjectiva, respectivamente consoante a ênfase é colocada, na linha do relacionamento ou da individualidade. Estes dois tipos ou estilos de personalidade foram propostos tendo por base a fenomenologia das experiências relevantes para o indivíduo e apresentam modos particulares de cognição, de mecanismos defensivos e

de adaptação e diferentes estilos de relação (Blatt & Blass, 1992; Blatt & Schichman, 1983; Blatt, 1990).

Anaclítico foi o termo dado por Freud para caracterizar as relações interpessoais que normalmente decorrem da dependência, como a mãe, que simboliza o objecto de amor. O termo introjectivo foi utilizado por Freud para descrever processos mentais, através dos quais os valores, os padrões de cultura, as motivações e as restrições são assimilados, consciente ou inconscientemente, como princípios orientadores através da aprendizagem e da socialização (Blatt, 2008).

A organização da personalidade anaclítica é modulada pela ênfase no relacionamento interpessoal, nomeadamente com figuras significativas, onde predomine o afecto. Em termos relacionais, estes indivíduos valorizam o estabelecimento de relações próximas e íntimas e preocupam-se em dar afecto num contexto de segurança e cooperação. No entanto, querem que essa preocupação seja recíproca. São muitas vezes influenciados pelo ambiente a que estão sujeitos, procuram experiências de fusão e harmonia, estando interessados na reconciliação com os seus pares. Apresentam um conjunto de medos de perda e abandono e uma tendência para procurar a ajuda e o apoio dos outros, especialmente quando confrontados com situações de *stress* (Luyte et al., 2007). São pessoas sensíveis às questões interpessoais, distraídas, passivas, submissas, emocionalmente ingénuas, focadas sempre mais nos sentimentos do que nas ideias. O seu pensamento é muito mais intuitivo e determinado por afectos, sentimentos e reacções pessoais, do que por factos e detalhes (Blatt, 2008).

Em termos cognitivos, os indivíduos anaclíticos tendem a ser mais “niveladores”, ou seja, minimizam as diferenças entre eles e os outros e, por esse motivo, os seus relacionamentos tendem a ser estáveis, seguros e harmoniosos. Preferem a síntese e a integração no todo dos vários elementos, em vez de uma análise crítica dos detalhes, em separado. A configuração anaclítica da personalidade é *orientada para o objecto*, envolvendo temas como a intimidade e o relacionamento, que são expressos por preocupações como a proximidade, confiança, dependência e capacidade de dar e receber amor num contexto de segurança e cooperação (Blatt & Shichman, 1983). O seu modo instintivo principal é libidinal (Campos, 2003).

Em amostras não clínicas, indivíduos anaclíticos, com elevados resultados no factor de dependência no Questionário de Experiências Depressivas (QED), tendem a ser agradáveis, orientando-se para relações interpessoais e tendo sempre uma interacção solidária com os outros (Mongrain, 1998). Outros estudos (Priel & Besser, 2001) evidenciam que as relações anaclíticas podem ter características adaptativas e pró-activas, uma vez que as mesmas estão associadas a uma orientação positiva para

os outros e à procura de um apoio social. No entanto, este estilo também pode apresentar características relacionais inadequadas, uma vez que os sujeitos tendem a ter um estilo ansioso e podem ter preocupações interpessoais marcadas (Blatt & Shichman, 1983).

No lado oposto estão os indivíduos com personalidade introjectiva, preocupados mais com problemas de auto-definição do que com questões de relacionamento interpessoal (Blatt, 2008). O seu pensamento tende a ser muito mais literal, sequencial e crítico. A acção, o comportamento manifesto, a lógica, a consistência e a causalidade são preferidos em detrimento das relações e dos sentimentos. A ênfase é na análise e não na síntese, na exploração crítica dos detalhes e das partes. Estes indivíduos tendem a ser independentes de campo. O seu principal objectivo é a assertividade e o prestígio, bem como o controlo e o poder. O seu modo instintivo principal envolve a agressividade e a assertividade ao serviço da auto-definição e não a intimidade e a ligação. O desejo principal é ser reconhecido, respeitado e admirado (Campos, 2003).

Os indivíduos auto-críticos são idealistas, críticos e julgam-se a eles próprios e aos outros, colocando sempre à frente os valores e a razão para delinear o futuro, em vez das emoções (Blatt & Shichman, 1983). Normalmente confiáveis e firmes, tendem a ser rígidos quando tomam uma decisão e se comprometem a pô-la em prática. Avaliam sempre todas as alternativas antes de chegarem a uma conclusão. Por essa mesma razão, são hesitantes no que toca aos compromissos, uma vez que quando tomam a decisão sentem-se obrigados a cumpri-la, certificando-se sempre que as tarefas são realizadas correctamente, com precisão e planeadas de forma lógica e sistemática (Blatt, 2008).

Em amostras não clínicas, indivíduos introjectivos, com resultados elevados no factor de auto-criticismo do QED, mostram-se mais introvertidos, irritáveis e críticos de si próprios e dos outros, isolados e distantes (Mongrain, Vettese, Shuster, & Kendal, 1998; Mongrain & Zuroff, 1994), sendo que as suas interacções interpessoais são caracterizadas como mais desagradáveis e hostis (Mongrain et al., 1998; Zuroff & Duncan, 1999).

Um estudo realizado com estudantes universitários mostra que, controlando os níveis de depressão, existe uma maior intenção suicida e uma maior fatalidade nos comportamentos suicidas em sujeitos introjectivos quando comparados com estudantes anaclíticos (Fazaa & Page, 2003).

No que diz respeito às relações interpessoais, é importante reforçar a ideia de que os indivíduos introjectivos tendem a desprezar a intimidade e a distanciarem-se

das experiências emocionais e dos outros, apresentando por isso um estilo de vinculação tipicamente evitante (Blatt, 2008).

Diferentes tipos de mecanismos de defesa e estilos de *coping* estão relacionados com as duas configurações básicas de personalidade (Blatt, 1990). Quer os mecanismos defensivos evitantes como a negação e a repressão, quer os neutralizantes como a projecção, a intelectualização, a formação reactiva e a sobrecompensação, tentam manter os aspectos psíquicos dolorosos fora da consciência. Os primeiros evitam que o indivíduo reconheça a existência de questões conflituais. Os segundos modificam, convertem e disfarçam as questões conflituais, de modo a permitir uma auto-definição positiva. Deste modo, não evitam o conflito e transformam a questão conflitual numa forma alternativa aceitável (Blatt, 1990). As duas categorias gerais de mecanismos defensivos (evitantes e neutralizantes) têm um paralelo com modos particulares de pensamento, afectividade e comportamento, que são parte integrante do estilo de carácter (Blatt, 1990; Blatt, Cornell, & Eshkol 1993).

Os indivíduos que privilegiam o estabelecimento de relações interpessoais e negligenciam a auto-definição (estilo anaclítico) usam sobretudo mecanismos defensivos de tipo evitante (Blatt, 1990). Se considerarmos as expressões psicopatológicas associadas a cada uma das linhas de configuração da personalidade, pode dizer-se que a negação é o mecanismo defensivo menos eficiente, ocorrendo em níveis inferiores da configuração, geralmente para defender o sujeito da raiva que poderia comprometer os relacionamentos interpessoais. O mecanismo de evitamento mais efectivo é o recalçamento, usado nos níveis mais elevados da dimensão anaclítica no sentido de conter os desejos eróticos e de competição.

Os indivíduos que investem sobretudo na auto-definição (estilo introjectivo) usam sobretudo mecanismos defensivos neutralizantes (Blatt, 1990), tais como o isolamento, regressão e projecção, num nível primitivo do desenvolvimento, nos casos de paranóia; formação reactiva, intelectualização, racionalização e negação, num nível intermédio, em pacientes obsessivo-compulsivos. Num nível superior da configuração introjectiva, predominam mecanismos de defesa como a introjecção e identificação com o agressor, nos casos de depressão e, sobrecompensação, no caso da perturbação narcísica da personalidade (Blatt, 2008).

No desenvolvimento normal, o sujeito consegue fazer uma análise integrada ao nível dos mecanismos de defesa, utilizando, por exemplo, a sublimação, que pode ser considerada como uma integração do deslocamento, da repressão (evitantes) e da sobre-compensação (neutralizante) (Blatt, 1990).

1.2.1 Estilos de personalidade anaclítica em doentes neoplásicos

Algumas investigações indicam que factores de personalidade apresentam um papel importante nos problemas de saúde, especialmente em doenças imunológicas. No entanto, há alguma dificuldade em compreender como os factores psicológicos podem influenciar doenças médicas (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1992).

Os traços de personalidade podem contribuir negativamente para a evolução de um estado físico e podem mesmo ser considerados um factor de risco para a sua ocorrência. A relação entre o estilo de personalidade e a doença física é complexa. Podem considerar-se diversas variáveis, ditas mediadoras, entre as quais os comportamentos de saúde, os estilos de *coping* e os estilos de vida de cada pessoa (Campos, 2009a). Por outro lado, importa salientar o papel do sistema emocional. Se há um défice no funcionamento emocional, o corpo é directamente atingido por agressores vários (Campos, 2009a).

Por outro lado, sujeitos com determinadas configurações de personalidade estarão mais sujeitos a determinados factores negativos do meio, cuja exposição foi, em parte, determinada por essa mesma personalidade, factores estes que poderão contribuir para o aparecimento de doença (Campos, 2009).

Com efeito, Blatt, Cornell, & Eshkol (1993), com base em diversas evidências empíricas, ligaram a dimensão anaclítica ao aparecimento e à evolução clínica de doenças neoplásicas, associadas a uma desregulação do sistema imunitário, como por exemplo o cancro da mama. A dimensão dependente da personalidade surge associada à necessidade de ajuda, à labilidade emocional e a preocupações com as relações.

A formulação de um estilo de personalidade anaclítico fornece um modelo útil na integração de resultados empíricos para a compreensão de alguns dos mecanismos que ligam as variáveis de personalidade ao processo de doença, identificando a relação entre factores de personalidade e a progressão de doenças imunológicas (Blatt et al., 1993). Sendo este tipo de personalidade caracterizado pela dependência acentuada dos outros, bem como pelo uso de defesa do tipo evitante, os indivíduos podem evitar reconhecer a sua doença, o seu estado físico e os resultados médicos. Parece verificar-se que as pessoas que tendem a utilizar massivamente esse mecanismo de defesa não se apercebem do aumento da activação fisiológica devido a factores de *stress*. Desta forma, não respondem de forma a reduzir esses mesmos factores e podem experimentar episódios prolongados de activação fisiológica. Estes períodos podem actuar, desregulando o funcionamento imunológico, devido à

incapacidade das células para dar uma resposta adequada ao estado crónico de activação (Campos, 2009a).

O facto de utilizarem mecanismos defensivos do tipo evitante traduz-se na dificuldade de se confrontarem com a doença e, por consequência, intensifica a sua dependência relativamente a outros para receberem apoio emocional e cuidados. Por outro lado, pelo facto de negarem ou reprimirem a gravidade da doença, parecem mostrar-se tranquilos em relação a esta. Quando os indivíduos dependentes expressam sentimentos de sofrimento e angústia, esses não estão directamente relacionados com a doença, mas sim com as questões de índole relacional. Quando os indivíduos percebem a falta de cuidados e preocupações por parte dos seus significativos, mostram sentimentos de angústia e sofrimento (Blatt et al., 1993).

Assim, uma série de factores psicossociais centrais no estilo de personalidade anaclítica, como defesas repressivas, o desamparo e preocupações com as relações interpessoais, parecem estar associados ao aumento da incidência e da exacerbação do curso de doenças neoplásicas (Blatt et al., 1993).

Estudos revelam que o desamparo pode levar a uma diminuição da imunidade e ao aumento da ocorrência de tumores. Por exemplo, a separação precoce entre mãe e filho poderá resultar numa maior vulnerabilidade a doenças neoplásicas e infecciosas, devendo-se tal facto à redução significativa do número de linfócitos e à supressão das funções dos mesmos (Campos, 2009a).

Em síntese, como as investigações que se debruçam sobre a associação entre factores psicológicos e factores de risco para o cancro têm-se concentrado principalmente no cancro de mama. (Jacobs & Bovasso, 2000). Em geral concluíram que dimensões de personalidade, e a experiência de eventos de vida negativos estão associados ao risco de desenvolvimento de cancro (McKenna , Zevon, Corn, & Rounds, 1999). Por exemplo, estudos com mulheres em processo de divórcio relataram grande dependência relativamente aos seus ex-maridos e, após a separação, há uma maior vulnerabilidade à perda, mostrando-se menos imunes, através da supressão da resposta imunológica (Bleiker, Pouwer, Ploeg, Leer , & Ader, 2000).

Um estudo evidenciou que os pacientes que demonstraram um maior desamparo em termos de suporte social, no momento da biopsia (extirpação de um fragmento de órgão de um indivíduo vivo, para uma análise histológica), foram significativamente mais propensos a ter cancro que aqueles que se mostraram mais optimistas (Sklar & Anisman, 1981; Schmale & Iker, 1971 citado por Blatt et. al, 1993).

1.3 Depressão anaclítica ou de dependência e depressão introjectiva ou de auto-criticismo

A depressão, através do seu conjunto de sintomas, enquadra-se inevitavelmente numa estrutura ou estruturas de personalidade. É, por este motivo, que se pode conceptualizar uma continuidade entre o normal e o patológico, entre a ausência e a presença de depressão clínica, entre as formas normais e patológicas de depressão (Blatt, D'Afflitti, & Quinlan, 1976). Blatt e colaboradores (1982) afirmam que os seus resultados sugerem que a depressão pode ser estudada como um contínuo entre a normalidade e os estados depressivos graves, podendo ser vista como um desvio do processo normal de desenvolvimento. Consideram que as diversas formas de psicopatologia não deverão ser vistas como entidades separadas, mas como estilos desadaptativos que têm uma continuidade com o processo normal. Os estados depressivos introjectivo e anaclítico são considerados experiências universais (Zuroff & Mongrain, 1987), que podem variar em grau, constituindo estados afectivos disfóricos passageiros até constituir formas clínicas graves e prolongadas.

Segundo a conceptualização de Sidney Blatt, a dependência e o auto-criticismo, para além de corresponderem ou estarem associados a duas configurações psicopatológicas, podem ser entendidos, de forma específica como dois tipos de depressão ou dois tipos de experiências depressivas. Por outro lado, podem também ser vistos como dois estilos de personalidade que podem constituir factores de vulnerabilidade ou predisposição à depressão (Blatt, 1974, 1990, 1998, 2004; Blatt & Blass, 1992, 1996; Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1976; Blatt & Homann, 1992; Blatt & Maroudas, 1992). Indivíduos com estilos de personalidade dependente ou auto-crítico estão vulneráveis a vivenciar estados depressivos perante acontecimentos de vida *stressantes*. Os dependentes seriam sobretudo susceptíveis a acontecimentos perturbadores na esfera interpessoal e os auto-críticos a acontecimentos perturbadores na esfera da realização pessoal e da auto-definição. Os primeiros apresentariam, quando deprimidos, depressões anaclíticas ou de dependência e os segundos depressões introjectivas ou de auto-criticismo (Campos, 2000).

Neste sentido, pode salientar-se que, na conceptualização de Blatt, os termos anaclítico e introjectivo referem-se fundamentalmente a estados de humor e a estruturas de carácter onde esses estados de humor são frequentes (Zuroff et al., 1983; Zuroff & Mongrain, 1987). Não há uma relação directa entre a presença de um estilo anaclítico (ou de dependência) ou introjectivo (ou de auto-criticismo) e a depressão como síndrome clínica, embora esses estilos se constituam como pontos de vulnerabilidade.

Os dois tipos de vulnerabilidade à depressão teriam origem em momentos diferentes do desenvolvimento, constituindo-se como consequência de tipos específicos de interações perturbadas com as figuras significativas e, para além disso, podiam ser relativamente moderados ou atingir níveis graves. Deste modo, os estados afectivos ou experiências depressivas podem variar na sua intensidade, constituindo-se desde experiências depressivas passageiras a estados clínicos profundos e graves (Blatt, 1974). Vários autores propõem um modelo diatése/*stress* (Blatt & Zuroff, 1992; Hokanson & Butler, 1992), em que diferenças em duas dimensões da personalidade, uma excessiva preocupação com as relações interpessoais ou uma excessiva preocupação com realizações individuais, constituem factores ou tipos de vulnerabilidade específicos para a depressão (Robins, Hayes, Block, Kramer & Villena, 1995; Baltt & Maroudas, 1992). A depressão tem origem em perturbações específicas do desenvolvimento, ocorrendo em resposta a acontecimentos também específicos, mais tarde no ciclo de vida (*congruência personalidade-acontecimento*) e manifestando-se em diferentes padrões de sintomas (*congruência personalidade expressão*).

A investigação na área da psicopatologia tem conceptualizado uma predisposição psicológica para a depressão, considerando a personalidade depressiva como factor predisponente (Akiskal citado por Baker, Nennyer, & Barris, 1997). O estudo da personalidade depressiva tem já uma longa história na literatura psicanalítica e o trabalho de Blatt poderá considerar-se como sendo um dos mais sistemáticos sobre o desenvolvimento desse tipo de personalidade (Campos, 2009b). No seu modelo, os factores de personalidade serviram de base para um sistema de classificação, assumindo também um papel fundamental na génese da depressão (Baker et al., 1997). A identificação de tipos de personalidade depressiva poderá ser útil na compreensão da variabilidade em termos do funcionamento interpessoal no grupo dos depressivos (Viglione, Lovette, Gottlieb, & Friedberg, 1995).

O sujeito com depressão anaclítica torna-se incapaz de tolerar a ausência física, real do objecto, isto porque não foi capaz de o introjectar e predomina por isso o medo da perda do objecto de apoio. Não se dá a interiorização permanente do “bom” objecto e é por isso que a perda é insuportável, porque o sujeito ainda não o construiu dentro do seu mundo interno (Campos, 2009b). Neste sentido, todos estes medos levam a uma constante exigência e necessidade da presença visível e física dos objectos. O objecto é valorizado pela capacidade de gratificar, suprimir e anular necessidades. O adiamento dessa gratificação e conseqüentemente os sentimentos de frustração e privação originam sentimentos de raiva, que não são expressos, devido ao medo de destruir o objecto e, de perde-lo enquanto fonte de satisfação (Blatt & Shichman,

1983). As fortes exigências destes indivíduos provocam nos outros sentimentos de raiva e, por consequência, a rejeição que tanto temem. As suas experiências relacionais são marcadas por oscilações rápidas entre uma atitude submissa e passiva e uma atitude de marcada exigência (Campos, 2000).

Na depressão introjectiva encontram-se sentimentos de desvalorização, de não ser merecedor de amor, sentimentos de culpa e de não ter vivido à altura das expectativas, o que conduz à desaprovação e crítica por parte do objecto (Blatt, 1974). Encontra-se um super-eu severo, ideais muito exigentes, uma moralidade cerrada e uma constante auto-avaliação. Existe culpa devido a tentações ou pensamentos de transgressão e um sentimento de não ser amado (Blatt & Shichman, 1983). Nesta forma de depressão existe uma excessiva necessidade de perfeccionismo, uma tendência para assumir a responsabilidade e o sentimento de não conseguir aprovação, aceitação e reconhecimento. Há uma constante preocupação com poder ser punido. “Sentimentos hostis e ambivalentes em relação ao objecto são difíceis de expressar por medo de perder o amor [desse] objecto” (Blatt, 1974 p. 117). A sua presença é necessária não tanto para proporcionar gratificação, mas sim aceitação e aprovação. Na depressão introjectiva “há um nível de desenvolvimento do ego superior e as relações encontram-se nos estádios mais tardios de separação-individação” (Blatt, 1974,p. 118). As representações do *self* e do objecto encontram-se num nível de desenvolvimento mais elevado. A vivência da culpa exige um sentido mais elaborado do *self* e uma capacidade de auto-reflexão e avaliação “das sequências de causalidade, quer assumindo a responsabilidade por um acto, quer considerando modos alternativos... de reparação” (Blatt, 1974, p. 119).

A introjecção e a identificação com o agressor substituem a negação. As relações com os objectos persistem para lá das experiências de gratificação e frustração. Existe uma preocupação em receber amor e aprovação. Subsiste também a necessidade de que o objecto possa aceitar o amor do próprio sujeito por ele, permanecendo, sobretudo, um medo de perder o amor, aprovação e aceitação do objecto e não tanto de perder o próprio objecto (Blatt, 1974). As relações são fundamentalmente ambivalentes, sem que essa ambivalência seja resolvida. O envolvimento excessivo em várias actividades pelo indivíduo introjectivo pode ser visto como um mecanismo de compensação de sentimentos de inferioridade, culpa, auto-crítica e desvalorização. Associado a ideias megalómanas está um sentimento de culpa e de vergonha por não ter estado à altura das expectativas, reflectindo a actividade do super-eu e as internalizações de atitudes críticas e punitivas. Tentativas de realização pessoal são levadas a cabo para obter aprovação, reconhecimento e

compensar sentimentos de insucesso, ficando perturbada a capacidade de satisfação (Baltt & Maroudas, 1992).

1.4 Avaliação empírica da dependência e do auto-criticismo

A distinção entre pacientes que se centram em questões de relacionamento e pacientes que se centram em questões de auto-definição teve um impacto considerável na recente investigação sobre a personalidade, a psicopatologia e a depressão (Blatt, 2008). Por outro lado, a distinção entre uma configuração anaclítica e introjectiva na personalidade, na psicopatologia, e na depressão é corroborada pelos resultados obtidos na investigação (Blatt, 1990; 2004).

Blatt e colegas (Blatt, D’Afflitti et al., 1976; Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1979) desenvolveram o Questionário de Experiências Depressivas (Q.E.D.) que permite medir os dois tipos de depressão, anaclítica ou de dependência e introjectiva ou de auto-criticismo, ou mais genericamente as dimensões anaclítica e introjectiva da personalidade (Zuroff et al., 1992).

