



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Representação do Self e Depressão:

**Um estudo com utentes de cuidados de saúde
primário**

Cláudia Sofia Pirralha da Venda Caneira
Orientação: Prof. Rui Alexandre Godinho da Costa
Campos

Mestrado em Psicologia
Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

**Representação do Self e Depressão: Um estudo com utentes de
cuidados de saúde primário**

Cláudia Sofia Pirralha da Venda Caneira

Orientador:

Rui Alexandre Godinho da Costa Campos

2012

Índice

Agradecimentos	III
Índice de Tabelas	IV
Índice de Gráficos	V
Resumo	VI
Abstract	VII
Introdução	1
PARTE I-FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
CAPÍTULO I-A DEPRESSÃO	6
1.1.O conceito de depressão	6
1.2. A depressão na escola psiquiátrica e na escola cognitivista	11
1.3. A depressão na escola psicodinâmica	18
1.4. O modelo de Sidney Blatt sobre a depressão	26
CAPÍTULO II- O SELF	34
2.1. Conceito de self	34
2.2. A Psicologia do Eu	36
2.3. O self na teoria psicanalítica	38
2.4. Outros modelos sobre o self	48
CAPÍTULO III- O SELF E A DEPRESSÃO	53
3.1. O self e a depressão na escola psicanalítica	53
3.2. O self e a depressão na escola cognitivista	58
3.3. Estudos empíricos	63
PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO	69

CAPÍTULO IV- OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	70
CAPÍTULO V- METODOLOGIA	75
5.1. Participantes	75
5.2. Instrumentos de medida	80
5.3. Procedimento de recolha de dados	85
CAPÍTULO VI- RESULTADOS	87
CAPÍTULO VII- DISCUSSÃO	91
Limitações	98
CONCLUSÕES	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	110

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Campos um agradecimento muito especial. Agradeço a disponibilidade, a sabedoria e os ensinamentos constantes em todo o processo de orientação científica desta dissertação. Foi um privilégio ter sido sua orientanda.

À minha família, em especial aos meus pais, pelo apoio incondicional, compreensão nos momentos de maior indisponibilidade minha, e por estarem sempre presentes.

Ao Joel, que em todos os momentos esteve ao meu lado, agradeço com um carinho muito especial a presença, a partilha, a compreensão e o incentivo fundamentais no desenvolvimento deste projecto.

Aos amigos pela motivação, compreensão e força com que sempre me acompanharam.

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra total (Frequências, Percentagens, Médias e Desvios-Padrão)	79
Tabela 2 - Média e Desvio-Padrão relativos às variáveis em estudo	87
Tabela 3 - Correlações das escalas do QED entre si, e das escalas do QED com os resultados nos testes CES-D e Avaliação do Self	89

Índice de gráficos

Gráfico 1 Distribuição dos sujeitos da amostra por sexo	75
Gráfico 2 Distribuição dos sujeitos da amostra por grupo etário	76
Gráfico 3 Distribuição dos sujeitos da amostra por nível de escolaridade	77
Gráfico 4 Distribuição dos sujeitos da amostra por tempo de diagnóstico	77
Gráfico 5 Distribuição dos sujeitos da amostra por tempo de seguimento	78

Resumo: Este trabalho procura estudar a relação entre o self e a depressão, ou seja, perceber de que forma é que os sujeitos com depressão se percebem a si mesmos. Este estudo utiliza os seguintes instrumentos: a Avaliação da Representação do Self, o Questionário de Experiências Depressivas (QED), a Escala do Centro de Estudos Epidemiológicos da Depressão (CES-D). Os participantes foram indivíduos de nacionalidade portuguesa de idades compreendidas entre os 24 e os 57 anos, de ambos os sexos, inscritos no Centro de Saúde de Almeirim, com diagnóstico de depressão. Neste estudo, é possível concluir que os depressivos apresentam uma representação negativa do self, pelo que sentem-se e vêem-se desadequados e inferiores aos outros.