“A análise factorial revelou a existência de três factores: o factor I, designado de "dependência", inclui itens direccionados sobretudo para o exterior. Dizem respeito às relações interpessoais e envolvem temas como a preocupação em ser abandonado ou rejeitado, ou com perder os outros, sentir-se só e desamparado e querer estar perto, relacionar-se e depender dos outros. Envolvem também preocupações sobre poder ofender ou magoar alguém, o que leva a dificuldades em expressar a raiva por medo de vir a perder a gratificação que o outro pode proporcionar (Blatt & Homann, 1992, p.50). “O factor II, designado de "auto-criticismo", é constituído por itens com uma dimensão mais interna, que expressam preocupações de culpa, vazio interno, desespero, insatisfação, insegurança e o sentimento de não ter estado à altura das expectativas e dos objectivos. Expressam também dificuldades em assumir responsabilidades, uma vez que apresentam uma tendência em assumir a culpa e ser crítico em relação a si próprio e a desvalorizar-se” (Blatt & Homann, 1992, p.50).

A análise factorial revelou ainda, além dos dois principais factores consistentes com as duas dimensões da depressão previamente apresentadas por Blatt (1974) - (Blatt, D’Afflitti et al., 1976), a existência de um terceiro factor denominado “eficácia”. “Os itens que nele mais saturam envolvem confiança sobre as capacidades e recursos do próprio, o sentimento de possuir força interior, ser capaz de assumir responsabilidades, sentir-se independente, orgulhoso e satisfeito com as suas próprias realizações. Os indivíduos com resultados elevados nesta escala caracterizam-se por

possuírem sentimentos de realização pessoal e por uma orientação para objectivos, mas não por excessiva competitividade” (Blatt & Homann, 1992, p.51).

Os três factores apresentaram-se bastante estáveis na amostra de aferição de raparigas e as soluções factoriais para rapazes e raparigas mostraram-se semelhantes quando se utilizou o coeficiente de congruência de Tucker (Blatt, D’Afflitti et al., 1976). A estrutura factorial foi reproduzida usando amostras maiores de universitários de ambos os sexos (Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990). Fuhr e Shean (1992) obtiveram uma solução factorial com jovens universitários, semelhante à original, no que respeita à variância explicada, aos valores próprios e à magnitude das saturações nos factores. A interpretação dos factores é semelhante, apesar de existirem algumas discordâncias relativamente à saturação de alguns itens nos factores.

A consistência interna das três escalas parece adequada com valores de α de Cronbach moderados, quer no estudo original (Blatt, D’Afflitti et al., 1979), quer no estudo de repetição levado a cabo mais tarde (Zuroff, Quinlan et al., 1990). No entanto, alguns autores apresentam resultados de consistência interna mais fracos (Baker et al., 1997).

Blatt (1995) refere que a análise dos itens referentes à escala da dependência no Q.E.D. sugere que medem uma grande variedade de aspectos do relacionamento interpessoal, desde as formas mais imaturas de relacionamento até às mais evoluídas. Desta forma, faria sentido propor duas formas dentro do mesmo factor de dependência: a dependência e a necessidade. A primeira será composta por itens que expressam a grande necessidade dos outros, o desamparo e a fraqueza. A segunda conteria itens associados ao relacionamento com uma pessoa específica, relação onde seriam reconhecidas as qualidades únicas dessa pessoa. Neste caso, não existiam sentimentos de desamparo ou aniquilação, mas sim uma valorização da relação.

O mesmo não acontece na escala de auto-criticismo, em que os itens parecem medir, sobretudo, experiências associadas a uma dimensão evoluída e articulada de auto-definição e onde parecem faltar itens que avaliem experiências mais imaturas, medos de aniquilação ou ausência de auto-definição (Blatt, 1995).

Blatt, D’Afflitti e Quinlan (1976) apresentam evidência relativamente à validade de construto do Q.E.D., obtendo correlações esperadas entre as escalas e as outras medidas psicológicas. O auto-criticismo relacionou-se negativamente de forma esperada, com medidas de auto-conceito e auto-estima, em universitários. No caso da dependência, as correlações foram em média menos elevadas, quando comparadas com a escala de auto-criticismo, mas, nalguns casos, ainda assim significativas (Blatt & Zuroff, 1992).

Alguns autores (Dunkley et al., 1997; Zuroff et al., 1990; Zuroff, 1994) apresentam resultados em que as raparigas universitárias pontuam significativamente mais alto na escala de dependência e os rapazes significativamente mais alto na escala de auto-criticismo. Noutro trabalho com estudantes universitários, Overholser (1991) verificou que o auto-criticismo e a dependência se correlacionaram de forma negativa, mas significativa, com uma medida de auto-estima positiva. E, positivamente com uma medida de percepção do isolamento e de falta de apoio social. Num outro estudo, de Overholser & Freiheit (1994), a escala de dependência correlacionou-se negativamente com uma medida de auto-estima positiva e positivamente com os resultados de uma escala cujos valores elevados estão associados ao medo da perda da aprovação social, medo relativamente a avaliações negativas por parte dos outros e, ainda ao evitamento de situações que requerem avaliação.

Um outro estudo (Blatt & Zuroff, 1992) que pretendia relacionar as medidas específicas de vulnerabilidade à depressão propostas por Blatt, com medidas da personalidade, revelou que a dependência se correlacionou significativamente com dois dos domínios do NEO-PI-R, o neuroticismo e a amabilidade. Os dependentes têm uma orientação positiva para os outros e são receptivos aos seus próprios sentimentos e emoções. No entanto, os mesmos indivíduos (dependentes) tendem a sofrer de preocupação e nervosismo, e não conseguem lidar com o *stress*. Estes resultados são consistentes com a teoria de que os indivíduos dependentes têm um medo intenso e crónico de serem abandonados e desprotegidos por aqueles que os rodeiam (Blatt & Zuroff, 1992). No que toca aos indivíduos auto-críticos, este estudo sugeriu que o neuroticismo e a baixa amabilidade são os únicos preditores tanto nos homens como nas mulheres.

Dunkley et al. (1997) obtêm um padrão semelhante para ambos os sexos, idêntico ao que Zuroff (1994) obteve para as mulheres. Dunkley et al. (1997) concluem que o dependente é um neurótico orientado positivamente para as pessoas, enquanto o auto-crítico pode descrever-se como um indivíduo frio e distante. O efeito dos estilos de personalidade de Blatt pode ser explicado pela variância do neuroticismo, embora se considere também que os estilos vão para além da correlação com o neuroticismo.

Mongrain e Zuroff (1994) referem que, para os indivíduos dependentes, a expressão da raiva pode ser problemática, uma vez que pode prejudicar os laços afectivos, 'essenciais' para a sua 'sobrevivência'. Os auto-críticos, por outro lado, são também ambivalentes relativamente à expressão de sentimentos negativos, uma vez que isso pode ameaçar a aprovação proporcionada pelos outros. Para estes indivíduos, expressar sentimentos positivos, pode gerar também um conflito interno, porque ser terno e amoroso desencadeia medos de parecer fraco e vulnerável.

Zuroff e Lorimier (1989) sugerem, com base na análise de alguns estudos, que os dependentes tendem a estabelecer relações positivas. Enquanto o auto-criticismo se relaciona com o evitamento social e com interações negativas, os dependentes têm uma forte necessidade de ser amados, cuidados e protegidos (Blatt & Zuroff, 1992) e um forte desejo de união e harmonia. Estão muito preocupados com as relações interpessoais e com a possibilidade de as perderem, esforçando-se por iniciá-las e mantê-las (Zuroff & Fitzpatrick, 1995). Têm medo de serem rejeitados e abandonados e mostram grande dificuldade em expressar a sua raiva, por medo de perder a gratificação que os outros lhes podem dar (Dunkley et al., 1997). Inibem os comportamentos que podem perturbar as relações. Quando as relações são gratificantes, sentem-se satisfeitos e idealizam o parceiro amoroso (Zuroff & Lorimier, 1989). Têm uma grande dificuldade em funcionar sozinhos (Mongrain et al., 1998).

Os auto-críticos tentam sobretudo convencer-se a si e aos outros que são dignos de aprovação e aceitação, preocupando-se com a incapacidade que julgam possuir para satisfazer as expectativas dos outros. São críticos e exigentes consigo próprios, competitivos e insatisfeitos com o que têm no momento presente (Dunkley et al., 1997)

Blatt e Zuroff (1992) concluem, com base na revisão de vários estudos, que o auto-criticismo se associa a uma percepção negativa do *self* e dos outros. As relações dos auto-críticos tendem a ser superficiais, distantes e pouco envolventes, do ponto de vista emocional, devido à sua ênfase na individuação (Blatt & Zuroff, 1992).

O auto-criticismo tem sido associado a interações menos agradáveis com os outros (Zuroff et al., citado por Mongrain et al., 1998). As relações são valorizadas pelo contributo que dão à auto-estima, sendo sempre marcadas pela ambivalência e insatisfação, mesmo quando os auto-críticos se sentem valorizados. Os resultados de Zuroff e Lorimier (1989) são compatíveis, segundo os autores, com a ideia de que as relações dos auto-críticos são vistas como uma forma de manter a auto-estima e de consolidar a identidade. Por vezes, o julgamento interno dos auto-críticos e o seu sentimento de desvalorização podem colocá-los numa posição de submissão (Blatt & Shichman citados por Mongrain et al., 1998).

Aube e Whiffen (1996) revêem uma série de estudos sobre aspectos interpessoais de dependentes e auto-críticos. Alden e Bieling (citado por Aube & Whiffen, 1996) referem que a dependência se associa menos a uma atitude dominadora, vingativa ou fria e mais a uma atitude de se deixar explorar. O auto-criticismo associa-se a uma atitude mais vingativa. Os dependentes focam sobretudo a sua atenção no contacto com os outros, enquanto os auto-críticos são mais frios e menos sociáveis (Aube & Whiffen, 1996). Por outro lado, os indivíduos com um estilo

dependente não dão mostra de uma superior acuidade social, ao contrário do que esperavam os autores. Uma vez que estes indivíduos preocupam-se excessivamente com manter relações interpessoais seguras e estáveis, e com agradar aos outros, seria de esperar que desenvolvessem as referidas capacidades de acuidade social, de forma a entender o que sentem os outros (Aube & Whiffen 1996).

2. A Doença Neoplásica

2.1. O Cancro da Mama

Nos últimos anos o cancro tem vindo a evidenciar-se como uma das principais causas de morte e um dos principais problemas do século XXI. Associado a ele estão profundas implicações nos doentes, nas famílias e na sociedade (Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas, 2007).

Esta é uma doença que se prolonga no tempo, não se resolve espontaneamente e em certos casos raramente tem uma cura completa. Assim, o cancro é uma doença crónica e, por essa razão, é causadora de incapacidade, o que leva a declínios económicos, sociais e psicológicos. O seu diagnóstico é gerador de grande ansiedade e sofrimento psicológico, evocando não somente o medo de morrer, mas também a incerteza quanto ao futuro. Por outro lado, aliado aos efeitos psicológicos, a doença oncológica provoca um conjunto de efeitos físicos que tornam o sofrimento do indivíduo mais intenso (Centers for Disease Control and Prevention, 2003, citado por Stanton & Revenson, 2007).

A grande maioria dos cancros desenvolve-se devido a mutações nos genes. Uma célula normal pode tornar-se numa célula cancerígena após ocorrerem uma série de alterações genéticas. O tabaco, a dieta alimentar, alguns vírus ou outros factores relacionados com o estilo de vida das pessoas ou com o ambiente podem originar essas alterações em determinados tipos de células (Barraclough, 2000).

O cancro ocorre devido à divisão inapropriada de uma célula, na qual o material genético que regula essa divisão é alterado. No seu ciclo de vida, as células envelhecem, morrem e são substituídas por novas células, com o intuito de manter a integridade do funcionamento dos diferentes órgãos. No entanto, podem formar-se novas células sem que o organismo necessite e, simultaneamente, não se verificar a morte das células mais antigas. Este conjunto extra de células dá origem a um tumor (Barraclough, 2000).

Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os primeiros, que não são considerados *cancro*, raramente colocam a vida da pessoa em risco; geralmente, podem ser removidos; muitas vezes regredem, e as células que os compõem não se disseminam para os tecidos em volta ou para outras partes do organismo. Os tumores malignos são mais graves que os tumores benignos; podem colocar a vida da pessoa em risco, existindo uma grande probabilidade de voltarem a crescer após remoção. As células que os constituem podem invadir e danificar os tecidos e os órgãos circundantes ou podem ainda libertar-se do tumor primitivo e entrar na corrente

sanguínea ou no sistema linfático, formando novos tumores noutros órgãos – trata-se do fenómeno da metastização (National Cancer Institute, 2006).

A nível mundial e nacional o cancro da mama é a patologia oncológica mais frequente na população feminina e, apesar de surgir também nos homens, é muito menos prevalente (Ferlay et al., 2006). De acordo com as projecções de um estudo (Xu, Chen, & Olopade, 2010), estima-se que em 2009, 192.370 mulheres foram diagnosticadas com cancro de mama e 40.170 morreram da doença em todo o mundo.

A redução da mortalidade do cancro da mama requer diversas estratégias que incluem a identificação adequada da neoplasia, um diagnóstico precoce e medidas preventivas efectivas para indivíduos de elevado risco. Também são necessárias intervenções a nível local que forneçam informação suficiente sobre o prognóstico e redução do risco de ocorrência. Em caso de doença metastizada, os objectivos passam por melhorar a qualidade e o tempo de vida, utilizando terapias com alvos específicos e factores preditivos de resposta (Lohrisch & Piccart, 2001).

O cancro da mama é um tumor maligno que se desenvolve nas células do tecido mamário. É provocado por uma reprodução anormal de células que, ao invadirem os tecidos e órgãos do organismo, provocam alterações orgânicas graves. O cancro surge assim do resultado da transmissão de mensagens “erradas” dos genes para as células, sendo estas por consequência incapazes de desempenhar as suas funções principais. Os genes responsáveis e promotores do cancro são designados por oncogenes (Sabel, Sondak & Sussman, 2007).

O cancro da mama consiste num conjunto de células alteradas (neoplásicas) que se desenvolvem nas chamadas células epiteliais do tecido mamário através da perda da capacidade, por parte dessas mesmas células, de comandar e limitar o seu próprio crescimento. Com efeito, ocorre uma divisão rápida e aleatória dessas mesmas células que apresentam uma multiplicação desordenada e capacidade de difusão. As células neoplásicas que romperam o seu tecido podem invadir e danificar os tecidos e órgãos circundantes, podendo proliferar para outros órgãos do corpo, atingindo um vaso sanguíneo ou um canal linfático onde pequenos grupos de células do cancro se podem desprender, depositando-se eventualmente noutras partes do corpo. Neste caso, formar-se-á um novo tumor, onde se encontrarão células anormais do tumor primário (Wilson, 2003).

De acordo com a anatomia patológica existem diversas designações de cancro. Uma das terminologias mais aplicadas, é a de carcinoma, que consiste num tumor maligno que se desenvolve nos tecidos epiteliais (Ricks, 2005). O Carcinoma *in situ*, aplica-se à fase inicial do cancro, onde o tumor não é evasivo e é apenas limitado à

área onde começou, ou seja, o cancro está confinado aos ductos ou aos lóbulos, dependendo de onde se tenha iniciado; Carcinoma ductal *in situ* é o tipo de cancro mais comum, não é evasivo e está limitado aos ductos (canais). Este cancro é detectável através de mamografia; Carcinoma lobular *in situ* inicia-se nas glândulas mamárias, no entanto, não se expande para além das paredes dos lóbulos. Esta situação não é considerada como uma doença neoplásica, mas mulheres que estejam perante esta situação poderão mais tarde correr o risco de sofrer de cancro; Carcinoma ductal evasivo inicia-se nos ductos, mas acaba por ultrapassar as paredes invadindo o tecido adiposo do seio e, a partir daqui, poderá haver uma tendência/risco de se espalhar pelo corpo – metástases (Fan, 2010). Este tipo de cancro evasivo é o mais frequente, cerca de 80% dos casos; Carcinoma lobular evasivo começa nas glândulas produtoras de leite ou então nos lóbulos. Este tipo de cancro é menos frequente que o anterior (10 % - 15% dos casos de cancro evasivo) (Rayter & Mansi, 2003).

2.2 Os Estádios de evolução do Cancro da Mama

O desenvolvimento do cancro de mama é um processo complexo que envolve várias etapas de alterações genéticas e epigenéticas que levam as células normais da mama a transformarem-se em derivados altamente malignos (Ricks, 2005).

Quer o prognóstico, quer o tratamento do cancro da mama são determinados a partir da avaliação realizada sobre o estágio da doença. A fase em que se encontra a doença baseia-se na informação clínica do paciente, na observação do médico e, numa segunda etapa, nos exames médicos (Mamografia, Eco-mamária, Biopsia ou Tomografia Axial Computorizada- TAC) e nas análises clínicas através de diversos marcadores (Maughan, Lutterbie, & Ham, 2010).

De acordo com o sistema actual de estadiamento e, conforme publicado pelo *American Joint Committee on Cancer* (Greene et al., 2002), o estágio 0 corresponde ao cancro não-evasivo, ou carcinoma ductal ou lobular *in situ*, em que há ausência de metástases. Neste estágio, as terapêuticas locais e/ou sistémicas não são as mais adequadas, mas as mulheres afectadas devem fazer regularmente os exames descritos anteriormente, para perceber qual a evolução da lesão. No estágio I o tamanho do tumor pode oscilar entre 0,1 centímetros e os 2 centímetros de diâmetro, não há evidências de se ter espalhado pelos gânglios linfáticos e não existe proliferação de células cancerígenas. O estágio II engloba as lesões cujo diâmetro seja superior a 2 centímetros e inferior a 5 centímetros. Os tumores são locais com ausência de metástases clinicamente evidentes, com o envolvimento, não obstante, de

gânglios linfáticos. Nestes dois estádios (I e II), o padrão de intervenção tem vindo a ser alterado, da mastectomia total para a cirurgia conservadora. Esta terapia envolve a remoção do tumor, sem contudo eliminar o excesso de tecidos de mama saudável, resultando um peito esteticamente mais aceitável para a paciente, quando comparado com o resultado de uma mastectomia radical. No entanto, associado à cirurgia conservadora é necessário que as doentes oncológicas iniciem uma outra terapêutica local, a radioterapia, uma vez que esta vai permitir a diminuição da recorrência local e melhora as taxas de sobrevivência do cancro. Contudo, é possível que haja mulheres que, devido a contra indicações face à radioterapia, façam cirurgia radical.

No estádio III, os tumores são maiores do que 5 centímetros, incluem tumores de qualquer tamanho associados a gânglios linfáticos adjacentes fixos, associados com metástases até aos gânglios adjacentes. Inclui também tumores localmente avançados e que estão disseminados até aos gânglios linfáticos internos da axila, do lado da mama afectada. Neste estádio, a quimioterapia é o tratamento mais utilizado e, se esta reduzir a lesão, o médico pode então recomendar tratamento adicional, procedendo à mastectomia, cirurgia conservadora e/ou radioterapia.

Por fim, o estádio IV engloba todos os tumores com metástases distantes. Nesta fase, os tratamentos como a quimioterapia e a radioterapia podem aliviar a dor e atenuar a progressão da doença e, de certa forma, melhorar a qualidade de vida do doente, permitindo aumentar o tempo de vida. No entanto, é provável que não curem a doença (Fan, 2010; Huston & Osborne, 2005; Maughan, Lutterbie, & Ham, 2010; Roses, 2005).

2.3 Tipos de Tratamento

O tratamento do cancro depende de um conjunto de factores, nomeadamente do tipo de tumor e do seu estádio, que é determinado pela avaliação da extensão da doença (tamanho do tumor, existência de disseminação à distância) (Kahana, Kahana, Wykle, & Kulle, 2009).

A abordagem do tratamento oncológico é multidisciplinar. Os especialistas em cancro – cirurgiões, radioterapeutas e oncologistas – trabalham em conjunto para formularem um plano de tratamento específico para cada paciente. Esta abordagem envolve uma combinação de diferentes tratamentos, com o intuito de aumentar os níveis de sobrevivência e reduzir o risco de recidiva (Cukier, Gingerelli, Makari-Judson, & McCullough, 2005).

O tratamento do cancro pode ser curativo, adjuvante ou paliativo. O primeiro tem como propósito eliminar completamente as células cancerígenas. Já o segundo,

consiste na destruição de células cancerosas residuais, para além de reduzir o risco de uma recidiva local (através de radioterapia adjuvante) e retardar o aparecimento de metástases (através de quimioterapia adjuvante). No que se refere ao tratamento paliativo, este ocorre quando o cancro se encontra num estado demasiado avançado para ser curado. Os objectivos deste tipo de tratamento passam por um alívio dos sintomas sentidos pelo doente, por uma prevenção dos sintomas que possuem uma elevada probabilidade de ocorrerem e pelo prolongamento da vida (Barraclough, 2000).

A maioria dos planos de tratamento oncológico inclui cirurgia, radioterapia ou quimioterapia (Kahana et al., 2009). As diferentes modalidades terapêuticas têm como objectivo curar a pessoa, controlar a doença ou reduzir os sintomas durante o maior período de tempo possível (Fernandes, 2000).

A cirurgia é a mais antiga forma de tratamento. Pode ser usada com um intuito paliativo, para diagnóstico e classificação, controlo de dor e reconstrução. No entanto, a sua utilização mais comum passa pela tentativa de curar, através da remoção de todo o tecido canceroso, antes do desenvolvimento de metástases (Sands & Dennison, 1996).

Esta terapêutica é indicada para tumores pequenos, localizados e potencialmente curáveis. O objectivo consiste na remoção total do tumor, assim como de alguns tecidos e células circundantes, de forma a que não reapareça posteriormente nessa zona. Se o cancro não for totalmente removido ou existir risco de disseminação para outros órgãos, serão adoptadas outras formas de tratamento, como radioterapia, quimioterapia ou ambas (Fernandes, 2000).

O uso da radiação no diagnóstico e no tratamento veio permitir um passo revolucionário na evolução da medicina. Sem ela, não seria possível tratar muitas doenças, incluindo o cancro. Neste sentido, a radioterapia tornou-se num tratamento que permite tratar o cancro em vários órgãos, sendo considerado um tratamento local. Para alguns tipos de cancro pode ser usada como primeiro tratamento e, para outros tipos de cancro, ela é utilizada em conjunto com a cirurgia e/ou quimioterapia (Fernandes, 2000).

Em termos de terapêutica, a radioterapia consiste na utilização de raios-x altamente energéticos para matar as células cancerígenas. É utilizada para diminuir a lesão e, por isso, em muitos casos, mulheres com cancro da mama fazem-na antes da cirurgia, uma vez que, se o tumor apresentar grandes dimensões, poderá ser difícil no acto cirúrgico remover o tumor na sua totalidade. Por outro lado, este tipo de tratamento pode também fazer-se após uma cirurgia conservadora da mama e, dependendo da dimensão do tumor e considerando outros factores, também poderá

ser utilizada depois de uma mastectomia. Tal procedimento é realizado com o intuito das radiações destruírem as células do cancro da mama, que possam ainda ter permanecido, depois da cirurgia (Fernandes, 2000).

Para o tratamento do cancro da mama são utilizados dois tipos de radioterapia: radiação interna e radiação externa. No caso da primeira, a radiação provém de material radioactivo contido em finos tubos de plástico colocados directamente na mama. Para fazer radiação por implante, a doente fica no hospital. Os implantes permanecem no local, ou seja, na mama, durante vários dias; são retirados antes da doente ir para casa. No que toca à segunda, este tipo de radiação provém de uma máquina.

Para a radioterapia externa, a mulher com cancro da mama vai para um hospital ou clínica e geralmente os tratamentos são realizados durante cinco dias por semana, durante várias semanas. O número de tratamentos depende do tipo e extensão de tumor. A totalidade da radiação divide-se em pequenas doses diárias que serão administradas durante um dado período de tempo, uma vez que uma grande quantidade de radiação simples apresenta-se muito tóxica para os tecidos normais. Como foi dito, este tratamento pode ser utilizado de forma isolada ou em combinação com outras modalidades terapêuticas (Iwamoto, 2000).

No que diz respeito à quimioterapia, esta é de certa forma aquela que está mais estigmatizada, quando se fala em cancro da mama. A quimioterapia consiste na utilização de fármacos para matar as células cancerígenas. Os fármacos podem ser administrados de forma oral, ou através de injeção intravenosa. No entanto, em ambas as situações entram na corrente sanguínea e circulam por todo o corpo, afectando as células cancerígenas em qualquer parte do corpo. Por este motivo a quimioterapia é uma terapêutica sistémica. Em alguns cancros esta terapêutica é o principal ou único tratamento. Noutros casos este é um tratamento que pode ser administrado antes ou após a cirurgia e ao mesmo tempo que a radioterapia (Cukier, et al., 2005; Fonseca, et al., 2000).

Os objectivos de administração desta medicação têm a ver com a remissão da doença, promovendo a erradicação de todas as células neoplásicas; no controlo da doença, impedindo a progressão da mesma; como medida profiláctica ou de alívio de alguns sintomas desconfortáveis em doentes que se encontram em fase avançada (Barraclough, 2000).

Este tipo de medicação é frequentemente administrado durante várias sessões ou ciclos. A administração por ciclos tem como objectivo a eliminação do máximo de células malignas em determinada fase, uma vez que as células não se encontram todas na mesma etapa do seu ciclo de vida (Langhorne, 2000).

A quimioterapia pode ser administrada nos vários estádios da doença: num período peri-operatório, cujo objectivo consiste na diminuição do tamanho do tumor, de forma a facilitar a cirurgia; após a cirurgia ou radioterapia, proporcionando a destruição de células residuais; após um primeiro tratamento de quimioterapia em que este não teve uma resposta favorável; e com o intuito de controlar sintomas desagradáveis ou prolongar a vida quando a cura não é possível (Langhorne, 2000).

2.4 Adaptação à doença neoplásica

Importa reconhecer que qualquer doença orgânica implica repercussões psicológicas, possíveis de identificar, tanto no doente como na família. Contudo, algumas doenças, consideradas pela sociedade como mais graves, como é o caso do cancro, exigem um ajustamento pessoal, familiar e comunitário a inúmeras adversidades. Em muitas situações, o meio social favorece um ajustamento mais adequado, promovendo o equilíbrio emocional e mental da mulher ao longo do processo de tratamento e recuperação. No entanto, importa referir que os processos de ajustamento são muito diversificados, dependendo de vários factores e variando de pessoa para pessoa (Stanton & Revenson, 2007).

Os mecanismos psicológicos do ajustamento à doença têm sido pouco descritos e, segundo Brennan (2001), não existem ainda modelos teóricos adequados para descrever este processo. De acordo com este autor, o termo *ajustamento* sugere uma mudança de um estado para outro. Embora a investigação tenha vindo a focar-se no ajustamento como se fosse, meramente, a fase final do *coping* com uma determinada ameaça, Brennan (2001) considera que o *coping* deve ser visto como um processo de mudança que ocorre no indivíduo. De acordo com este autor, e reforçando a ideia, “o ajustamento devia destinar-se a descrever um processo de adaptação que ocorre ao longo do tempo, em que o indivíduo vai lidando, aprendendo e acomodando-se às mudanças que foram precipitadas pela alteração das circunstâncias da sua vida” (Brennan, 2001, p.2). Desta forma, o autor procura enfatizar uma abordagem psicossocial e desenvolvimental do ajustamento ao cancro, que não se resume meramente ao *coping*, propondo o *Social-Cognitive Transition Model*.

Estudos apontam para que a doença oncológica exija uma adaptação nos vários domínios da vida. É sabido que os indicadores positivos e negativos do ajustamento são relevantes, e que a adaptação não é estática, mas representa um processo que se desdobra ao longo do tempo. O ajustamento não pode ser descrito sem referência ao

contexto do indivíduo e a heterogeneidade no ajustamento é a regra e, não a excepção (Stanton & Revenson, 2007).

Neste sentido, vários são os factores responsáveis por uma boa ou má adaptação à doença: a evolução repentina da doença, o grau de ambiguidade na apresentação dos sintomas, o nível de ameaça à vida, a proeminência da dor, o curso da doença, o grau de perturbação causada na vida diária, o tratamento e a eficácia do mesmo (Stanton & Revenson, 2007).

O ajustamento à doença neoplásica é consistente com o domínio das funções adaptativas da doença, ou seja, com a manutenção de um *status* funcional adequado, a ausência de uma perturbação psicológica diagnosticável e a qualidade de vida percebida em diferentes domínios (Stanton, Collins, & Sworowski, 2001).

Estudos sobre a adaptação às transições de vida, incluindo doenças graves, sugerem várias tarefas adaptativas: manter a angústia dentro de limites razoáveis, restabelecer relações com pessoas significativas, reforçar as perspectivas de recuperação das funções corporais (Hamburgo & Adams, 1967 cit. por Lazarus & Folkman, 1984).

Burton e Watson (1998) enfatizam a ideia de que grande parte das mulheres com cancro da mama não toleram a ideia de perder ou danificar o peito. Este facto traduz a fragilidade sentida pelas mulheres com cancro de mama, o baixo nível de adaptação à doença oncológica e a culpabilização relativamente ao aparecimento da mesma. Por outro lado, a dificuldade em aceitar a ameaça de mutilação da mama, tem a ver simbolicamente com questões relativas à feminilidade, sexualidade e maternidade.

A teoria de Taylor (1983) da adaptação cognitiva a eventos ameaçadores usou o ajustamento ao cancro de mama como exemplo e enfatizou o reforço da auto-estima e a preservação do domínio sobre a vida, acrescentando a procura de tarefas adaptativas. Considera-se a necessidade de procurar uma causa para a doença, perceber as limitações que teve na vida do doente e desenvolver uma atitude positiva perante a doença como tarefas importantes (Ogden, 1999).

Por outro lado, estudos indicam que a forma de lidar com a dor e os sintomas, a negociação de um ambiente de tratamento médico e a manutenção de relações adequadas com profissionais de saúde, poderão também ter impacto na adaptação à doença (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002).

A presença ou ausência de perturbação psicológica diagnosticada é também vista como factor de adaptação à doença crónica (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002).

Os investigadores estudam frequentemente a qualidade de vida relacionada com a saúde nos domínios físicos, funcional, social, sexual e emocional, o que mostra que a conceptualização de adaptação à doença crónica é multidimensional, incluindo componentes cognitivos, emocionais, físicos e comportamentais. Além disso, os domínios da adaptação estão relacionados. Por exemplo, emoções negativas (como a ansiedade e depressão) contribuem para a restrição de actividades diárias, podendo tal facto por sua vez acarretar um aumento significativo dos sintomas depressivos em amostras de pacientes com cancro da mama e dificultar a adaptação (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002).

Estudos a longo termo com sobreviventes de cancro sugerem um maior grau de sofrimento e desconforto no primeiro ano após o diagnóstico, o que corresponde à fase inicial de tratamento, com os indicadores de adaptação a voltarem aos níveis anteriores à doença, após esse período (Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, & Masse, 1998; Folkman, Moskowitz, Ozer, & Park, 1997; Ganz, Rowland, Desmond, Meyerowitz, & Wyatt, 1998; Levy et al., 1992; Tomich & Helgeson, 2002). Desta forma, será essencial os profissionais de saúde olharem o indivíduo como um todo e não se focarem apenas nos efeitos negativos, quer dos tratamentos, quer do prognóstico, uma vez que poderá resultar num entendimento limitado da adaptação (Stanton & Revenson, 2007).

Deste modo é importante ter em conta outras variáveis que poderão colocar em causa o ajustamento à doença oncológica. Outras variáveis que afectam a adaptação incluem a personalidade e os padrões de *coping* do doente. Importa referir que os mecanismos de *coping* (ou de confrontação) são entendidos como um conjunto de esforços pessoais, desenvolvidos para lidar com uma situação difícil. Estes esforços podem ser de natureza variada e nem sempre implicam a resolução do problema, uma vez que a sua eficácia não se encontra apenas dependente dos recursos individuais, mas também da própria situação/problema (Santos, Ribeiro, & Guimarães, 2003).

Mulheres que utilizam um *coping* activo e técnicas de resolução de problemas relatam um melhor humor e uma melhor adaptação à doença (Falagas et al., 2007; Holland & Mastrovito, 1980;). Estudos indicam também que o facto de o indivíduo ser flexível no uso de estilos de *coping* ao longo do período da doença pode ser particularmente útil. Por exemplo, mulheres que são capazes de utilizar os seus recursos disponíveis adaptam-se melhor e podem, eventualmente, ter uma esperança de vida maior quando comparadas com as mulheres que não utilizam tais recursos (Kroenke, Kubzansky, Schernhammer, Holmes, & Kawachi, 2006). Em contraste, estudos referem que mulheres passivas, sem esperança, pessimistas e rígidas adaptam-se pior à doença (Rowland & Massie, 2010).

Assim, diferentes modelos de adaptação psicossocial à doença crónica são referenciados na literatura, salientando dois tipos de elementos que participam nessa adaptação: elementos intrapessoais (os mecanismos de *coping*, experiências pessoais anteriores ao aparecimento da doença, avaliações cognitivas) e elementos interpessoais (influência das redes sociais, barreiras do meio ambiente, disponibilidade terapêuticas e os recursos para reabilitação) (Livneh & Parker, 2005).

Contudo, importa salientar que as variáveis do foro clínico, o estágio do cancro da mama no momento do diagnóstico, o tratamento necessário, o prognóstico e as possibilidades de reabilitação estão também implicadas numa boa ou má adaptação à doença (Rowland & Massie, 2010).

Por último, importa referir que a adaptação depende, em grande parte, da resposta dos outros significativos, do cônjuge, da família e dos amigos – do suporte social percebido (Holland & Mastrovito, 1980). O impacto do suporte familiar será discutido num tópico mais à frente.

3. Personalidade, Stress e Cancro da Mama

3.1 Estudos sobre a relação entre personalidade e cancro da mama

Na literatura surgem diversas definições do conceito de personalidade. No entanto, apesar desta diversidade, parece haver alguma unanimidade, uma vez que todas são congruentes em considerar a personalidade como algo característico do indivíduo. O estudo da personalidade implica analisar o indivíduo como um todo, naquilo que o torna único e o distingue dos outros (Botelho & Leal, 2007). Pode também definir-se personalidade como um conceito dinâmico que descreve o crescimento e o desenvolvimento de todo o sistema psicológico de um indivíduo (McMartin, 1995). A personalidade é considerada uma estrutura estável do indivíduo, que influencia a forma como reage perante acontecimentos de vida, que tende a ser mais ou menos consistente ao longo do tempo e que determina a singularidade pessoal e social.

Eysenck (1976) citado por Sternberg & Ruzgis (1994) definiu a personalidade como *“a organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto e físico do indivíduo, que permite o seu ajustamento ao meio”*. A personalidade envolve um padrão de comportamentos básicos que estão presentes em todos os níveis evolutivos do indivíduo. Estes padrões mudam e são modificados ao longo do desenvolvimento, em função das experiências, das aprendizagens e do meio onde o indivíduo se insere (Dias, 2004). Apesar da diversidade de conceitos, a personalidade não é mais do que a unidade integradora da pessoa, com todas as suas características diferenciais e as suas modalidades ímpares, que a tornam diferente de todos os outros (Dias, 2004).

A personalidade engloba traços gerais, características idênticas que nos tornam em parte semelhantes aos outros (Allport, 1966). No entanto, duas pessoas distintas com personalidades diferentes podem apresentar configurações idênticas na forma como se comportam em situações semelhantes. Ou, pelo contrário, duas pessoas com uma personalidade idêntica poderão comportar-se de forma diferente perante a mesma situação. *A Teoria dos traços* é sustentada pela ideia de que é possível caracterizar o indivíduo por um determinado conjunto de traços subjacentes, traço que permitem descrever as diferenças entre os indivíduos (Gleitman et al., 2003).

Na história do conceito de personalidade podem considerar-se quatro tipos de modelos dominantes: de traço, psicodinâmicos, situacionismo e interacionistas. Os dois primeiros consideram respectivamente características e fontes dinâmicas do indivíduo; o terceiro dá importância às situações e ao seu significado psicológico; o

último interessa-se pela contribuição das duas áreas referidas pelos anteriores tipos de modelos (Patrão & Leal, 2004).

Vários são os estudos que se debruçaram sobre as questões da personalidade e sobre a sua relação com a saúde. Considerou-se que os traços de personalidade são importantes na relação com o estado de saúde, por se ter encontrado uma associação entre determinados perfis psicológicos e as patologias físicas (Botelho & Leal, 2007). A relação entre a personalidade e a saúde pode manifestar-se por três aspectos: os traços de personalidade podem ter um papel causal na etiologia da patologia física, ao produzirem alterações neuro-endócrinas e imunológicas; os traços de personalidade podem funcionar como mediadores do *stress*, como estilos de *coping*; e, por último, os traços de personalidade podem ser indicadores da probabilidade de adoptar comportamentos de risco para a saúde (Botelho & Leal, 2007; Butow et al., 2000; Nakaya et al., 2005).

Na literatura, têm sido diferenciados dois tipos de personalidade associados à doença física. A personalidade tipo A foi definida como um padrão de comportamento caracterizado por elevados níveis de ambição, agressividade, hostilidade, competitividade e sentido de urgência (Booth-Kewley & Friedman, 1987 cit. por Pais-Ribeiro, 2005). Este tipo de personalidade estaria mais relacionada com a vulnerabilidade para doenças cardiovasculares, tendo uma maior prevalência nos homens (Dresch, 2006; Pais-Ribeiro, 2005).

A personalidade do tipo C é característica de pessoas passivas, acomodadas, desanimadas, focadas nos outros e sem qualquer tipo de manifestação emocional (Patrão & Leal, 2004). São diversos os autores que associam este tipo de personalidade à doença oncológica, uma vez que o padrão tipo C pode ter repercussões visíveis no sistema imunitário, que por sua vez influenciam o aparecimento e a evolução do cancro (Cooper & Faragher, 1993; Patrão & Leal, 2004). Estas características de personalidade – tipo C – aproximam-se da personalidade anaclítica proposta por Blatt (Blatt et al., 1993).

Por outro lado, e numa outra investigação, o Modelo dos Cinco Factores é, sem dúvida, um instrumento importante para a conceptualização e avaliação de personalidade nomeadamente na investigações em saúde permitindo perceber a importância da relação entre algumas variáveis de personalidade e a doença física (Patrão & Leal, 2004).

De facto, alguns traços de personalidade podem funcionar como recursos pessoais, atenuantes do *stress*, nomeadamente porque têm a ver com a capacidade de resiliência, optimismo, sentido de humor e uma auto-estima elevada. Indivíduos que

apresentam elevados níveis de stress, por não lidarem bem com o diagnóstico de cancro apresentam hostilidade elevada, medo do fracasso e elevado neuroticismo (Patrão & Leal, 2004).

Amelang, Schmidt-Rathjens, & Matthews (1996) procuraram correlacionar a personalidade com o diagnóstico de cancro e evidenciaram que indivíduos com essa patologia apresentam níveis mais elevados de inibição e baixos níveis de racionalidade, quando comparados com pessoas saudáveis. O mesmo estudo procurou esclarecer a questão da influência dos problemas de saúde na personalidade, e concluíram que pacientes com cancro em remissão apresentaram valores de neuroticismo mais elevado, devido ao medo da reincidência (Amelang et al., 1996).

O interesse em demonstrar a influência dos aspectos psicológicos na vulnerabilidade e no desenvolvimento do cancro tem resultado em inúmeros estudos, a maioria relacionada com características da personalidade. Os resultados do estudo de Sebastián, León, e Hospital (2009) foram consistentes com a literatura acima mencionada, referindo que a personalidade tipo C era um padrão comportamental existente em indivíduos com cancro. Segundo os autores, os indivíduos com este tipo de personalidade apresentam um controlo excessivo ao nível da expressão de emoções negativas no relacionamento com os outros, perante situações de conflito são pouco assertivos, têm um estilo cooperativo/submisso e apresentam um baixo neuroticismo. Eysenck (1994) refere ainda que estes indivíduos, com uma personalidade tipo C, são passivos, rígidos, usam a repressão como mecanismo de defesa predominante e estão mais propensos a experienciar depressão. De acordo com estudos conduzidos por Eysenck (1985), tornou-se mais evidente que a tendência para estabelecer um relacionamento harmonioso e evitar conflitos interpessoais é preditiva do desenvolvimento posterior de doenças oncológicas.

De acordo com os resultados do estudo de Sebastián, León, & Hospital (2009), mulheres com cancro de mama maligno pontuam de forma mais consistente em medidas de avaliação relacionadas com a necessidade de harmonia, do que mulheres com patologia benigna. Ainda no que toca a este estudo, pacientes com cancro de mama fazem um uso excessivo da razão e da lógica como forma de lidar com o ambiente em geral e, mais especificamente, de forma a alcançar relações harmoniosas evitando as emoções negativas (Sebastián, León, & Hospital, 2009).

Contudo, o papel da personalidade na taxa de sobrevivência do cancro tem sido considerado como controverso. Investigações demonstram uma associação estatisticamente significativa entre os traços de personalidade e a sobrevivência ao cancro (Hislop, Waxler, Coldman, Elwood & Kan, 1987; Ratcliffe, Dawson & Walker,

1995). No entanto, outros estudos não apresentaram qualquer associação entre a personalidade e o risco de morte em doentes oncológicos (Dean & Surtees, 1989; Greer, Morris, & Pettingale, 1979; Nakaya et al., 2005).

Um outro estudo (Nakaya et al., 2005) que avaliou os traços de personalidade após o diagnóstico de cancro revelou uma associação significativa entre o neuroticismo e o risco de morte. Desta forma, concluem os autores a associação entre o neuroticismo e o cancro é teoricamente possível e poderá ser mediada por factores de *stress*. Um outro estudo (Kiecolt-Glaser et al., 2002) corroborou a ideia acima mencionada e constatou que o *stress* conduziria a uma desregulação ao nível do sistema imunitário e, por consequência, ao aparecimento de doença oncológica.

3.2 Stress e psicopatologia em doentes oncológicos (Ansiedade e Depressão)

As perturbações de humor têm uma grande prevalência em indivíduos com doença oncológica. A associação entre o cancro e o quadro depressivo é prevalente e surge como resultado da terapêutica, do prognóstico e da má qualidade de vida dos doentes (Barraclough, 2000).

Estudos relacionados com a psicopatologia na área da oncologia têm sido alvo de críticas em consequência da dificuldade ao nível do diagnóstico. Investigadores concluem que muitos dos sintomas relacionados com a perturbação de humor são muitas vezes confundidos com os demais sintomas desencadeados pela doença oncológica. Neste sentido, existe por vezes um diagnóstico mal elaborado, por parte dos médicos, em relação à depressão (Kovacs, Franco, & Carvalho, 2008). Por seu lado, o diagnóstico de depressão torna-se ainda mais difícil devido às alterações de humor dos pacientes por sentirem a sua vida ameaçada, por vivenciarem momentos de dor física e fadiga intensas, principalmente por se submeterem às diversas modalidades do tratamento oncológico (Kaplan et al., 1997).

A depressão *major* deve ser diagnosticada quando uma pessoa experiencia, num período mínimo de duas semanas, humor depressivo ou anedonia, juntamente com cinco dos seguintes sintomas, quase todos os dias: perda de interesse ou prazer em todas ou quase todas as actividades quotidianas, alterações ao nível do apetite ou peso, insónia ou hipersónia, agitação ou lentificação psicomotora, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, diminuição da concentração ou dificuldade em tomar decisões, pensamentos recorrentes de morte, incluindo ideação suicida. Muitos dos sintomas somáticos causados pelo cancro ou pelo seu tratamento sobrepõem-se aos critérios do diagnóstico para depressão *major*, incluindo distúrbios

ao nível do sono, apetite, energia, actividade psicomotora e concentração (Miller & Massie, 2010). Neste sentido, torna-se difícil para o profissional de saúde determinar se estes sintomas fazem parte da doença ou são resultado do impacto psicológico causado pela doença (Richardson, Sitzia, Brown, Medina & Richardson, 2005).

Neste sentido, o diagnóstico deva ser uma das tarefas essenciais à avaliação psicológica. No entanto, este não deve ser percebido como o fim do processo de avaliação, mas como um dos objectivos do referido processo que tem continuidade na intervenção psicológica. Mais do que um diagnóstico, a avaliação psicológica tem como objectivo o reconhecimento do estado psicológico do indivíduo para, se necessário propor uma posterior intervenção (Ballesteros, 2002). Por sua vez, a avaliação psicológica pode permitir a posterior prestação de um suporte social mais ajustado às necessidades sentidas pelo paciente, possibilitando uma adequada utilização dos recursos hospitalares disponíveis e uma melhor adaptação a um novo diagnóstico de saúde (Boutin-Foster, 2005). Perante os dados obtidos na avaliação psicológica, torna-se ainda possível construir um parecer e obter critérios para tomada de decisões clínicas (Boutin-Foster, 2005). A promoção da saúde e do bem-estar do doente através de um trabalho integrado com outros profissionais, parece também estar contemplada pela avaliação psicológica (Belar, 2000).

Após este breve parênteses sobre a importância da avaliação psicológica em pacientes com perturbação oncológica, importa considerar várias hipóteses sobre a relação entre o cancro e a depressão. Alguns autores vêem os sintomas depressivos como sintoma da neoplasia; outros acreditam que esses sintomas podem aumentar devido à doença; outros ainda defendem a ideia de uma associação entre ambas (Kovacs, Franco, & Carvalho, 2008).

A depressão *major* tem sido identificada como uma das formas mais comuns de *stress* nos doentes oncológicos. A prevalência desta perturbação psiquiátrica situa-se entre 0 e 38% nesta população (Massie, 2004). A amplitude significativa dos valores parece estar associada às características da população, ao tipo de doença oncológica, considerada ao seu estadiamento (Stiefel, Trill, Berney, Olarte & Razavi, 2001), ao tipo de metodologia e aos critérios de diagnóstico utilizados (Miller & Massie, 2010).

Derogatis et al. (1983) num estudo pioneiro, avaliaram 215 doentes oncológicos escolhidos de forma aleatória em regime de internamento e ambulatório, verificando que 6% cumpriam critérios para depressão *major*. Bukberg et al. (1984) encontraram uma prevalência de 42% de depressão *major* numa população de 62 doentes oncológicos. Honda & Goodwin (2004), partindo da informação recolhida no *National Comorbidity Survey*, com mais de 5800 participantes, avaliaram a relação

entre doença oncológica e perturbações mentais (prevalência anual). Concluíram que a existência de doença oncológica estava associada a um aumento da prevalência de depressão *major*. Sharpe *et al.* (2004) efectuaram um estudo de rastreio de depressão *major* em que 5613 doentes utilizadores de consultas externas de uma unidade de oncologia. Os potenciais casos foram identificados pelo auto preenchimento da *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). A prevalência estimada de depressão *major* na amostra de doentes oncológicos ambulatoriais foi de 8%. Miovic & Block (2007), numa revisão sobre perturbações mentais em doença oncológica, reportam que pelo menos 50% dos doentes preenchem critérios para perturbação psiquiátrica e que a co-morbilidade psiquiátrica é comum.

A literatura sugere também que pacientes com cancro deprimidos relatam uma qualidade de vida mais precária, aderem menos às intervenções médicas e apresentam uma maior permanência hospitalar (Miller & Massie, 2010). Uma meta-análise dos efeitos da depressão sobre a adesão ao tratamento médico revela que os doentes deprimidos apresentam três vezes mais probabilidade de não aderirem aos tratamentos quando comparados com doentes não deprimidos. Com efeito, a depressão pode também prejudicar a capacidade de um paciente compreender e processar informações acerca do seu prognóstico (DiMatteo, Lepper, & Croghan, 2000).

No que diz respeito especificamente à depressão e ao cancro de mama, um estudo (Burgess *et al.*, 2005) indica que a prevalência de depressão entre mulheres com cancro de mama precoce é o dobro do observado na população feminina em geral, especialmente durante o primeiro ano após o diagnóstico. Tal facto deve-se a factores que estão relacionados com a situação pela qual estão a passar, à gravidade da doença oncológica, à preocupação e medo em relação à morte, à reincidência da doença, ao comprometimento da imagem corporal, a alteração na sexualidade, feminilidade, atractividade e ao nível de incapacidade da doente (Baucom, Porter, & Kirby, 2006; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008).

Um estudo, realizado com 160 mulheres que efectuaram mastectomia, revelou que, no estágio inicial da doença, 8% das mulheres já apresentava depressão (Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008).

De acordo com a literatura, quando se considera uma relação hipotética entre o cancro de mama e a depressão, várias hipóteses podem logo ser levantadas: a depressão é um factor de risco para o cancro de mama?; a depressão é um factor de prognóstico para o cancro de mama?; existe uma correlação entre a depressão e a

gravidade da doença (estádio)?; e, o cancro de mama é um factor de risco para a depressão? (Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008).

Em resposta à primeira questão, McKenna, Zevon, Corn e Rounds (1999) indicam que existe uma associação entre os factores psicossociais e a ocorrência de cancro de mama, especialmente quando os mecanismos de defesa são de negação/repressão e, para além disso, salientam a importância das experiências de separação ou de perda.

No que respeita à depressão como factor de prognóstico para o cancro de mama, a literatura apresenta argumentos positivos que apoiam essa hipótese, uma vez que a depressão diminui a motivação e reduz a adesão ao tratamento e, por outro lado, a depressão *major* pode ser um importante preditor do último estágio do diagnóstico de cancro de mama, muito por consequência da fadiga quer física, quer emocional causada pelo avanço da doença (Ayres *et al.*, 1994; Desai, Bruce, & Kasl, 1999).

Num estudo levado a cabo por Morasso *et al.*, (2001), os autores procuraram encontrar sintomatologia depressiva em 132 mulheres com cancro de mama nos vários estádios da doença, utilizando como instrumento de triagem a HADS. Encontraram uma prevalência de 38% de perturbações psiquiátricas, incluindo episódio *major*.

No que respeita à quarta questão, com base em vários trabalhos citados (Maunsell, Brisson, Mondor, Verreault e Deschênes, 2001; Duijts, Zeegers, & Borne, 2003; Reich, Lesur, & Perdrizet-Chevallier, 2008), pode dizer-se que o cancro de mama é um factor de risco para a depressão. Com efeito, espera-se que mulheres submetidas a mastectomia radical apresentem uma taxa mais elevada de depressão do que mulheres sujeitas a cirurgia conservadora. Para além disso, o diagnóstico, a cirurgia e a recidiva de cancro são considerados eventos cruciais ao nível do sofrimento psicológico (Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniquchi, & Uchitomi, 2005). Tendo em conta o estudo de validação da versão portuguesa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, em que se avaliou a depressão em pacientes com várias doenças físicas, constatou-se que o cancro é uma das doenças em que a patologia depressiva é mais frequente (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

A investigação na área de oncologia comprova que, associado a esta doença, prevalece uma percentagem significativa de doentes com depressão. No entanto, estudos indicam também que a ansiedade é uma patologia frequente nos doentes com este tipo de diagnóstico e parece ser detectada de forma mais evidente em situações

de avaliação e diagnóstico, quando comparada com a depressão (Bitsika, Sharpley, & Christie, 2010).

A literatura refere que a ansiedade é uma emoção desagradável, faz parte de uma estrutura defensiva e é uma resposta às ameaças percebidas. Desta forma, a ansiedade é desajustada quando é activada de forma desproporcional, inadequada, independentemente do perigo real, e por consequência, se apresenta prejudicial para o funcionamento psíquico. Os doentes oncológicos experienciam a ansiedade quando temem a recidiva da doença, quando evocam o medo da morte e a incerteza quanto ao futuro, o medo dos efeitos secundários do tratamento, o isolamento e sentimentos de culpabilidade. Com efeito, indivíduos que são afectados pela ansiedade apresentam, em consequência, uma auto-eficácia reduzida para a resolução de problemas e, por consequência, uma maior dificuldade em reduzir potenciais ameaças (Levin & Alici, 2010).

Num estudo de Dugan, MacDonald e Passik (1998), os autores referiram que mais de metade dos doentes que recebem tratamento (cirurgia, radioterapia ou quimioterapia) sofre de ansiedade.

Carrol, Kathol, Noyes, Wald e Clamon (1993) avaliaram, através da HADS, doentes com cancro e concluíram que 47,6% dos sujeitos dessa amostra apresentava perturbação psiquiátrica, sendo que 23,1% sofria de ansiedade. Estes autores constataram que a ansiedade podia interferir de forma substancial no conforto do doente e na sua qualidade de vida.

Um outro estudo efectuado com doentes oncológicos (Schag & Heinrich, 1995) constatou que 44% dos doentes apresentava ansiedade ligeira e 23% dos doentes ansiedade significativa. Os autores sugerem que a prevalência elevada desta característica se deve à convivência dos doentes com a dor, aos efeitos dos tratamentos, às frequentes idas ao hospital, ao sofrimento das próprias famílias e à proximidade com a morte. Teles, Ribeiro e Cardoso (2003) numa avaliação de doentes oncológicos utilizando a Escala de Avaliação da Ansiedade de Sheehan, concluíram que 98% sofriam de ansiedade e que 82% revelaram ansiedade grave.

O estudo de Burgess (2005) realizado com 222 mulheres com cancro de mama sugere, que no momento do diagnóstico, a percentagem de doentes com ansiedade era de 33% nos três meses após o diagnóstico era de 24%. A longo prazo, a ansiedade foi associada a uma ausência de relações íntimas, menor idade, dificuldades graves relacionada com o cancro e episódios anteriores de ansiedade. Ainda neste estudo (Burgess, 2005), as mulheres (40%) relataram que o episódio de ansiedade tinha uma duração mínima de 90 dias, e 20% relataram um episódio com uma duração inferior a 90 dias, sendo que as restantes 40% abstiveram-se ou não

experienciaram episódios de ansiedade. Sendo este um estudo longitudinal, concluiu-se que a ansiedade foi mais prevalente no retorno da doença do que propriamente no momento do diagnóstico inicial. Globalmente, 45% das mulheres relata que teve o primeiro episódio de ansiedade nos três meses após o diagnóstico de recidiva (Burgess, 2005).

Note-se, no entanto, o estado de ansiedade pode ser uma resposta apropriada aquando da existência de uma doença que causa sofrimento e desgaste psicológico. O estado de ansiedade é definido como uma excitação emocional desagradável face a situações ameaçadoras, como é o caso da situação de doença física, está associado à capacidade de prever, preparar e adaptar-se às mudanças, tentando criar alterações fisiológicas que permitam à pessoa responder eficazmente a uma ameaça como é o diagnóstico da doença (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

No estudo de validação da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar, em que foi avaliada a ansiedade em várias doenças, conclui-se que os doentes oncológicos apresentam maior ansiedade, seguidos dos doentes de AVC e obesidade (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

3.3 A importância do suporte social em doentes oncológicos

Definir suporte social é uma tarefa complexa embora a definição seja pouco consensual. A literatura fornece várias definições deste conceito (Bertero, 2000) e defende-se que nenhuma é totalmente adequada, uma vez que o suporte social é considerado um metaconstruto (Vaux, 1988).

No entanto, a definição mais comum é de que o suporte social é “uma percepção ou experiência de alguém ser amado e cuidado pelos outros, estimado e valorizado, que faz parte de uma rede social de assistência mútua e de obrigações” (Wills, 1991, citado por Taylor, 2007). Este tipo de apoio pode advir de um parceiro, da família, amigos, colegas de trabalho ou de ligações sociais e comunitárias (Siegel, 1993).

Uma definição mais recente caracteriza o suporte social como o conjunto de interações e processos dinâmicos no qual determinadas acções ou comportamentos são dirigidos a um indivíduo com a intenção de influenciar de forma positiva o seu bem-estar social, físico e psicológico (Boutin-Foster, 2005).

Segundo Rook e Doopley (1985), embora se verifiquem discrepâncias na caracterização do suporte social, todas as definições possuem em comum a referência a algum tipo de interacção ou de ajuda.

O suporte social é um construto multi-dimensional que tipicamente inclui três dimensões: emocional, informacional e instrumental. O suporte emocional envolve demonstrações de empatia, confiança, amor e carinho. O suporte informacional refere-se ao fornecimento de informações, conselhos ou *feedback* visando a resolução de problemas. Já o suporte instrumental é considerado uma ajuda tangível, que inclui assistência nas tarefas de resolução de problemas (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981).

O apoio fornecido pela rede pode ser de dois tipos: informal, concedido pela família e pelos amigos, e formal, que envolve não só as organizações sociais formais (hospitais, serviços de saúde), mas também os profissionais de saúde (médicos, assistentes sociais, psicólogos) (Kahana, et al. 2009).

No que toca ao suporte familiar, num estudo realizado com doentes oncológicos constatou-se que os pacientes demonstravam um melhor ajustamento às dificuldades físicas e psicológicas associadas à doença quando experienciavam elevados níveis de suporte emocional por parte das famílias (Weidman-Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978). Por seu lado, baixos níveis de suporte familiar percebido parecem estar associados ao sofrimento psicológico (Baider, Ever-Hadani, Goldzweig, Wygoda & Peretz, 2003).

Neste sentido, a literatura tem demonstrado que, perante as alterações e os desafios que o diagnóstico oncológico pode trazer, o suporte social desempenha um importante papel junto dos doentes com cancro (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000). Verifica-se, assim, a necessidade de suporte como forma de lidar mais eficazmente com a doença oncológica, com os medos, ambiguidades e com questões associadas ao percurso e ao tratamento da mesma (Robinson & Tian, 2009).

As investigações têm estabelecido uma relação entre o suporte social, a sobrevivência dos indivíduos com cancro (Eil et al., 1992) e o bem-estar dos mesmos e a morbilidade psiquiátrica (Bloom, Stewartb, Johnstonb & Banksb, 2001; Simpson, Carlson, Beck & Patten, 2002).

Outras investigações (Robinson & Tian, 2009) corroboram os resultados acima citados, revelando que adultos com cancro necessitam, frequentemente, de apoio social como forma de lidarem melhor com a doença, executarem as tarefas que fazem parte do seu quotidiano, lidarem com os seus medos, ambiguidades e problemas associados à doença e ao tratamento. Tal facto poderá ser justificado pelo impacto que a doença oncológica apresenta ao nível das emoções, cognições e comportamentos do indivíduo (Cohen, 1988).

Neste sentido, doentes oncológicos que percebem altos níveis de apoio social têm evidenciado uma melhor adaptação à doença, um aumento da longevidade, uma

redução na mortalidade, um aumento da auto-eficácia e ajustamento psicológico. Para além disso, o apoio social pode ser considerado, especialmente, uma mais-valia se provir de pessoas com quem os pacientes mantêm uma relação íntima, nomeadamente os companheiros. Estes são por isso a fonte mais importante de apoio social, para que os pacientes consigam enfrentar a doença (Julkunen, Gustavsson-Lilius, & Hietanen, 2009).

Num estudo desenvolvido com mulheres com cancro da mama, verificou-se que estas procuravam suporte emocional nos familiares mais próximos e nomeavam os seus parceiros como a fonte mais importante de suporte emocional durante o processo de tratamento. Para além disso, observou-se que o suporte fornecido pelos membros da família estava associado ao bem-estar e a uma melhoria significativa ao nível da condição física do doente (Manne *et al.*, 2003).

Nesta mesma linha, Filazoglu e Griva (2008) demonstraram a importância do suporte social como recurso de *coping* para uma melhoria ao nível dos resultados de saúde e da qualidade de vida.

Por sua vez, Dirksen (2000) examinou a influência do suporte social na auto-estima e bem-estar de um grupo de mulheres com cancro da mama. Observou que o suporte social pode reduzir a ansiedade resultante do diagnóstico e dos factores *stressantes* do tratamento.

Contudo, estudos indicam (Holland & Holahan, 2003) que, se os pacientes apresentarem altos níveis de *stress*, podem afastar os seus significativos e, por consequência, poderão não receber o suporte que era esperado, aumentando a angústia e o mal-estar.

Acresce que, alguns doentes oncológicos relatam que o tipo de apoio social disponível nem sempre é adequado ou vai de acordo com as suas necessidades e, quando isso acontece, a emoção de raiva surge. Para além disso, investigações concluíram que a baixa coesão familiar e falta de apoio social são causas ou potenciam comportamentos suicidas e intensificam os sintomas depressivos (Au, Lau, & Lee, 2009).

Parte II – Estudo Empírico

4. Colocação do problema, objectivos e hipóteses de investigação

O presente trabalho tem como objectivo estudar o contributo dos construtos de dependência e auto-criticismo, enquanto estilos de personalidade na compreensão do funcionamento psicológico de doentes com cancro de mama, consideramos também o papel do stress, do suporte social e dos comportamentos de saúde. Como foi referido na parte teórica deste trabalho, diversos estudos tentaram demonstrar uma relação entre a personalidade e a adaptação à doença oncológica. Um outro objectivo do estudo é compreender se a presença de um estilo anaclítico se pode relacionar com a sua gravidade. Segundo Blatt, Cornell e Eshkol (1993), existe uma ligação entre a dimensão anaclítica, o aparecimento e a evolução clínica de algumas formas de doença oncológica.

Segundo Blatt (2008), os indivíduos com personalidade anaclítica têm uma menor diferenciação cognitiva e uma maior preocupação com questões somáticas. Desta forma, este estilo de personalidade poderá ter um papel importante ao nível de problemas de saúde. A conceptualização de um estilo anaclítico pode fornecer as bases para a compreensão da vulnerabilidade às doenças neoplásicas. Tal facto poderá ser justificado pelo desamparo sentido por indivíduos dependentes, que conduzirá a uma diminuição da imunidade e, por consequência, poderá levar a um aumento da ocorrência de tumores. Para além disso, a utilização sistemática de mecanismos de defesa evitante, como a negação, pode traduzir-se numa dificuldade mais acentuada dos doentes se confrontarem com a doença e intensificarem a sua dependência relativamente a outros, para receberem apoio emocional e cuidados. Investigações corroboram a ideia acima citada e indicam que a vulnerabilidade à doença resulta não só do sentimento de desamparo relativamente a pessoas significativas, como também da supressão da resposta imunológica (Friedman, Glasgow, & Ader, 1969; Seligman, 1975; Ader & Cohen, 1993).

Por outro lado, é sabido que a prevalência da depressão clínica e da ansiedade e *stress* na população oncológica é elevada e varia consoante as características da população, o tipo de doença oncológica e o seu estadiamento (Stiefel, Trill, Berney, Olarte & Razavi, 2001). Deste modo, fez sentido estudar o efeito do *stress*, depressão e ansiedade na adaptação à doença em conjunto com as variáveis da personalidade. A ansiedade também será tida em conta, visto a investigação confirmar a sua relevância no prognóstico do cancro, especificamente no cancro de mama (Levin & Alici, 2010). Vários estudos comprovam a importância dos factores de stress para a

doença oncológica. Um estudo com uma amostra de 2163 mulheres atendidas em ambulatório, na consulta de mama, indica que certos tipos de estratégias de enfrentamento e determinadas características de personalidade predis põem algumas mulheres a um risco aumentado de desenvolver cancro de mama após a ocorrência de eventos *stressantes*. Sugerem ainda que pessoas expostas sistematicamente a eventos *stressantes* têm menor probabilidade de sofrer de doença oncológica do que pessoas que apenas passam por um único acontecimento *stressante*, principalmente se o indivíduo não conseguir exteriorizar as emoções (Cooper & Faragher, 1993). A literatura sugere também que pacientes com cancro, deprimidos, relatam uma qualidade de vida mais precária, aderem menos às intervenções médicas e apresentam uma maior permanência hospitalar (Miller & Massie, 2010).

Considerou-se também importante estudar os comportamentos de saúde em doentes oncológicos, uma vez que a investigação considera que esta população é menos saudável quando comparada com a população em geral (Mayer et al., 2007). O estilo de vida (associado a aspectos como a dieta alimentar, exercício físico, fumar, consumir álcool ou drogas, etc.) funciona como um todo integrado e afecta a probabilidade de se sofrer de uma doença e também de se sobreviver, uma vez doente (Key, et al., 2004). Deste modo, parece-nos importante analisar esta variável de forma a perceber se o efeito da personalidade anaclítica na gravidade da doença é mediada pelos comportamentos de saúde. Estudos comprovam que melhores comportamentos de saúde estão relacionados, com uma saúde mais estável (Belloc & Breslow, 1972). Mas também revelam que sobreviventes oncológicos são menos saudáveis quando comparados com a população em geral. Mais de 10% dos sobreviventes com doença oncológica apresentam um maior risco para ganho de peso, doenças cardiovasculares, diabetes e osteoporose (Mayer et al., 2007). Sobreviventes de cancro relatam uma saúde mais precária, limitações ao nível das actividades diárias, das capacidades para o trabalho e do bem-estar psicológico (Baker, et al., 2005; Hewitt, Rowland, & Yancik, 2003). Por outro lado, estudos apontam para que uma dieta equilibrada rica em vegetais e frutas diminui, provavelmente, o risco de cancro de mama. Já o consumo excessivo de álcool acentua esse risco (Key et al, 1997).

No entanto, sobreviventes com cancro de mama relatam que, apesar de as preocupações físicas relacionadas com a doença e com o tratamento poderem já estar resolvidas, permanecem os problemas ao nível dos hábitos de saúde e as preocupações com a imagem corporal (Mullens, Erickson, McCaul, & Sangren, 2004).

Por outro lado, pareceu-nos evidente, devido às características do estilo dependente, englobar no nosso estudo uma variável relacionada com o suporte social,

de forma a perceber o eventual papel moderador na relação entre as características anaclíticas e a adaptação à doença. Com efeito, estudos apontam para que os pacientes demonstrem um melhor ajustamento às dificuldades físicas e psicológicas associadas à doença, quando apresentam elevados níveis de suporte emocional das famílias (Weidman-Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978). A importância que está subjacente ao suporte social leva-nos a considerá-lo relevante para este trabalho. Autores (Rodin & Salovey, 1989) afirmam que o “*suporte social alivia o stress em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo está doente tem um papel positivo na recuperação da doença*” (Rodin & Salovey, 1989, p. 547).

Por outro lado, a segunda variável dependente, para além da gravidade da doença será a adaptação à doença. Esta variável pressupõe também funções adaptativas da doença, manutenção de hábitos funcionais adequados, ausência de uma perturbação psicológica diagnosticável e uma qualidade de vida percebida em diferentes domínios (Stanton, Collins, & Sworowski, 2001). A literatura dedica extrema importância à avaliação deste construto como forma de perceber as implicações que a doença tem nos indivíduos e as reacções consequentes, isto é, o que os doentes pensam e fazem para reduzir a ameaça colocada pela doença.

Resumidamente, consideraram-se neste estudo duas variáveis dependentes, a adaptação à doença nas suas diversas facetas e a gravidade da doença, avaliada pelo estágio da doença de cada paciente. Como variáveis independentes consideramos a personalidade anaclítica e introjectiva, a ansiedade e a depressão (*stress*), o suporte social e os comportamentos de saúde. Além do mais, analisámos um possível efeito mediador do *stress* na relação entre ambos os estilos de personalidade e a adaptação à doença, bem como um efeito mediador entre os comportamentos de saúde na relação entre o estilo anaclítico e a gravidade da doença e, finalmente, um efeito moderador do suporte social na relação entre o estilo anaclítico e a adaptação à doença.

Optámos por estudar indivíduos com cancro de mama que estivessem em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia e cujo diagnóstico tenha sido realizado num período máximo de um ano. Tal facto justifica-se pelo impacto que este período tem para o indivíduo. Investigações indicam que o momento do diagnóstico e dos tratamentos são fases de grande sofrimento, quer a nível físico, quer a nível psicológico e em que uma boa adaptação à doença assume especial importância. O diagnóstico de doença oncológica é gerador de grande ansiedade e sofrimento, evocando não somente o medo de morrer, mas também a incerteza quanto ao futuro.

Por outro lado, aliada aos efeitos psicológicos, a doença oncológica causa um conjunto de efeitos físicos que tornam o sofrimento do indivíduo mais intenso (CDC, 2003, citado por Stanton & Revenson, 2007). Estudos a longo prazo com sobreviventes de cancro sugerem um maior grau de sofrimento e desconforto no primeiro ano após o diagnóstico, o que corresponde à fase de tratamento (Dorval, Maunsell, Deschenes, Brisson, & Masse, 1998).

No presente trabalho, será utilizada a versão portuguesa (Campos, 2000; 2009) o Questionário de Experiências Depressivas (Blatt, D’Afflitti, & Quinlan, 1976) para avaliar o estilo anaclítico e introjectivo (através das escalas de necessidade e dependência (estilo anaclítico) e a escala de auto-criticismo (estilo introjectivo) e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) (Pais-Ribeiro, Silva, Martins, Meneses & Baltar, 2007; Zigmond & Snaith, 1983)

A utilização da Escala de Ajustamento Mental ao Cancro (Pais-Ribeiro, 2003) avalia o ajustamento mental (adaptação) dos doentes com cancro a esta doença.

Será utilizado, para avaliar os comportamentos de saúde, o Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde (Pais-Ribeiro, 2004).

Por fim, a Escala de Satisfação e Suporte Social será utilizada para avaliar o grau em que o indivíduo percebe que está a ser cuidado, amado, estimado e valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas (Coob, 1986) ou seja a sua percepção do suporte social.

Os instrumentos foram aplicados no Serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora a 50 indivíduos com cancro de mama.

Para além disso, foram recolhidos, através de uma ficha de dados clínicos e demográficos, os seguintes dados sobre cada paciente: idade, escolaridade, a data do diagnóstico, antecedentes oncológicos, o tipo de tratamento que está a efectuar, o tempo e o número de sessões de tratamento feitas até ao momento, o estágio da doença e informações psiquiátricas.

- Hipóteses de investigação:

1ª Hipótese: Esperamos encontrar uma relação directa entre os estilos de personalidade e uma pior adaptação à doença oncológica, já que a investigação aponta para a definição de adaptação como um processo que ocorre ao longo do tempo, no qual o indivíduo é um elemento activo que aprende e se adapta às mudanças que foram ocorrendo ao longo do processo de doença (Brennan, 2001). A investigação comprova que características individuais dos sujeitos influenciam a sua saúde física, tendo um papel não só na origem, mas parecendo afectar também o

prognóstico da doença (Ogden, 2004). Assim, a personalidade emerge na literatura ligada à saúde e à doença e é considerada como causadora, amortecedora ou mediadora no que diz respeito à doença (Pais-Ribeiro, 2005).

2ª Hipótese: Por sua vez, os estilos de personalidade anaclítico e introjectivo poderão originar maior ansiedade e depressão, o que, por consequência levará a uma pior adaptação à doença - efeito de mediação do *stress*. A literatura sugere que indivíduos com presença de perturbação psicológica diagnosticada, pode prejudicar o modo de adaptação à doença crónica (Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002). Espera-se também que o *stress* possa ter uma relação directa a adaptação à doença independentemente da personalidade.

3ª Hipótese: Espera-se que o suporte social tenha um efeito na adaptação à doença oncológica, uma vez que pesquisas sugerem que o suporte social actua como forma do doente lidar melhor com a doença, e por consequência, lidar com os medos, ambiguidades e problemas que esta suscita (Robinson & Tian, 2009). Investigações indicam que doentes oncológicos demonstravam um melhor ajustamento às dificuldades físicas e psicológicas associadas à doença quando apresentavam elevados níveis de suporte emocional dos seus significativos (Weidman-Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978).

4ª Hipótese: Por outro lado, pensa-se que esta variável poderá ter um papel moderador entre o estilo anaclítico e a adaptação à doença. Este efeito seria explicado pelas características dos indivíduos dependentes, uma vez que estes valorizam o estabelecimento de relações próximas e íntimas, procuram a harmonia, a satisfação, a confiança e o bem-estar entre as relações e, se o suporte emocional prestado a estes indivíduos estiver de acordo com o esperado, então a adaptação à doença será feita de forma mais positiva. Pelo contrário, quando o suporte social não é prestado de acordo com o esperado, indivíduos com características dependentes poderão comprometer a adaptação à doença.

5ª Hipótese: O estilo de personalidade anaclítico, nomeadamente a forma mais primária e menos adaptativa da dependência, a necessidade, poderá ter um efeito na gravidade da doença. A formulação de um estilo de personalidade dependente fornece um modelo útil para a compreensão de alguns dos mecanismos que ligam as variáveis de personalidade ao processo de doença, identificando a relação entre factores de personalidade e a progressão de doenças imunológicas, especificamente a doença oncológica (Blatt *et al.*, 1993). Assim, é lícito pensar numa relação directa entre o estilo de personalidade dependente e a gravidade da doença oncológica. Com efeito, doentes oncológicos dependentes, devido ao seu vínculo com os seus significativos, deslocam as preocupações relacionadas com a doença para as relações que mantêm.

Tal facto leva a que os indivíduos ignorem factos relevantes da doença e, por consequência, agravem o seu estado de saúde (Blatt *et al.*, 1993). Por outro lado, pesquisas demonstram que o sentimento de perda nos indivíduos dependentes pode ser sinónimo de menor imunidade, o que resulta na supressão da resposta imunológica (Ader & Cohen, 1993; Friedman, Glasgow, & Ader, 1969).

6ª Hipótese: Espera-se que os comportamentos de saúde possam mediar o efeito do estilo anaclítico na gravidade da doença. Além disso espera-se que se relacionem directamente com a gravidade da doença. Os sobreviventes de cancro relatam uma saúde mais precária, limitações ao nível das actividades diárias e das capacidades para o trabalho. E, por outro lado e com efeito, indivíduos dependentes valorizam o estabelecimento de relações próximas e íntimas e preocupam-se em dar e receber afecto num contexto de segurança e cooperação acabam por deixar de lado preocupações como o exercício físico, alimentação saudável e outros hábitos de saúde, o que pode contribuir para o agravamento da doença (Coups & Ostroff, 2005; Lindsey, Waltman, Ott, Gross, & Twiss, 2004; Mullens, Erickson, McCaul, & Sangren, 2004), Espera-se que comportamentos de saúde possam ser uma variável mediadora entre o estilo anaclítico e a gravidade da doença.

5. Metodologia

5.1 Caracterização da amostra

Participaram no nosso estudo 50 mulheres com cancro de mama, com idades compreendidas entre os 31 e os 68 anos de idade. A escolaridade varia entre os 6 e 19 anos de escolaridade. Todas as participantes são utentes do Serviço de Oncologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, tendo sido o diagnóstico efectuado num período máximo de um ano, pelo médico oncologista. À data da aplicação dos instrumentos de avaliação, as participantes estavam submetidas a tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia. A Tabela 1 apresenta os valores das frequências, médias e desvios-padrão das variáveis que permitem caracterizar a amostra.

Tabela 1: Caracterização da amostra - frequências, médias e desvios-padrão.

<i>Variáveis</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (SD)</i>
Idade		50		
Escolaridade		50		
Estado-civil	Solteira	4	8.0%	
	Casada	37	74.0%	
	Divorciada	5	10.0%	
	Viúva	4	8.0%	
Presença de doenças Psiquiátricas	Sim	7	14.0%	1.86
	Não	43	87.0%	(0.35)
Doenças Físicas associadas	Sim	11	22.0%	1.78
	Não	39	78.0%	(0.42)
Antecedentes Familiares Oncológicos	Sim	36	72.0%	
	Não	14	28.0%	

5.2 Instrumentos

Nesta investigação foram utilizados cinco instrumentos de avaliação: Questionário de Experiências Depressiva (QED), Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS), O Meu Estilo de Vida (OMEV), Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-Mac), Escala de Satisfação e Suporte Social (ESSS)

- Questionário de Experiências Depressivas (QED) – (Anexo D)

O Questionário de Experiências Depressivas (Blatt, S., D’Afflitti, J., & Quinlan, D. 1976), adaptado para a população portuguesa por Campos (2000; 2009), é constituído por 66 itens que pretendem avaliar as experiências depressivas anaclíticas e introjectivas ou mais genericamente, as dimensões anaclítica e introjectiva da personalidade (Zuroff *et al.*, 1992).

Os sujeitos respondem ao questionário através de uma escala de Likert de sete pontos na qual o número 1 corresponde a “discordo totalmente” e o número 7 a “concordo totalmente”. O 4 é o ponto médio, que deverá ser utilizado caso o sujeito esteja indeciso. As instruções são breves, contendo apenas o essencial para que o sujeito possa responder adequadamente. Alguns dos itens têm uma redacção simples, clara e não muito extensa (ex. «Muitas vezes sinto-me desamparado(a)»), embora outros apresentem uma redacção mais extensa e (ou) ambígua (ex. «O modo como me sinto em relação a mim próprio varia frequentemente: há alturas em que me sinto extremamente bem comigo próprio(a), e outras em que só vejo o que é mau em mim e sinto-me um(a) falhado(a)»), que poderá eventualmente dificultar a sua compreensão (Campos, 2000).

São obtidos resultados para três escalas ou factores que resultaram da Análise de Componentes Principais realizado com a amostra da estandarização da versão original: dependência, auto-criticismo e eficácia. Ao primeiro factor correspondem os itens que estão mais direccionados sobretudo para o exterior. Dizem respeito a relações interpessoais e envolvem temas como a preocupação em ser abandonado ou rejeitado, ou em perder os outros, sentir-se só, desamparado, querer estar perto e depender dos outros. Envolve também preocupações como a possibilidade de magoar alguém, o que leva a dificuldades em expressar a raiva por medo de poder perder a gratificação que o outro lhe pode proporcionar (Blatt & Homann, 1992). Os itens com saturações mais elevadas no factor II têm uma dimensão mais interna. Indivíduos auto-críticos expressam preocupação, insatisfação, insegurança e o sentimento de não ter estado à altura das expectativas e dos objectivos propostos. Expressam

também dificuldades em assumir responsabilidades, sentimentos de ameaça perante a mudança, sentimentos de ambivalência em relação ao próprio e aos outros, tendência para assumir a culpa e serem críticos em relação a si próprios e a desvalorizar-se (Blatt & Homann, 1992).

Além desses dois factores, concordantes com as duas dimensões depressivas anteriormente apresentado por Blatt (1974), a análise factorial revelou ainda mais um factor que foi designado de *eficácia*. Os indivíduos com resultados elevados nesta escala caracterizam-se por possuir sentimentos de realização pessoal e por uma orientação para objectivos, mas não por excessiva competitividade. Mais recentemente Blatt *et al.* (1995) conceptualizaram duas sub-escalas para a escala de dependência: *necessidade* e *contacto*. A primeira mede uma característica mais primária e menos adaptativa da dependência, e a segunda está relacionada com uma preferência mais madura e desenvolvida pelos relacionamentos interpessoais (Campos, 2001).

A forma de obtenção dos resultados é algo complexa e, sobretudo, demorada. Cada um dos 66 itens é utilizado para calcular os resultados nas três escalas de forma ponderada, consoante o peso de cada item em cada factor. Assim, o resultado para um indivíduo num dado factor é um somatório do resultado em cada item, ponderado pelo respectivo valor factorial. Este resultado, sendo ponderado para cada factor, é obtido da seguinte forma: multiplicando o coeficiente no factor desse item por um quociente que constitui uma centragem e redução da variável (item) – o valor obtido pelo sujeito no item (de um a sete) menos a média do item na amostra de aferição, sobre o desvio padrão nessa mesma amostra. Devido à morosidade e complexidade da cotação do questionário existe um programa informático desenvolvido para o efeito (Campos, 2000).

A consistência interna das três escalas parece adequada com valores do alfa de Cronbach moderados, quer no estudo original (Blatt, *et al.*, 1976), entre 0.72 e 0.83, quer no estudo de replicação levado a cabo mais tarde (Zuroff *et al.*, 1990), entre 0.69 e 0.80.

Os valores de alfa de Cronbach para as três escalas da versão portuguesa do QED foram também calculados em separado para o sexo masculino e feminino e sugerem bom nível de consistência interna. Neste sentido para os homens, na escala de dependência o alfa de Cronbach foi de 0.82, ao passo que na escala de auto-criticismo foi de 0.78 e na de eficácia 0.71. No que toca às mulheres, o alfa de Cronbach na escala de dependência foi de 0.77, na de auto-criticismo foi 0.79 e na escala de eficácia de 0.70 (Campos, 2009).

- Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) – (Anexo F)

A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS) foi desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), com o objectivo de avaliar de uma forma breve os níveis de ansiedade e depressão em doentes com patologias físicas e em tratamento ambulatorio (Snaith & Zigmond, 1983). Pais-Ribeiro *et al.*, (2007) adaptaram a HADS para a população portuguesa.

A HADS não inclui itens focados nos aspectos somáticos da depressão e da ansiedade, tais como fadiga, perda de apetite, dor ou insónia, que podem ser provocados igualmente pela doença física ou pelo seu tratamento (Zigmond & Snaith, 1983).

É um instrumento de auto-relato, demorando o seu preenchimento entre 2-5 minutos (Snaith, 2003). Contém 14 itens que se dividem em duas sub-escalas: ansiedade (7 itens) e depressão (7itens). A resposta aos 14 itens da escala varia entre zero (0 – Baixo) e três (3 – Elevado). Em cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo o paciente escolher aquela que melhor se adapta à forma como se tem sentido durante a última semana. Os resultados finais de cada sub-escala variam de 0 a 21 e resultam da soma dos valores dos itens de cada sub-escala (Zigmond & Snaith, 1983). A HADS parece ser um instrumento adequado para a avaliação do *stress* em doentes oncológicos. Bjelland, Dahl, Haug e Neckelmann (2002) realizaram uma revisão da literatura sobre a validade da HADS. Com base em 71 artigos concluíram que a HADS é um instrumento adequado para a avaliação da intensidade sintomática e detecção de casos tanto nas perturbações de ansiedade como nas depressivas, em doentes somáticos, psiquiátricos, nos cuidados de saúde primários e na população em geral.

No estudo de Pais-Ribeiro *et al.* (2007), o alfa de Cronbach foi de 0.76 para a escala de ansiedade e de 0.81 para a escala de depressão. À excepção do item 11 com uma baixa correlação, de 0.24, com o total da escala, todos os itens apresentam valores de correlação satisfatórios.

- O Meu Estilo de Vida (OMEV) – (Anexo H)

O OMEV é um questionário adaptado para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, 1993) da versão original *Life-Style Assessment Questionnaire* (LAQ) (Hettler, 1982).

A versão original inclui quatro secções: Inventário de Wellness, Crescimento Pessoal, Risco de Morte e secção de Alerta. Cada secção inclui ainda várias

categorias de itens. A secção Inventário de Wellness inclui 173 questões distribuídas por 11 categorias, a saber, Exercício Físico (12 itens), Físico Nutricional (13 itens), Auto Cuidado Físico (14 itens), Segurança Física relacionada com Veículos (9 itens), Aspectos Físicos relacionados com Drogas (13 itens), Meio Ambiente (17 itens), Aceitação e Despertar Emocional (30 itens), Gestão Emocional (22 itens), Intelectual (14 itens), Ocupacional (15 itens), Espiritual (14 itens); A secção de Crescimento Pessoal inclui 31 itens; a de Risco de Morte 43 itens; a de Alerta inclui 39 itens. No total, o questionário inclui 289 itens.

À parte da secção do instrumento adaptado para a população portuguesa permite avaliar comportamentos de saúde e de risco. É composto por 27 itens. Os sujeitos respondem aos itens através de uma escala em que a opção A corresponde “Quase sempre”, a B a “Com muita frequência”, a C a “Muitas vezes”, a D a “Ocasionalmente” e a E a “Quase nunca”. Em termos de valores de cotação à opção A correspondem 5 pontos e à opção E corresponde 1 ponto. Este inventário permite-nos categorizar comportamentos de saúde e risco em cinco categorias: Exercício físico, Nutrição, Auto-cuidado, Segurança motorizada e Uso de drogas ou similares. O tempo de resposta é de cinco a dez minutos para pessoas letradas. O resultado total do instrumento varia entre 27 e 140.

A avaliação da consistência dos itens foi feita através do Alpha de Cronbach. Neste sentido, para a categoria do *exercício físico* o α de Cronbach foi de 0.67; para a *nutrição* foi de 0.78; para o *auto-cuidado* foi de 0.67; para a *segurança motorizada* foi de 0.42; para o *uso de drogas ou similares* foi de 0.52. Apesar da consistência interna dos últimos dois itens ser baixa, a consistência interna global da prova é de 0.76.

- Escala Reduzida de Ajustamento Mental à doença (Mini-Mac) – (Anexo E)

A Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro (Mini-Mac), desenvolvida por Watson, Law, Santos, Greer, Baruch e Bills (1994), surgiu a partir da *Mental Adjustment to Cancer Scale* (MAC), por se considerar que esta última apresentava limitações ao nível da avaliação das estratégias de *coping* de evitamento (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).

A versão portuguesa da Mini-Mac foi adaptada por Pais-Ribeiro, Ramos e Samico (2003) e permite avaliar o ajustamento mental dos sujeitos à doença oncológica. A escala inclui 29 itens que se distribuem por cinco dimensões: *desânimo - fraqueza*, *preocupação ansiosa*, *espírito de luta*, *evitamento cognitivo* e *fatalismo*. Cada item descreve a reacção do doente ao cancro, e é respondido através de uma

escala de likert de quatro pontos (entre “não se aplica de modo nenhum a mim” até “aplica-se totalmente a mim”).

A Mini-Mac não fornece um resultado total, ou seja, não permite somar as dimensões de forma a chegar a um resultado único. As notas obtêm-se em cada dimensão e variam entre 4 e 40, consoante a dimensão (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003). O alfa de Cronbach para a dimensão *desânimo - fraqueza* foi de 0.79; para a *preocupação ansiosa* foi de 0.88; para o *espírito de luta* foi de 0.72; para o *evitamento cognitivo* foi de 0.84 e para o *fatalismo* foi de 0.28 (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).

Na versão portuguesa, a palavra “cancro” foi substituída pela palavra “doença”, por exigência da instituição, onde os dados para a adaptação da prova foram recolhidos. Contudo, segundo Holland (2003), a não utilização da palavra “cancro” limitar o estudo formal do impacto psicológico da doença (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).

- Escala de Satisfação e Suporte Social (ESSS) – (Anexo G)

A Escala de Satisfação e Suporte Social (ESSS) desenvolvida por Pais-Ribeiro (1999) é composta por 15 frases que permitem ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas (grau em que a frase se aplica ou não à sua situação individual). Os itens são respondidos numa escala de tipo likert com 5 opções de resposta, (A) “concordo totalmente”, (E) “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”. A ESSS permite avaliar quatro dimensões ou factores: o primeiro factor, *satisfação com amigos* (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que se tem, inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15) e tem uma consistência interna de 0,83. O segundo factor, *intimidade* (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo, inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6) e tem uma consistência interna de 0,74. O terceiro factor, *satisfação com a família* (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente, inclui três itens (itens 9, 10, 11), e tem uma consistência interna de 0,74. O quarto factor, *actividades sociais* (AS), mede a satisfação com as actividades sociais que o sujeito realiza, inclui três itens (itens 2, 7, 8) e tem uma consistência interna de 0,64. O valor do alfa de Cronbach para a escala total é de 0.83.

O valor de cada dimensão resulta da soma dos itens pertencentes a essa mesma sub-escala. Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A” e o valor “5” aos assinalados em “E”. São excepção os itens 4,5,9,10,11,12,13,14 e 15 que são cotados de forma invertida. A escala permite ainda

a obtenção de um resultado global (ESSS) que resulta da soma da totalidade dos itens. A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75, correspondendo à nota mais alta uma percepção de maior suporte social.

5.3 Procedimentos

Para a realização desta investigação foi solicitada autorização à Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora, ao director do Serviço de Oncologia e parecer à Comissão de Ética do mesmo hospital (Anexo A).

As participantes foram seleccionadas tendo por base alguns factores de inclusão: serem doentes com cancro de mama do sexo feminino; terem idade compreendida entre os 30 e 60 anos de idade; o diagnóstico ter sido efectuado num período máximo de um ano pelo médico oncologista; e à data da aplicação dos instrumentos de avaliação, as participantes estavam submetidas a tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia. A selecção das participantes foi realizada com a ajuda de uma Enfermeira do Hospital de Dia da Quimioterapia e do Psicólogo residente do Serviço de Oncologia. Foram aplicados os cinco instrumentos (Questionário de Experiências Depressivas; Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar; Escala Reduzida de Ajustamento Mental ao Cancro; Questionário de Atitudes e Comportamentos de Saúde; Escala de Satisfação e Suporte Social) a cada indivíduo em sessões individuais. Para além disso, foram recolhidos, através de uma ficha de dados clínicos e demográficos, informações sobre o sujeito, fornecidas verbalmente pelos doentes (Anexo C).

A aplicação dos questionários ocorreu no início ou no final das sessões de quimioterapia, dependendo da disponibilidade do doente, num dos gabinetes disponíveis do Serviço de Oncologia.

Explicou-se que a participação era voluntária e assegurou-se a confidencialidade dos resultados.

A aplicação foi apresentada às participantes como sendo relativa a uma investigação para tese de Mestrado sobre a personalidade em doentes com cancro de mama e consistiria na resposta a cinco breves questionários.

Solicitava-se às participantes que, antes da aplicação dos questionários, assinassem o termo de consentimento informado (Anexo B). Após essa assinatura e depois de o investigador ter feito as perguntas que constavam na ficha de dados clínicos, as participantes recebiam um exemplar dos vários questionários a responder. Posteriormente pedia-se para que lessem as instruções dos questionários e, caso

tivessem alguma dúvida na compreensão de algum item, não hesitassem em perguntar.

5.4 Procedimentos estatísticos utilizados

Serão calculadas médias e desvios-padrão dos resultados nas escalas de personalidade (QED), *stress* (HADS), adaptação à doença (MINI-MAC), suporte social (ESSS) e comportamentos de saúde (OMEV).

Utilizaremos a análise de correlação de Pearson, com o intuito de poder quantificar a intensidade e a direcção da associação entre as diversas variáveis em estudo. Neste sentido, numa primeira fase calcularemos a correlação entre as variáveis da adaptação à doença, personalidade, *stress* e suporte social. Bem como iremos efectuar uma correlação parcial para perceber se o suporte social influencia a relação entre o estilo anaclítico e a adaptação à doença.

Numa segunda fase calcularemos as correlações entre a gravidade da doença (estádio), a personalidade anaclítica e os comportamentos de saúde. E efectuaremos uma correlação parcial para percebermos se a data do diagnóstico poderá influenciar a relação entre a variável gravidade da doença (estádio) e a variável necessidade.

Por fim, realizaremos análises de regressão múltipla, como forma de percebermos a relação entre a personalidade, *stress* e suporte social nas variáveis adaptação à doença. De forma a garantir os pressupostos da regressão iremos verificar se os resíduos apresentam uma distribuição normal. Para tal iremos utilizar os testes *Kolmogorov-Smirnov (K-S test)* e o teste de *Shapiro-Wilk*.

6. Resultados

6.1 – Estatística descritiva

Na tabela 2 são apresentados os resultados das médias e desvios-padrão obtidos pelas participantes nos diferentes instrumentos de medida e relativamente ao estágio da doença.

Tabela 2: Médias e desvios-padrão das variáveis em estudo

Variáveis	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Personalidade</i>		
1. Auto-criticismo	- 0.69	0.91
2. Dependência	- 0.09	0.88
3. Necessidade	0.06	0.77
<i>Sintomas de Stress</i>		
4. Ansiedade	8.48	4.32
5. Depressão	5.80	4.75
<i>Adaptação à doença</i>		
6. Desânimo/Fraqueza	15.27	6.78
7. Preocupação Ansiosa	21.78	4.34
8. Espírito de Luta	13.17	1.64
9. Evitamento Cognitivo	11.30	2.66
10. Fatalismo	15.96	2.19
<i>Suporte Social</i>		
11. Satisfação com amigos	15.12	3.30
12. Intimidade	19.76	3.72
13. Satisfação com Família	13.04	2.48
14. Actividades Sociais	12.60	2.72
<i>Comportamentos de Saúde</i>		
15. Nutrição	20.08	3.62
16. Físico	7.76	3.53
17. Auto-cuidado	46.34	3.99
18. Segurança	14.14	1.67
19. Drogas	25.40	3.39
20. Estádio	2.30	0.95

6.2 Análise de Correlações

De forma a poder investigar a relação entre as variáveis em estudo calcularam-se as correlações com as variáveis relativas à adaptação à doença, à personalidade, ao *stress* e ao suporte social. Estes resultados encontram-se na tabela 3.

Verificou-se que a variável desânimo/fraqueza se correlacionou significativamente com as variáveis auto-criticismo, depressão e ansiedade. Por seu lado, a variável preocupação ansiosa correlaciona-se significativamente com a necessidade, dependência, depressão e ansiedade. No que toca à variável espírito de luta, correlaciona-se negativamente com a necessidade, com a depressão e com a ansiedade. O evitamento cognitivo correlaciona-se significativamente apenas com o auto-criticismo. A variável fatalismo encontra-se relacionada negativamente com as variáveis ansiedade e depressão.

No sentido de verificar se o suporte social influencia a relação entre o estilo anaclítico e a adaptação à doença, pareceu-nos importante realizar correlações parciais entre as variáveis necessidade e preocupação ansiosa e entre a dependência e a preocupação ansiosa e ainda entre necessidade e espírito de luta, controlando em ambas o efeito das variáveis que constituem o suporte social. Este cálculo permitiu-nos apurar que, mesmo controlando as variáveis do suporte social, as correlações se mantêm significativas nos três casos. Neste sentido, o estilo anaclítico, quer considerando a escala de dependência, quer a escala de necessidade prevê a adaptação à doença sem que a percepção do suporte social altere essa relação.

Posteriormente, de forma a perceber se existe uma relação entre as variáveis gravidade da doença, comportamentos de saúde, estilo anaclítico (dependência e necessidade), procedeu-se à análise das correlações entre essas variáveis (Tabela 4). Constatou-se que existe uma correlação significativa entre as variáveis necessidade e gravidade da doença (estádio). No que diz respeito à dependência, não se correlacionou com o estágio, nem com nenhuma das variáveis dos comportamentos de saúde. Note-se que o comportamento de saúde não se correlaciona com o estado da doença. Deste modo, o efeito de mediação dos comportamentos de saúde na relação entre o estágio e a necessidade fica desde logo excluído.

Tabela 3: Resultados das correlações entre escalas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Desanimo/ Fraquesa															
2. Preocupação Ansiosa	.24														
3. Espírito de Luta	-.43**	-.46**													
4. Evitamento Cognitivo	.10	.25	.22												
5. Fatalismo	-.04	-.16	.44**	.25											
6. Auto-criticismo	.52**	.25	-.03	.43**	-.13										
7. Dependência	-.24	.42**	-.07	-.09	.04	-.32*									
8. Necessidade	.26	.54**	-.39**	-.09	-.10	.06	.69**								
9. Esss_global	-.14	-.18	.17	.06	.16	-.27	.01	-.03							
10. Esss_SA	-.23	-.25	.19	.06	.05	-.26	.12	-.02	.69**						
11. Esss_IN	-.19	-.25	.12	-.11	.17	-.45	.03	-.03	.81**	.50**					
12. Esss_SF	.12	.14	.07	.19	.14	.11	-.07	.09	.71**	.18	.40**				
13. Esss_AS	-.03	-.08	.11	.12	.09	-.07	-.09	-.12	.72**	.23	.35*	.70**			
14- HADS DEP	.41**	.72**	-.55**	-.02	-.31*	.32*	.37**	.57**	-.33*	-.29*	-.39*	-.03	-.20		
15. HADS ANS	.44**	.69**	-.56**	.03	-.31*	.44**	.25	.61**	-.25	-.32*	-.35*	.08	-.03	-.83**	

*p<0.05 **p<0.01

Esss_SA: Escala de Satisfação e Suporte Social (Satisfação com amigos)

Esss_IN: Escala de Satisfação e Suporte Social (Intimidade)

Esss_SF: Escala de Satisfação e Suporte Social (Satisfação com a família)

Esss_AS: Escala de Satisfação e Suporte Social (Actividades Sociais)

HADS DEP: Escala de ansiedade e depressão Hospitalar (Sub-escala depressão)

HADS ANS: Escala de ansiedade e depressão Hospitalar (Sub-escala ansiedade)

Na tabela 4 são apresentados os resultados das correlações entre as variáveis relativas à gravidade da doença, à personalidade anaclítica e aos comportamentos de saúde.

Tabela 4: Resultados das correlações entre escalas e estágio da doença

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-Estádio									
2-Necessidade	.30*								
3-Dependência	.05	.69**							
4-CS_Nut	.11	.21	.12						
5-CS_Fis	-.16	-.33*	-.21	.24					
6-CS_Autoc	.01	.51**	.41**	.29*	.09				
7-CS_Seg	.19	.46**	.35*	.33*	.19	.37**			
8-CS_Drog	.02	.17	.12	.49**	-.07	.32*	.31*		
9-CS_Global	.02	.29*	.22	.76**	.47**	.69**	.59**	.65**	

<0.05 **p<0.01

CS_Nut: O meu estilo de vida (Nutrição)

CS_Autoc: O meu estilo de vida (Auto-Cuidado)

CS_Drog: O meu estilo de vida (Drogas)

CS_Fis: O meu estilo de vida (Exercício Físico)

CS_Seg: O meu estilo de vida (Segurança)

CS_Global: O meu estilo de vida (Escala global)

No sentido de verificar se a data do diagnóstico influencia a relação entre a variável estágio e a variável necessidade, pareceu-nos importante realizar uma correlação parcial entre estas duas variáveis, controlando o efeito da variável data do diagnóstico. A correlação mantém-se significativa (0.29).

6.3 Análise de regressão múltipla

No sentido de testar o efeito preditor conjunto das variáveis *stress* e da personalidade na previsão dos diversos aspectos da adaptação à doença, utilizou-se a análise de regressão múltipla. Neste sentido, a análise da regressão linear múltipla foi realizada com o objectivo de prever a adaptação à doença, utilizando como preditores

a dependência, o auto-criticismo, a necessidade, a ansiedade e a depressão, quando estas variáveis se correlacionaram significativamente com as várias escalas da adaptação à doença.

Na tabela 5 são apresentados os resultados da regressão linear múltipla entre as variáveis da adaptação à doença e as variáveis da personalidade e *stress*.

As análises de regressão (tabela 5) mostra-nos que a variável auto-criticismo é preditora da variável adaptação à doença – desânimo/fraqueza, o que significa que, mesmo controlando o *stress*, a personalidade – auto-criticismo – continua a prever este aspecto da adaptação à doença. Um possível efeito mediador do *stress* na relação entre a personalidade e a adaptação fica excluído.

No que toca à preocupação ansiosa, apenas a variável depressão se mostra preditiva deste aspecto da adaptação à doença quer quando se considera a dependência, quer quando se considera a necessidade, como manifestações do estilo anaclítico. Esta variável poderá ter um efeito mediador entre o estilo anaclítico e a preocupação ansiosa.

Quanto à variável espírito de luta, apesar da ansiedade, da depressão e da necessidade se correlacionarem com essa variável, quando consideradas isoladamente não se apresentam como preditores significativos na análise de regressão múltipla.

Por fim, o modelo de regressão em que o fatalismo é a variável dependente e os preditores são a ansiedade e a depressão não se mostra significativo.

De forma a garantir os pressupostos da regressão linear múltipla verificou-se se os resíduos possuíam uma distribuição normal (Maroco, 2002). Para tal foram utilizados o teste de *Kolmogorov-Smirnov (K-S test)* e o teste de *Shapiro-Wilk*. Relativamente aos resíduos referentes à regressão linear múltipla de previsão do desânimo/fraqueza, verificou-se que esta variável não possui uma distribuição normal ($K-S=.159$ $p=.003$; $W=.739$, $p=.000$). Na regressão, para prever a preocupação ansiosa, com base nos preditores dependência e variáveis de *stress*, verificou-se uma distribuição normal dos resíduos ($K-S=.065$, $p=.200$; $W=.977$, $p=.427$), bem como a análise dos resíduos referentes à regressão de previsão da preocupação ansiosa, com base nos preditores, necessidade e as variáveis de *stress* ($K-S=.121$, $p=.063$; $W=.974$, $p=.345$). Por seu lado, a regressão para prever o espírito de luta também, os resultados apresentam, igualmente, uma distribuição normal ($K-S=.064$, $p=.200$; $W=.992$, $p=.982$). Na regressão para prever a variável fatalismo, com base nos

preditores de *stress*, os resultados apresentam igualmente distribuição normal (K-S=.104, p=.200; W=.973, p=.297).

Assim, apenas num dos casos o pressuposto da análise de regressão não se verificou, pelo que optámos por manter os resultados das análises efectuadas.

Tabela 5: Resultados da análise de regressões

Variáveis	<i>B</i>	β	<i>t</i>	* <i>p</i> <	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	* <i>p</i> <
Desânimo/Fraqueza					.582	.339	7.683	0.000
Auto-criticismo	3.129	.414	3.060	.004				
Ansiedade	.149	.096	.413	.681				
Depressão	.293	.205	.937	.354				
Preocupação					.761	.579	21.117	0.000
Ansiosa								
Dependência	.985	.199	1.920	.061				
Ansiedade	.334	.332	1.917	.061				
Depressão	.339	.370	2.047	.046				
Preocupação					.740	.558	19.356	0.000
Ansiosa								
Necessidade	.802	.142	1.134	.263				
Ansiedade	.230	.229	1.242	.221				
Depressão	.410	.449	2.519	.015				

Espírito de Luta						.584	.341	7.602	0.000
	Ansiedade	-.117	-.302	-1.338	.188				
	Depressão	-.093	-.269	-1.224	.227				
	Necessidade	-.129	-.060	-.391	.698				
Fatalismo						.327	.107	2.816	0.070
	Ansiedade	-.084	-.165	-.664	.510				
	Depressão	-.082	-.177	-.714	.479				

7. Discussão dos resultados

Este trabalho teve como objectivo genérico estudar o contributo dos estilos de personalidade, anaclítico e introjectivo, na compreensão do funcionamento psicológico de doentes com cancro de mama. Procurámos, perceber o papel destes dois estilos de personalidade na adaptação à doença e também se o estilo anaclítico se pode relacionar com a gravidade da doença. Foi também correlacionado o papel das variáveis *stress*, suporte social e comportamentos de saúde.

Especificamente, estudámos a relação entre a adaptação à doença e os estilos anaclítico e introjectivo, o *stress*, o suporte social e entre a gravidade da doença e os comportamentos de saúde e o estilo anaclítico da personalidade.

Os resultados mostram que a variável da adaptação à doença designada de desânimo/fraqueza se relaciona com o estilo introjectivo, avaliado pela escala de auto-criticismo do Questionário de Experiências Depressivas e com o *stress*, a ansiedade e a depressão, avaliado pela Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Mostram também que mesmo controlando o efeito do *stress*, o auto-criticismo continua a ser um bom preditor do desânimo/fraqueza, se tivermos em conta os resultados de uma análise de regressão múltipla. Deste modo, podemos afirmar que os resultados foram em parte de encontro ao esperado. Relativamente à relação entre este aspecto da adaptação (desânimo - fraqueza) e a personalidade, neste caso, estilo introjectivo, o *stress* não se apresenta como variável mediadora. Os resultados ainda nos mostram, quanto mais auto-críticos maiores dificuldades os indivíduos apresentam, na adaptação à doença oncológica.

Este resultado é consistente com a definição de personalidade, considerada como uma estrutura estável do indivíduo que influencia a forma como este reage perante ocorrências de vida desfavoráveis (Patrão & Leal, 2004). De facto, alguns traços de personalidade são importantes na forma como o indivíduo se comporta em situações de adversidade (Patrão & Leal, 2004). Sujeitos com determinadas configurações de personalidade estarão mais susceptíveis a determinados factores negativos do meio, cuja exposição foi, em parte, causada pela sua personalidade, factores estes que poderão contribuir para o surgimento da doença (Campos, 2009a). Neste sentido, as características do sujeito auto-crítico poderão influenciar uma pior adaptação ao cancro. De acordo com a conceptualização de Blatt, indivíduos auto-criticos são mais competitivos, agressivos, impacientes, voltados para a acção, com grande investimento no trabalho e uma grande dificuldade em lidar com o fracasso (Blatt *et al*, 1993).

Por outro lado, o estilo anaclítico avaliado quer pela escala de dependência, quer pela escala de necessidade do QED também se correlacionou com uma das variáveis da adaptação à doença – a preocupação ansiosa. Este resultado confirma uma vez mais que determinados estilos de personalidade podem ser um preditor da adaptação à doença física.

A adaptação à doença, nomeadamente a variável preocupação ansiosa, também se correlacionou com o *stress* - ansiedade e depressão - mas quando se consideram as três variáveis em conjunto, numa análise de regressão múltipla, o estilo anaclítico avaliado quer pela escala de dependência, quer pela escala de necessidade, a ansiedade e a depressão, apenas esta última se apresenta como preditora da componente da adaptação à doença, denominada preocupação ansiosa. Assim, e neste caso a depressão poderia ter um papel mediador na relação entre o estilo anaclítico e a dimensão da adaptação à doença, preocupação ansiosa.

É sabido que a adaptação à doença e o seu progresso é substancialmente comandado pela capacidade que o paciente tem em cooperar com os problemas que surgem. Neste sentido, o facto de o indivíduo estar mais propenso a eventos *stressantes* e de se confrontar com um maior sofrimento poderá ser vivido de formas diferentes, dependendo de como o doente lida com o acontecimento (Edgar, Ladislav & Schaffner, 1997). Pacientes com estratégias adaptativas lidam melhor com a doença, sentem-se capazes de dar e procurar apoio, manter a angústia dentro dos limites razoáveis, restabelecer relações com pessoas significativas, reforçar as perspectivas de recuperação das funções corporais e esforçar-se para manter o autocontrolo sobre a doença (Hamburgo & Adams, 1967 cit. por Lazarus & Folkman, 1984). Desta forma, uma boa adaptação à doença é sinónimo de baixos níveis de ansiedade e depressão (Dorval *et al.*, 1998; Folkman *et al.*, 1997; Ganz *et al.*, 1998; Levy *et al.*, 1992; Tomich & Helgeson, 2002;). Por outro lado, pacientes com uma pobre adaptação à doença usam estratégias de *coping* menos favoráveis. A raiva, a revolta, a culpa e a agressividade são características dos indivíduos com uma fraca adaptação à doença.

As variáveis do suporte social não se correlacionaram com nenhuma das variáveis da adaptação à doença, nem com nenhuma das outras. Não se comprovou também um possível efeito moderador do suporte social na relação entre o estilo anaclítico e a adaptação à doença, dado que a relação entre o estilo anaclítico da personalidade quer quando foi avaliado pela escala de necessidade, quer pela escala de dependência e as diversas variáveis da adaptação à doença se mantém, quando se controla o efeito do suporte social, através de uma correlação parcial.

Deste modo, o resultado não vai ao encontro da hipótese que formulámos, nem ao apresentado na literatura. Não se comprovou que o suporte social tenha um papel crucial na adaptação à doença. É sabido que a prestação de um suporte social adequado às necessidades do indivíduo conduz a uma melhor adaptação relativamente ao diagnóstico de cancro (Boutin-Foster, 2005), porém, o que os resultados mostram é que indivíduos anaclíticos poderão apresentar dificuldades de adaptação à doença, independentemente da percepção do suporte social que têm e que as características anaclíticas, especialmente quando associadas à depressão poderão ser mais importantes para a adaptação à doença do que o suporte social percebido.

No que toca à variável espírito de luta, esta correlacionou-se com a necessidade e o *stress*, ansiedade e depressão. Neste sentido, indivíduos mais anaclíticos, mais depressivos e mais ansiosos podem apresentar um menor espírito de luta, sendo este um resultado esperado na medida em que a variável espírito de luta engloba um leque de respostas mais ou menos adaptativas. Note-se, no entanto que os três preditores, necessidade, ansiedade e depressão não mostram um contributo significativo na previsão da variável espírito de luta, na análise de regressão, provavelmente porque se correlacionam muito e portanto “anulam-se” na previsão da variável espírito de luta.

A variável fatalismo correlaciona-se apenas com as variáveis de *stress*. Neste sentido, quanto mais ansiosos e mais deprimidos estão os indivíduos, mais fatalismo existirá. Este é um resultado que vai de encontro ao esperado. No entanto, na análise de regressão estas não se constituem como preditores significativos, uma vez que o modelo de previsão não se mostra significativo.

De acordo com os resultados, a variável necessidade correlaciona-se com a gravidade da doença. Note-se que esta relação se mantém mesmo quando se controla o efeito da data do início da doença. A formulação de um estilo de personalidade dependente fornece um modelo útil na integração de resultados para a compreensão de alguns dos mecanismos que ligam as variáveis de personalidade ao processo de doença, identificando a relação entre factores de personalidade e a progressão de doenças imunológicas, especificamente a doença oncológica (Blatt et al., 1993).

Neste sentido, este resultado vai de encontro à ideia concebida por Blatt *et al.* (1993), que ligou a dimensão anaclítica ao curso clínico de determinadas formas de doença neoplásica, associados a uma desregulação do sistema imunitário, como é o exemplo do cancro de mama. Esta configuração está associada à utilização preponderante e abusiva de mecanismos de defesa do tipo evitante e é próxima do

conceito de padrão de personalidade tipo C. Assim, a dimensão dependente da personalidade surge associada a indivíduos cooperativos, passivos, pouco assertivos, que expressam poucas emoções negativas, que reprimem as suas necessidades de forma a manterem a harmonia relacional. “A literatura indica que estes indivíduos tendem a utilizar massivamente mecanismos de defesa do tipo evitante, não se apercebem do aumento da activação fisiológica devido aos factores de *stress*, pelo que não respondem de forma a reduzir esses mesmos factores e, portanto, podem experienciar episódios prolongados de activação fisiológica. Estes períodos prolongados podem actuar desregulando o funcionamento imunológico, devido à incapacidade das células para darem uma resposta adequada ao estado crónico de activação. Por seu lado, a utilização de mecanismos de defesa evitante também poderá associar-se a comportamentos de saúde desadaptativos e à incapacidade de empregarem comportamentos de saúde mais adequados. Tal facto poderá comprometer o sistema imunitário e condicionar o curso da doença” (Campos, 2009a p. 13).

A formulação do estilo de personalidade anaclítico, nomeadamente a dimensão desadaptativa da dependência, a necessidade, fornece bases para a compreensão da vulnerabilidade a doenças neoplásicas. Com efeito, doentes oncológicos dependentes, devido ao seu vínculo com os seus significativos, deslocam as preocupações relacionadas com a doença para as relações que mantêm. Tal facto leva a que os indivíduos ignorem factos relevantes da doença e, por consequência, agravem o seu estado de saúde (Blatt *et al.*, 1993). Por outro lado, pesquisas demonstram que o sentimento de perda, nos indivíduos dependentes pode ser sinónimo de menor imunidade, devido à supressão da resposta imunológica (Blatt *et al.*, 1993). Note-se, no entanto, que a função desadaptativa da dependência (necessidade) em mulheres com um estágio mais avançado da doença se pode dever simplesmente ao facto de ser um estado físico, sem que a suposta relação entre o estilo anaclítico e o curso da doença não possa ser explicada pelo estágio terminal, como é o presente estudo.

Por fim, ao nível dos comportamentos de saúde os resultados não foram de encontro ao esperado, isto é, os comportamentos de saúde não se relacionaram com a gravidade da doença. Deste modo, não se conseguiu relacionar os comportamentos com uma melhor saúde nem medeiam a relação entre o estilo anaclítico e a gravidade da doença (Belloc & Breslow, 1972).

7.1 Limitações do Estudo

Ao interpretarmos estes resultados devemos ter em conta a forma como o próprio estudo foi realizado, sendo que a metodologia utilizada implica necessariamente limitações.

Uma das limitações poderá estar relacionada com o facto de se tratar de um estudo de cariz transversal, em que a avaliação é feita num único momento e, por isso, as participantes são submetidos a vários instrumentos de avaliação de forma sequencial, sem serem avaliados novamente num outro momento. Seria útil uma metodologia longitudinal em que fossem aplicados os instrumentos num primeiro momento alguns meses mais tarde para percebermos se houve alterações ao nível dos resultados.

Outra limitação deste estudo prende-se com a dimensão da amostra. Esta pode ser um factor limitador na interpretação dos dados, condicionando a generalização dos resultados à população geral de doentes com cancro de mama. Este facto deveu-se em parte à alguma falta de disponibilidade das doentes antes e depois dos tratamentos de quimioterapia, alegando que estavam com pressa e/ou manifestando receio de serem chamados para o tratamento de quimioterapia/radioterapia.

Um outro factor que deve ser considerado é o facto da amostra apresentar pouca escolaridade, o que poderá eventualmente comprometer a interpretação de alguns dos itens presentes nos vários questionários.

Para além disso, no que toca aos instrumentos, existem algumas escalas em que a fiabilidade é reduzida o que, eventualmente, poderá tornar os resultados ao nível dessas escalas inconclusivos.

No entanto, apesar de todas estas limitações, pensamos que os resultados apresentados são claramente satisfatórios, contribuindo para uma melhor compreensão da influência dos estilos de personalidade, anaclítico e introjectivo, na adaptação ao cancro de mama, factos que deverão ser considerados em conjunto com outras variáveis especialmente, factores de stress.

Conclusão

O objectivo da presente investigação consistiu em estudar o contributo dos construtos de personalidade, anaclítico e introjectivo, enquanto estilos de personalidade (segundo a perspectiva teórica de Sidney Blatt) na compreensão do funcionamento psicológico de doentes com cancro de mama. Perceber também o papel destes dois estilos de personalidade, na adaptação à doença e, também se o estilo anaclítico se relaciona com a gravidade da doença oncológica. Foram também consideradas as variáveis *stress*, o suporte social e os comportamentos de saúde.

A literatura refere sistematicamente uma relação entre a personalidade e a saúde, e mais especificamente, entre a personalidade e a adaptação à doença. Segundo vários autores (Blatt *et al.*, 1993; Blatt, 2008; Campos, 2009a), a personalidade pode apresentar um forte impacto na incidência e no curso das doenças neoplásicas, devido especialmente ao uso de defesas repressivas e preocupações excessivas ao nível das relações interpessoais. Quer a personalidade, quer os factores de risco inerentes à doença oncológica poderão condicionar a adaptação à mesma.

Mais especificamente, parece haver uma ligação entre a personalidade anaclítica e a evolução do prognóstico de cancro. Este conceito permite integrar resultados empíricos que dão uma compreensão sobre alguns dos mecanismos que ligam as variáveis de personalidade ao processo de doença. É sabido que devido às suas características, os indivíduos anaclíticos têm alguma dificuldade em se confrontarem com a doença e, por consequência podem negligenciar a adaptação à mesma.

Parece ser também unânime que a personalidade pode mediar o efeito dos três na adaptação a situações de risco, bem como, apresentar-se como preditor da adopção de comportamentos de risco ou não para a saúde. A literatura mostra que indivíduos com cancro apresentam baixos níveis de racionalidade e elevados níveis de *stress*, quando comparados com pessoas saudáveis. Em consequência dos níveis de *stress* mais elevados, indivíduos com cancro aderem menos às intervenções médicas e percebem de forma distorcida a informação que lhe é fornecida, dificultando assim a sua adaptação à doença. Desta forma, tanto a ansiedade como a depressão colocam em causa a adaptação à doença e pode também influenciar de forma directa o ajustamento em relação a esta, às respostas emocionais e à interacção do doente com os prestadores de cuidados (Trindade & Teixeira, s/d).

Por outro lado, na literatura verificar-se uma melhor adaptação à doença e um melhor ajustamento às dificuldades físicas e psicológicas, quando os indivíduos

experienciam elevados níveis de suporte emocional por parte das famílias (Weidman-Gibbs & Achterberg-Lawlis, 1978). Neste sentido, perante as alterações e as dificuldades de um diagnóstico oncológico, o suporte social desempenha um importante papel junto dos doentes com cancro (Cohen, Gottlieb & Underwood, 2000).

Os nossos resultados mostram que a dimensão anaclítica da personalidade poderá ter um papel importante na evolução da doença oncológica em mulheres com cancro da mama. No entanto, esta afirmação não assume uma relação causa-efeito definitiva da personalidade dependente na evolução da doença. É simplesmente possível pensar que as doentes mais graves se sentem mais dependentes como consequência da doença, da gravidade do seu próprio estado de saúde.

Verificámos também que a personalidade tem um papel importante na adaptação à doença, mostrando-se como preditor da adaptação à doença oncológica nas dimensões [desânimo-fraqueza; preocupação ansiosa; espírito de luta; evitamento cognitivo; fatalismo]. Os resultados mostram também que, mesmo quando se controla o efeito do *stress*, a dimensão introjectiva da personalidade continua a ser um bom preditor de uma fraca adaptação à doença na vertente *desânimo/fraqueza*. Neste sentido, as características do sujeito introjectivo/auto-crítico poderão só por si influenciar uma pior adaptação ao cancro. De acordo com a conceptualização de Blatt, indivíduos auto-críticos são mais impacientes, voltados para a acção, com grande investimento no trabalho e uma grande dificuldade em lidar com o fracasso (Blatt *et al*, 1993), o que pode só por si dificultar a adaptação a uma situação fortemente causadora de frustração e mal-estar. O estilo anaclítico também se mostra importante na fraca adaptação à doença na vertente *preocupação ansiosa*. A depressão parece mediar o impacto do estilo anaclítico na adaptação à doença.

No que diz respeito ao suporte social, verificou-se que ao contrário do que é referido na literatura, este não teve um impacto significativo na adaptação à doença, nem apresentou um papel moderador entre a personalidade anaclítica e a adaptação à doença, o que nos permite concluir, que, de acordo com os nossos resultados, indivíduos anaclíticos apresentam dificuldades na adaptação à doença, independentemente do suporte social percebido. Também se verificou que os comportamentos de saúde não se associaram à gravidade da doença.

De salientar, que os resultados obtidos devem ser encarados com algum cuidado, antes de serem replicados em estudos futuros com uma amostra maior. Ainda assim, de forma geral, os resultados parecem claramente satisfatórios, contribuindo para a compreensão do impacto dos dois estilos de personalidade e dos factores de stress na doença oncológica.

Referências

- Allport, G. W. (1966). Traits Revisited. *American Psychologist*, 21, 1-10.
- Amelang, M., Schmidt-Rathjens, C., & Matthews, G. (1996). Personality, cancer and coronary heart disease: Further evidence on a controversial issue. *British Journal of Health Psychology*, 1, 191-205.
- Au, A., Lau, S., & Lee, M. (2009). Suicide Ideation and Depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept. *Adolescence* 44, 851-868.
- Aube, J., & Whiffen, V. (1996). Depressive styles and social acuity: Further evidence for distinct interpersonal correlates of dependency and self-criticism. *Communication Research*, 23, 407-424.
- Ayres, A., Hoon, P.W., Franzoni, J.B., Matheny, K.B., Cotanch, P.H., & Takayanagi, S. (1994). Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 393-402.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., Joffe, R. T., & Buis, T. (1994). Reconstruction and validation of the Depressive Experiences Questionnaire. *Assessment*, 1, 59-68.
- Baker, F., Denniston, M., Smith, T., & West, M.M. (2005). Adult cancer survivors: How are they faring? *Cancer*, 104, 2565-2576.
- Baker, K. D., Nenneker, R. A., & Barris, B. P. (1997). Cognitive organization in sociotropic and autonomous inpatient depressives. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 11, 279-297.
- Ballesteros, F. R. (2002). El proceso como procedimiento científico y sus variantes. In F. R. Ballesteros (Eds.), *Introducción a la evaluación psicológica I* (59-86). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Barracough, J. (2000). *Cancer and Emotion. A Practical Guide to Psycho-oncology*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bartelstone, J. H., & Trull, T. J. (1995). Personality, life events, and depression. *Journal of Personality Assessment*, 64, 279-294.
- Baucom, D.H., Porter, L.S., & Kirby, S. (2006). Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. *Breast Disease*, 23, 103-113.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.

- Belar, C. D. (2000). Psychological interventions and health: critical connections. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1, 11-17.
- Belloc, N. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2, 67-81.
- Belloc, N., & Breslow, L. (1972) Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1, 409–421.
- Berterö, C. M. (2000). Types and sources of social support for people afflicted with cancer. *Nursing and Health Sciences*, 2, 93-101.
- Bitsika, V., Sharpley, C., & Christie, D. (2010). 'What made me unhappy'. Experiences of, and responses to, lifestyle changes in breast cancer patients. *British Journal of Guidance & Counselling*, 38, 179-189.
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated review. *Journal of Psychiatric Research*, 52, 69 – 77.
- Blanchard, C.M., Denniston, M.M., Baker, F., Ainsworth, S.R., Courneya, K.S., & Hann, D.M. (2003). Do adults change their lifestyle behaviors after a cancer diagnosis? *American Journal of Health Behaviors*, 27, 246–256.
- Blanchard, C.M., Baker, F., Denniston, M.M., Courneya, K.S., Hann, D.M., & Gesme, D.H. (2003). Is absolute amount or change in exercise more associated with quality of life in adult cancer survivors? *Preventive Medicine*, 37, 389-395.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two primary configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation: Implications for personality theory, psychopathology, and health* (p. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 449-458.
- Blatt, S. J. (1995). Representational structures in psychopathology. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Ed.), *Emotion, Cognition, and Representation* (p. 1-33). Rochester Symposium on Developmental Psychopathology.
- Blatt, S. J. (2004). Experiences of depression: Theoretical, clinical and research perspectives. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J. (2008). Personality Organization and Psychopathology - Two Primary Configurations of Personality Organization. In S. J. Blatt, *Polarities Experience*.

Relatedness and Self-Definition in Personality development, psychopathology, and the therapeutic process (133-164). Washington, DC: American Psychological Association.

Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness: A dialectic model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.

Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1992). Relatedness and selfdefinition: Two primary dimensions in personality development, psychopathology, and psychotherapy. In J. W. Barron, M. N. Eagle, & D. L. Wolitzky (Eds.), *Interface of psychoanalysis and psychology* (399-428). Washington, DC: American Psychological Association.

Blatt, S. J. & Blass, R. B. (1996). Relatedness and self-definition: A dialectic model of Personality Development. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Ed.), *Development and Vulnerabilities in Close Relationships* (p. 309-338). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Blatt, S. J., Cornell, C. E., & Eshkol, E. (1993). Personality style, differential vulnerability, and clinical course in immunological and cardiovascular disease. *Clinical Psychology Review*, 13, 421-450.

Blatt, S.J., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 383-389.

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

Blatt, S. & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive behavioural theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 157-190.

Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Chevron, E. S., McDonald, C., & Zuroff, D. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 113-124.

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

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

Bleiker, A., Pouwer, F., Ploeg, H. M., Leer, J., & Ader, H. J. (2000). Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: Frequency and prediction. *Patient Education and Counseling*, 40, 209-217.

Bloom, J., Stewart, S., Johnston, M., Bank, P., & Fobair, P. (2001). Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Social Science & Medicine*, 53, 1513-1524.

- Botelho, T., & Leal, I. (2007). A personalidade da mãe prematura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, 129-144.
- Boutin-Foster, C. (2005). In spite of good intentions: patients' perspectives on problematic social support interactions. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 1-7.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's ties to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Brennan, J. (2001). Adjustment to cancer – *coping* or personal transition? *Psycho-Oncology*, 10, 1-18.
- Bukberg, J., Penman, D., & Holland, J.C. (1984) Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 46, 199-212.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330, 702-706.
- Butow, P., Hiller, J., Price, M., Thackway, S., Krickler, A., & Tennant, C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, *coping* style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.
- Campos, R. (2000) Síntese dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre a depressão. *Análise Psicológica*, 3, 311-318.
- Campos, R. (2003). Síntese integrativa dos aspectos centrais da perspectiva teórica da teoria de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5, 91-99.
- Campos, R. (2009a). E quando o corpo fala: Expressões somáticas da psicopatologia. I Semana da Educação e da Psicologia da Universidade de Évora, 4 a 8 de Maio de 2009.
- Campos, R. (2009b). *Depressivos Somos Nós. Considerações Sobre a Depressão, a Personalidade e a Dimensão Depressiva da Personalidade*. Edições Almedina.
- Campos, R. C. (2010). Experiências depressivas e mecanismos de defesa: Um estudo exploratório na população geral. In C. Nogueira et al. (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 3869-3876).
- Carrol, B.T., Kathol, R.G., Noyes, R.J., Wald, T.G., & Clamon, G.H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the hospital anxiety and depression scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.

- Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services (CDC) (2003). *About chronic disease*. Consultado a 20 de Janeiro de 2010 através de <http://www.cdc.gov/washington/overview/chrondis.htm>
- Cohen, S. (1988). Psychosocial Models of the Role of Social Support in the Etiology of Physical Disease. *Health Psychology, 7*, 269-297.
- Cohen, S., Gottlieb, S. L., & Underwood, L. G. (2000). Social Relationships and Health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social Support Measurement and Intervention* (pp. 3–25). New York: Oxford University Press.
- Cobb, S. (1986). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.
- Cooper, C. & Faragher, E. (1993). Psychosocial stress and breast cancer: the inter-relationship between stress events, coping strategies and personality. *Psychological Medicine, 23*, 653-662.
- Coups, E.J. & Ostroff, J.S. (2005). A population-based estimate of the prevalence of behavioral risk factors among adult cancer survivors and noncancer controls. *Journal Preventive Medicine, 40*, 702–711.
- Cukier, D., Gingerelli, F., Makari Judson, G., & McCullough, V. (2005). *Coping with Chemotherapy and Radiation*. The McGraw-Hill Companies.
- Dean, C. & Surtees G. (1989). Do psychological factors predict survival in breast cancer? *Journal Psychosomatic Research, 33*, 561–569.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., & Carnicke, C.L. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association, 249*, 751–757.
- Desai, M.M., Bruce, M.L., & Kasl, S.V. (1999). The effects of major depression and phobia on stage at diagnosis of breast cancer. *International Journal Psychiatry Medicine, 29*, 29–45.
- Dias, A. M. (2004). Personalidade e Coronáriopatia. *Revista Instituto Politécnico de Viseu, 30*, 191-201.
- Dimatteo, M., Lepper, S., & Croghan, T. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives International Medicine, 160*, 2101-2107.
- Dirksen, S.R. (2000). Predicting well-being among breast cancer survivors. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 937–943.

- Dorval, M., Maunsell, E., Deschenes, L., Brisson, J., & Masse, B. (1998). Long-term quality of life after breast cancer: Comparison of 8-year survivors with population controls. *Journal of Clinical Oncology*, *16*, 487–494.
- Dresch, V. (2006). Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-género, situación laboral y cultura-nación. *Faculdade de Psicologia: Madrid*.
- Dugan, W., MacDonald, M.V., & Passik, S.D. (1998). Use of the Zung self-rating depression scale in cancer patients: feasibility as a screening tool. *Psyco-Oncology*, *7*, 483-493.
- Duijts, S.F., Zeegers, M.P., & Borne, B.V. (2003). The association between stressful life events and breast cancer risk: a metaanalysis. *International Journal of Cancer* *107*, 1023–1029.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., & Flett, G. L. (1997). Specific cognitive-personality vulnerability styles in depression and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, *23*, 1041-1053.
- Edgar, M., Ladislav, V., & Schaffner, L. (1997). *Coping and Psychological Adaptation: longitudinal effects over time and stage in breast cancer*. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 408-418.
- Eisenberg, N., & Mussen, P. H. (1989). The roots of pro-social behavior in children. New York: Cambridge University Press.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., Mantell, J., & Hamovitch, M. (1992). Social relations, social support and survival among patients with cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, *36*, 531- -541.
- Erikson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Eysenck, H. J. (1985). Personality, cancer and cardiovascular disease: a causal analysis. *Personality and individual differences*, *6*, 535-556.
- Eysenck, H. J. (1994). *Personality: Biological Foundations*. San Diego: Academic Press.
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007). The effect of psychological factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research*, *9*, 44-55.
- Fan, F. (2010). Breast Cancer. In: P. Thomas (2010). *Breast Cancer and its Precursor Lesions*. Humana Press.
- Fazaa, N., & Page, S. (2003). Dependency and self-criticism as predictors of suicidal behavior. *Suicide and Life -Threatening Behavior*, *33*, 172-185.

- Ferlay, J., Autier, P., Boniol, M., Heanue, M., Colombet, M., & Boyle, P. (2006). Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Annals of oncology*, 18, 581-592.
- Fernandes, H., Jr. (2000). Introdução ao Estudo das Neoplasias. In F. F. Baracat, H. J. Fernandes Jr. & M. J. Silva (Eds.), *Cancerologia Actual. Um Enfoque Multidisciplinar* (3-10). São Paulo: Roca.
- Filazoglu, G., & Griva, K. (2008). Coping and social support and health related quality of life in women with breast cancer in Turkey. *Psychology, Health & Medicine*, 13, 559–573.
- Folkman, S., Moskowitz, J. T., Ozer, E. M., & Park, C. L. (1997). Positive meaningful events and coping in the context of HIV/AIDS. In B. H. Gottlieb (Ed.), *Coping with chronic stress* (pp. 293–314). New York: Plenum.
- Fonseca, S., Machado, R., Paiva, D., Almeida, E., Massunaga, V., Júnior, W., Koike, C., & Tadokoro, H. (2000). *Manual de Quimioterapia Antineoplásica*. Caracas: Reichmann & Affonso Editores.
- Friedman, S B, Glasgow, L A, & Ader, R. (1969). Psychosocial factors modifying host resistance to experimental infections. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 164-381.
- Ganz, P. A., Rowland, J. H., Desmond, K., Meyerowitz, B. E., & Wyatt, G. E. (1998). Life after breast cancer: Understanding women's healthrelated quality of life and sexual functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501–514.
- Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia*. Lisboa: Gulbenkian.
- Greene, L., Page, L., & Fleming, D. (2002). *AJCC Cancer Staging Manual*, 6th ed. Springer-Verlag: New York.
- Greer, S., Morris, T., & Pettingale, K. (1979) Psychosocial response to breast cancer: effect on outcome. *Lancet*, 1, 931–932.
- Guisinger, S., & Blatt, S. (1994). Developmental lines, schemas, and archetypes. *American Psychologist*, 50, 176-177.
- Harlow, H. (1958). The Nature of love. *American Psychologist*, 13, 673-685.
- Hettler, B. (1982). Wellness promotion and risk reduction on university campos. In M. Faber & A. Reinhardt (Eds.), *Promoting health through risk reduction* (pp. 99-134). Nova York: Collier MacMillan Publisher.
- Hewitt, M., Rowland, J., & Yancik, R. (2003). Cancer Survivors in the United States: Age, Health, and Disability. *Journal of Gerontology: Sciences and Medical Sciences* 58, 82–91.

- Hislop, G., Waxler, N. E., Coldman, A. J., Elwood, J. M., & Kan, L. (1987). The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *Journal of Clinical Epidemiology*, *40*, 729–735.
- Hoffman, R. (1981). Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, *40*, 121-137.
- Holland, J.C. (2003). American Cancer Society Award lecture. Psychological care of patients: Psycho-oncology's contribution. *Journal of Clinical Oncology*, *21*, 253-265.
- Holland, K., & Holahan, C. (2003). The relation of social support and *coping* to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, *18*, 15–29.
- Holland, C., & Mastrovito, R. (1980). Psychologic Adaptation to Breast Cancer. *American Cancer Society*, *2*, 1045-1052.
- Honda, K., & Goodwin, R. (2004). Cancer and Mental Disorders in a National Community Sample: Findings from the National Comorbidity Survey. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *73*, 235-242.
- Howe, G. R., (1994). Dietary Fat and Breast Cancer Risks: Na Epidemiologic Prespective. *Cancer*, *74*, 1078-1084.
- Huston, T., & Osborne, M. (2005).Evaluating and Staging the Patient with Breast Cancer. In: D. Roses (2005). *Breast Cancer*. 2^aEd: Elsevier Inc.
- Iwamoto, R. (2000). Radioterapia. In S. Otto (Eds.), *Enfermagem em Oncologia* (557-586). Loures: Lusociência.
- Jacobs, R., & Bovasso, B. (2000). Early and chronic *stress* and their relation to breast cancer. *Psychological Medicine*, *30*, 669 –678.
- Julkunen, J., Gustavsson-Lilius, M., & Hietanen, P. (2009). Anger expression, partner support and quality of life in cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*, 235-244.
- Kahana, E., Kahana, B., Wykle, M., & Kulle, D. (2009). Marshalling Social Support: A Care-Getting Model for Persons Living With Cancer. *Journal of Family Social Work*, *12*, 168–193.
- Kaplan, L. D., Straus, D. J., Testa, M.A., Von Roenn, J., Dezube, B.J., Cooley, T.P., Herndier, B., Northfelt, D.W., Huang, J., Tulpule, A., & Levine, A. M. (1997). Low-dose compared with standard-dose m-bacod chemotherapy for non-hodgkin's lymphoma associated with human immunodeficiency virus infection. *The New England Journal of Medicine*, *23*, 1641-1648.

- Key, T., Schatzkin, A., Willett, W., Allen, N., Spencer, E., & Travis, R. (1997). Diet, nutrition and the prevention of cancer. *Public Health Nutrition*, 7, 187–200.
- Kiecolt-Glaser, J. K., & Glaser, R. (1992). Psychoneuroimmunology: Can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 569-575.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83–107.
- Kovacs, M., Franco, M., & Carvalho, V. (2008). *Temas em Psico-Oncologia*. São Paulo: Sammus Editorial.
- Kroenke, C., Kubzansky, L., Schernhammer, E., Holmes, M., & Kawachi, I. (2006). Social Networks, Social Support, and Survival After Breast Cancer Diagnosis. *Journal of Clinical Oncology*, 7, 1105-1111.
- Langhorne, M. (2000). Quimioterapia. In S. Otto (Eds.), *Enfermagem em Oncologia* (587-630). Loures: Lusociência.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publisher, Company, Inc.
- Levin, T., & Alici, Y. (2010). Anxiety Disorders. In Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology*. Oxford: University Press.
- Levy, S. M., Haynes, L. T., Herberman, R. B., Lee, J., McFeeley, S., & Kirkwood, J. (1992). Mastectomy versus breast conservation surgery: Mental health effects at long-term follow-up. *Health Psychology*, 11, 349–354
- Lindsey, M., Gross, G., Twiss, J., Waltmwn, N., Ott, C., & Moore, E. (2004). Postmenopausal survivors of breast cancer at risk for osteoporosis: nutritional intake and body size. *Cancer Nursing*, 25, 50-56.
- Livneh, H., & Parker, R. (2005). Chaos, complexity, and psychosocial adaptation to chronic illness and disability: Convergent themes and rehabilitation applications. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 49, 17-28.
- Lohrisch, C., & Piccart, M. (2001). Standart medical treatment for early breast cancer. *European Journal of Cancer*, 37, 45-58.
- Luyten, P., Sabbe, B., Blatt, S. J., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., Maes, F., & Corveleyn, J. (2007). Dependency and Self-Criticism: Relationship with Major Depressive Disorder, severity of depression and clinical presentation. *Depression & Anxiety*, 24, 586-596.

- Manne, S., Ostroff, J., Sherman, M., Glassman, M., Ross, S., Goldstein, L., & Fox, K. (2003). Buffering Effects of Family and Friend Support on Associations between Partner Unsupportive Behaviors and *Coping* among Women with Breast Cancer. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 771-792.
- Massie, M. (2004). Prevalence of Depression in Patients with Cancer. *Oxford Journal, 32*, 57-71.
- Maughan, K., Lutterbie, M., & Ham, P. (2010). Treatment of Breast Cancer. *American Family Physician, 11*, 1339- 1346.
- Maunsell, E., Brisson, J., Mondor, M, Verreault, R., & Deschcnes, L. (2001). Stressful life events and survival after breast cancer. *Psychosomatic Medicine, 63*, 306–315.
- Mayer, D., Terrin, N., Kreps, G., McCance, K., Parsons, S., & Mooney, K. (2007). Health Behaviors in Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum, 3*, 643-651.
- McKenna, M.C, Zevon, M.A., Corn, B., & Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: a metaanalysis. *Health Psychology 18*, 520–531.
- McMartin, J. (1995). *Personality Psychology: a student-centered approach*. Sage Publication.
- Meissner, H., Yabroff, R., Dodd, K., Leader, A., Ballard-Barbash, R., & Berrigan, D. (2009) Are Patterns of Health Behavior Associated With Cancer Screening?. *American Journal of Health Promotion, 3*, 168-175.
- Miller, K., & Massie, M. (2010). Depressive Disorders. In Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P, B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology*. Oxford: University Press.
- Miovic, M., & Block, S. (2007). Psychiatric Disorders in Advanced Cancer. *Cancer, 8*, 1665-1676.
- Mongrain, M. (1998). Parental representations and support-seeking behavior related to dependency and self-criticism. *Journal of Personality, 66*, 151-173.
- Mongrain, M., Vettese, L. C., Shuster, B., & Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependent and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 230-241.
- Mongrain, M., & Zuroff, D. C. (1994). Ambivalence over emotional expression and negative life events: Mediators of depressive symptoms in dependent and self-critical individuals. *Personality and Individual Differences, 16*, 447-458.

- Morasso, G., Costantini, M., Viterbori, P., Bonci, F., Del Mastro, L., & Musso, M. (2001). Predicting mood disorders in breast cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 216–223.
- Mullens, A., McCaul, K., Erickson, S., & Sandgren, A.K. (2004). *Coping after cancer: Risk perceptions, worry, and health behaviors among colorectal cancer survivors. Psycho-Oncology*, 13, 367-376.
- Nakaya, N., Tsubono, Y., Nishino, Y., Hosokawa, T., Fukudo, S., Shibuya, D., Akizuki, N., Yoshikawa, E., Kobayakawa, M., Fujimori, M., Saito-Nakaya, K., Uchitomi, Y., & Tsuji, I. (2005). Personality and cancer survival: the Miyagi cohort study. *Journal of Cancer*, 92, 2089–2094.
- National Cancer Institute – NCI (2006). *What you need to know about cancer*. Consultado em 19 de Dezembro de 2010 através de <http://www.cancer.gov/cancertopics/insides-wyntk-cancer.pdf>.
- Nettles-Carlson, B. (1995). Problems of the Breast. In Fogel, C.I. & Woods, N.F. (Eds), *Women's Health Care: A comprehensive handbook* (673-700). Sage Publications, Inc.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi. Manuais Universitários: 11. ISBN: 972-8449-16-X.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology: A Textbook*. Open University Press.
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K., & Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 35, 302–309.
- Ouimette, P. C., & Klein, D. N. (1993). Convergence of psychoanalytic and cognitive behavioral theories of Depression: An empirical review and new data on Blatt's and Beck's models. In J. M. Masling & R. F. Bornstein (Ed.), *Psychoanalytic Perspectives on Psychopathology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Overholser, J. C. (1991). Interpersonal dependency and social loss. *Personality and Individual Differences*, 13, 17-23.
- Overholser, J. C., & Freiheit, S. R. (1994). Assessment of interpersonal dependency using the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II) and the Depressive Experiences Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 17, 71-78.
- Pais-Ribeiro, J., Ramos, D., & Samico, S. (2003). Contribuição para uma validação conservadora da escala reduzida de ajustamento mental ao cancro (Mini-Mac). *Psicologia, Saúde & Doença*, 4, 231-247.
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise*

Psicológica, 3, 547-558.

Pais-Ribeiro, J. (2004). Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e protecção da saúde e com a prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 2, 387-397.

Pais-Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.

Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychological Health Medicine*, 12, 225-235.

Paskett, D., Herndon, E., Day, J., Stark, N., Winer, E., Grubbs, S., Pavy, D., Shapiro, L., List, A., Hensley, L., Naughton, A., Kornblith, B., Habin, R., Fleming, F., & Bittoni, A. (2008) For the Cancer and Leukemia Group B. Applying a conceptual model for examining health-related quality of life in long-term breast cancer survivors: CALGB Study 79804 [A Conceptual Model for Examining HRQL in Long-Term Breast Cancer Survivors]. *Journal of Psycho-oncology*, 17, 1108-1120.

Patrão, I., & Leal, I. (2004). Avaliação da personalidade em mulheres com cancro da mama segundo o Modelo dos *Big Five*. Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde Organizado por J. Ribeiro e I. Leal, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO). Orientações Programáticas. (2007) Consultado em 15 de Outubro de 2010 através de http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-D7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf

Priel, B., & Besser, A. (2001). Bridging the gap between attachment and object relations theory: A study of the transition to motherhood. *British Journal of Medical Psychology*, 74, 85-100.

Ratcliffe, M. A., Dawson, A. A., & Walker, L.G. (1995). Eysenck Personality Inventory L-scores in patients with Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma. *Psychooncology*, 4, 39-45.

Rayter, Z., & Mansi, J. (2003). *Medical Therapy of Breast Cancer*. Cambridge University Press.

Reich, M., Lesur, A., & Perdrizet-Chevallier, C. (2008). Depression, quality of life and breast cancer: a review of the literature. *Breast Cancer Research and Treatment*, 110, 9-17.

Richardson, J., Sitzia, J., Brown, V., Medina, J., & Richardson, A. (2005). *Patients' Needs Assessment Tools in Cancer Care: Principles & Practice*. London: King's College.

- Ricks, D. (2005). *Breast Cancer Basic and Beyond*. Canada: Hunter House Inc., Publishers.
- Robins, C.J. (1995). Personality-event interaction models of depression. *European Journal of Personality*, 9, 367-378.
- Robins, C.J., Hayes, A.M., Block, P., Kramer, R.J., & Villena, M. (1995). Interpersonal and achievement concerns and the depressive vulnerability and symptom specificity hypotheses: A prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 1 - 20.
- Robinson, J. D., & Tian, Y. (2009). Cancer Patients and the Provision of Informational Social Support. *Health Communication*, 24, 381–390.
- Rodin, J., & Salovey, P. (1989). Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Rook, K. S., & Dooley, D. (1985). Applying social support research: theoretical problems and future directions. *Journal of Social Issues*, 41, 5-28.
- Roses, D. (2005). *Breast Cancer*. Philadelphia: Elsevier Inc.
- Rowland, J., & Massie, M. (2010). Breast Cancer. In Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Lederberg, M. S., Loscalzo, M. J., & McCorkle, R. (2010). *Psycho-Oncology*. Oxford: University Press.
- Sabel, M., Sondak, V., & Sussman, J. (2007). Essentials of Surgical oncology. *Surgical Foundations*. USA: Séries editor: Larry Kaiser.
- Sands, J., & Dennison, P., (1996). Cancro. In W. J. Phipps, (Eds.), *Enfermagem Médico - Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (1-12). Lisboa: Lusodidacta.
- Santos, L., Ribeiro, P., & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma Escala de Crenças e de Estratégias de Coping através do Lazer. *Análise Psicológica*, 4, 441-451.
- Schag, C., & Heinrich, R.L. (1995). Anxiety in medical situations: adult cancer patients. *Journal Clinical Psychology*, 45, 20-27.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-406.
- Sebastián, J., León, M., & Hospital, A. (2009). Variables psicosociales y cáncer de mama: un estudio cuasipropectivo de la personalidad tipo c Psychosocial variables and breast cancer: A quasi-prospective study of type c personality. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 3, 461-479.
- Seligman, P. (1975). Generality of learned helplessness in man. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 311-327.

- Sharpe, M., Strong, V., Allen, K., Rush, R., Postma, K., Tulloh, A., Maguire, P., House, A., Ramirez, A., & Cull, A. (2004). Major depression in outpatients attending a regional cancer centre: screening and unmet treatment needs. *British Journal of Cancer*, *90*, 314-320.
- Silva Teles, S., Moutinho Ribeiro, M., & Cardoso V. (2003). A Psicologia na área da Oncologia. Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, *5*, 71-77.
- Simpson, J. S., Carlson, L. E., Beck, C. A., & Patten, S. (2002). Effects of a Brief Intervention on Social Support and Psychiatric Morbidity in Breast Cancer Patients. *Psycho-Oncology*, *11*, 282–294.
- Sklar, L.S., & Anisman, H. (1981). Stress and cancer. *Psychological Bulletin*, *89*, 369-406.
- Smith-Warner, S.A. (1998). Alcohol and Breast Cancer in Women: A Pooled Analysis of Cohort Studies. *Journal of the American Medical Association*, *279*, 535-540.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. Health and Quality of Life Outcomes, Consultado a 10 de Dezembro de 2010 através de <http://www.hqlo.com/content/1/1/29>.
- Stanton, A., & Revenson, T. (2007). Adjustment to Chronic Disease: Progress and Promise in Research. In Friedman, H. & Silver, R. (2007). *Foundations of Health Psychology*. Oxford: University Press.
- Sternberg, R. J., & Ruzgis, P. (1994). *Personality and intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stiefel, R., Trill, M., Berney, A., Olarte, J. M., & Razavi, A. (2001) Depression in palliative care: a pragmatic report from the Expert Working Group of the European Association for Palliative Care. *Support Care Cancer*, *9*, 477-488.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, *38*, 1161-1173.
- Taylor, S. E. (2007). Social Support. In H. S. Friedman & R. C. Silver (Eds.), *Foundations of Health Psychology* (145-171). Oxford: Oxford University Press.
- Teles, S. S., Ribeiro, M. M., & Cardoso, V. (2003). A Psicologia na Área da Oncologia. Avaliação dos níveis de depressão e ansiedade em doentes com patologia colo-rectal maligna. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, *2*, 71-77.
- Tomich, P. L., & Helgeson, V. S. (2002). Five years later: A cross-sectional comparison of breast cancer survivors with healthy women. *Psycho-Oncology*, *11*, 154–169.

- Trindade, I., & Teixeira, J. (s/d). *Psicologia em Serviços de Saúde: intervenção em centros de saúde e hospitais*, Instituto superior de ciências aplicadas.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and interventions*. New York: Praeger.
- Viglione, D., Lovette, J., & Gottlieb, R. (1995). Depressive Experiences Questionnaire: An empirical exploration of the underlying theory. *Journal of Personality Assessment*, 65, 91-99.
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., & Bills, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychological Oncology*, 12, 33-46.
- Weidman Gibbs, M.S., & Achterberg-Lawlis, J. (1978). The spouse as facilitator for esophageal speech: A research perspective. *Journal of Surgical Oncology*, 11, 89–94.
- Wilson, R. (2003). Screening for breast cancer. In: Z. Rayter & J. Mansi (2003). *Medical Therapy of Breast Cancer*. Cambridge University Press.
- Wold, S., Byers, T., Crane, A., & Ahnen, D. (2005). What do cancer survivors believe causes cancer?. *Cancer Causes Control*, 16, 115–123.
- Xu, J., Chen, Y., & Olopade, O. (2010). MYC and Breast Cancer. *Genes & Cancer*, 1, 629–640.
- Zigmond, A.S., & Snaith R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandil*, 67, 361-370.
- Zuroff, D. C. (1994). Depressive personality styles and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Assessment*, 63, 453-472.
- Zuroff, D. C., & Duncan, N. (1999). Self-criticism and conflict resolution in romantic couples. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 31, 137-149.
- Zuroff, D. C., & Fitzpatrick, D. (1995). Depressive personality styles: Implications for adult attachment. *Personality and Individual Differences*, 18, 253-265.
- Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1987). Dependency and self-criticism: Vulnerability factors for depressive affective states. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 14-22.
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., Wielgus, M. S., Powers, T. A., & Franko D. L. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17, 226-241.
- Zuroff, D., Quinlan, D., & Blatt, S. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55, 65-72.

Zuroff, D. C., & Lorimier, S. (1989). Ideal and actual romantic partners of women varying in dependency and self-criticism. *Journal of Personality*, 57, 825-846.

Anexos

Anexo A - Autorização do HESE

Exma. Presidente do Conselho de Administração

Prof^a Doutora Filomena Mendes

Assunto:

Raquel Salomé Piteira Ferreira, portadora do B.I nº 13073374 emitido em 02/05/2007, pelo Arquivo de Identificação de Évora, Licenciada em Psicologia, pela Universidade de Évora, a concluir o mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, encontra-se a estagiar no Serviço de Oncologia do HESE-EPE sob tutela do Psicólogo do Serviço Dr. Paulo Simões, vem solicitar à Digníssima Administração deste hospital autorização para efectuar, no Serviço de Oncologia do HESE- EPE o projecto de investigação que conduzirá à sua Dissertação Original, cujo objectivo passa por encontrar uma relação entre a personalidade do doente e a gravidade do cancro da mama, a ser orientada pela Prof. Doutor Rui Campos.

A investigação incidiria em cinquenta pacientes oncológicos, aos quais seriam aplicados três instrumentos de avaliação. Todos os dados serão confidenciais, não sendo portanto divulgada a identidade dos pacientes.

Sugere-se ainda que seja solicitado o parecer à Comissão de Ética do HESE-EPE.

Com os melhores Cumprimentos

Évora, 08 de Outubro de 2010

Raquel Ferreira

Anexo B – Consentimento Informado

No âmbito da realização de uma Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, venho por este meio pedir a sua colaboração para participar num estudo sobre o impacto da personalidade na doença oncológica, mais especificamente no cancro da mama. Atente sobre os dois pontos seguintes:

A colaboração neste estudo é voluntária, pelo que não deverá sentir-se obrigada a participar.

A sua participação é absolutamente confidencial e consiste na resposta a cinco questionários. Não escreva o seu nome em nenhum dos questionários.

Li os esclarecimentos acima apresentados e concordo em participar voluntariamente nesta investigação,

Évora, ____ de _____ de _____.

(Assinatura da investigadora)

(Assinatura da participante)

Anexo C – Questionário sócio-demográfico

Nº _____

Data da avaliação _____

Nome: _____

Idade: _____

Profissão: _____

Estado-civil: _____

Escolaridade: _____

Distrito: _____

Diagnóstico: _____

Data do Diagnóstico: _____

Doenças Psiquiátricas: _____

Outras doenças físicas: _____

Familiares com antecedentes clínicos (doentes oncológicos) _____

Tipo de tratamento:

Quimioterapia

Radioterapia

Nº de sessões (por semana p.ex): _____

Tempo de tratamento (até à data): _____

Estádio da doença:

1

2

3

4

Outra informação clínica:

Anexo E: Escala de Adaptação à Doença (Pais-Ribeiro, Ramos & Samico, 2003).

ESCALA DE ADAPTAÇÃO À DOENÇA

A seguir vai encontrar uma lista de afirmações que descrevem reacções que as pessoas têm face a uma doença como a sua.

Cada pessoa reage de uma maneira diferente da outra. Nós queremos conhecer a sua forma pessoal de reagir. Se tiver dúvidas sobre a resposta a dar responda da maneira que lhe parecer mais apropriada.

Por favor assinale até que ponto cada afirmação mostra o seu modo de reagir, marcando o quadrado que se lhe aplica, à frente de cada afirmação.

Por exemplo, se a afirmação não se aplica a si deve assinalar (x) o primeiro rectângulo

Por favor escreva o nome da doença a que está a ser tratado _____

	Não se aplica de modo nenhum a mim	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim	Aplica-se totalmente a mim
Sinto que a vida não tem esperança				
Não consigo controlar isto				
Estou determinado/a a vencer a minha doença				
Faço um esforço positivo para não pensar na minha doença				
Desde que a minha doença foi diagnosticada, percebi que a vida é valiosa e estou a aproveitá-la da melhor forma possível				
Não consigo lidar com isto				
Entreguei-me nas mãos de Deus				
Estou preocupado/a com a minha doença				
Esforço-me por me distrair quando pensamentos acerca da minha doença me vêm à cabeça				
Estou preocupado/a que a doença volte a aparecer ou que piore				
Tive uma vida boa e o que vier daqui para a frente é bem-vindo				
Estou um pouco assustado/a				
Sinto que não há nada que eu possa fazer que me ajude				
Tenho dificuldade em acreditar que isto me				

Anexo F: Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Pais-Ribeiro, Silva, Ferreira, Martins, Menezes & Baltar, 2007).

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

Anexo G: Escala de Satisfação e Suporte Emocional (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003).

Escala de Satisfação e Suporte Social (ESSS)

A SEGUIR VAI ENCONTRAR VÁRIAS AFIRMAÇÕES, SEGUIDAS DE CINCO LETRAS. MARQUE UM CÍRCULO À VOLTA DA LETRA QUE MELHOR QUALIFICA A SUA FORMA DE PENSAR. POR EXEMPLO, NA PRIMEIRA AFIRMAÇÃO, SE VOCÊ PENSA QUASE SEMPRE QUE POR VEZES SE SENTE SÓ NO MUNDO E SEM APOIO, DEVERÁ ASSINALAR A LETRA **A**, SE ACHA QUE NUNCA PENSA ISSO DEVERÁ MARCAR A LETRA **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Anexo H: O Meus Estilo de Vida (Pais-Ribeiro, 2004)

O MEU ESTILO DE VIDA

Neste questionário pretendemos que descreva o seu comportamento do dia a dia em diversas áreas que estão associadas à saúde.

Por favor responda às afirmações que aparecem abaixo, utilizando os seguintes critérios:

- A – Quase sempre (90% ou mais das vezes)
- B – Com muita frequência (cerca de 75% das vezes)
- C – Muitas vezes (cerca de 50% das vezes)
- D – Ocasionalmente (cerca de 25% das vezes)
- E – Quase nunca (menos de 10% das vezes)

	Quase sempre	Com muita frequência	Muitas vezes	Ocasionalmente	Quase nunca
Faço exercício físico intenso durante pelo menos 20 minutos por dia, duas vezes ou mais por semana	A	B	C	D	E
Ando a pé ou de bicicleta diariamente	A	B	C	D	E
Pratico desporto que faz suar, pelo menos duas vezes por semana (p. ex, corrida, ténis, natação, basquetebol, futebol, etc.)	A	B	C	D	E
Tenho cuidado com o que como de modo a manter o peso recomendado para a altura que tenho	A	B	C	D	E
Planifico a minha dieta de modo a que ela seja equilibrada quanto à variedade de nutrientes	A	B	C	D	E
Não bebo mais de duas bebidas alcoólicas por dia	A	B	C	D	E
Durmo o número de horas suficientes para me sentir repousado	A	B	C	D	E
Mantenho as minhas vacinas em dia	A	B	C	D	E
Verifico anualmente a minha pressão arterial	A	B	C	D	E
Vou ao dentista anualmente verificar o estado dos meus dentes	A	B	C	D	E