Palavras-chave: Self; depressão; imagem

REPRESENTATION OF SELF AND DEPRESSION: A STUDY OF USERS OF PRIMARY HEALTH CARE

Abstract: This study aims to establish a connection between self and depression, that is, to understand how depression will influence the image that the individual has of himself. Therefore, this study aims to understand how individuals with depression see themselves, as if they represent itself same and looks for to know the structure of its self, using the following instruments: the Assessment of the Representation of the Self, the Questionnaire of Depressive Experiences (QED) and the Scale of the Center for Epidemiological Studies Depression (CES-D). The participants were Portuguese citizens aged between 24 and 57 years, of both sexes, enrolled in the Health Center Almeirim diagnosed with depression. In this study, we conclude that depressives have a negative representation of self, so sit down and find themselves inadequate and inferior to others.

Keywords: Self; depression; image

Introdução

A depressão corresponde a “uma enfermidade conhecida desde os tempos mais remotos da humanidade. Dela se tem registros em todas as culturas e quadrantes do mundo há muitos séculos, com denominações variadas, porém, com descrições muito semelhantes” (Ramadam, 2005, p. 345). Conceptualizada sob diferentes perspectivas, dependentes da área científica que a estuda, são diversas as ideias que caracterizam a depressão, uns mais voltados para a sintomatologia, outros centrados noutras questões, como os traços de personalidade do indivíduo, muito ligados à experiência, à memória e ao contexto cultural em que este se inscreve. Todavia, apesar dos consideráveis avanços científicos dos últimos tempos, a depressão ainda é uma doença que se apresenta complexa, variando na sua sintomatologia, na forma como se manifesta, de indivíduo para indivíduo. Talvez por isso, ainda hoje não se traduza propriamente fácil o diagnóstico da depressão. A verdade é que, longe de ser simples, a depressão apresenta-se como uma “constelação de experiências” (Maia, 1999, p. 19); experiências, essas, negativas, distribuindo-se entre experiências físicas, psíquicas, cognitivas e comportamentais, que se distanciam daquilo a que se considera a vivência normal do indivíduo saudável.

Considerando que a depressão é uma doença que representa a segunda patologia mental mais prevalente na clínica médica mundial, estimando-se que, em algum momento da sua vida, 121 milhões de pessoas possam vir a padecer desta doença; tendo ainda em conta que, em Portugal, (Gonçalves, 2004) por ano, mais de 100 mil pessoas poderão sofrer de Depressão Major e ponderando, outrossim, que vários são os estudos que apontam para uma prevalência média, na população em geral, deste quadro clínico na ordem dos 5% (Paykel, 1991, cit. em Moniz, 2007), torna-se impreterível investir cada vez mais rumo a compreender mais aprofundada e plenamente o funcionamento psíquico dos doentes deprimidos. Nomeadamente caracterizar o *Self* do indivíduo, o mesmo é dizer, como se representa o indivíduo com depressão, dado que, mesmo perante a emergência crescente de diversos estudos

empíricos nesta matéria, o *Self* e a relação efetivamente existente entre este e a depressão perfaz um tema que, ao não ser muito estudado em comparação com outras abordagens, necessita de uma maior ponderação (Gongora, 1981).

O estudo que aqui se apresenta almeja, então, dar um pequeno contributo no sentido de corroborar a ideia defendida na literatura de que existem de facto uma ligação entre o *Self* e a depressão. O *Self* pode ser traduzido pela visão que o sujeito possui de si próprio; uma visão fundada, de um lado, em experiências passadas, de outro, em estímulos presentes e, por fim, em expectativas quanto ao futuro. Esta noção relaciona-se, pois, com aquilo que a pessoa é; subentende uma organização particular que abrange a informação acerca do próprio sujeito e corresponde a uma autoestrutura idiossincrática e coerente. Segundo o modelo de Sidney Blatt sobre a depressão, o sentido de *Self* é essencial no contexto de experiências de depressão, dado que esta doença compreende sempre uma distorção fundamental do *Self*. A ligação entre a depressão e as distorções, ou deficiências, no sentido do *Self* revela-se complexa e multidimensional, além de que é passível de suceder em vários níveis do desenvolvimento humano. A qualidade do sentimento sobre si próprio que o deprimido possui, a experiência rudimentar e o *Self* são expressos amiúde, a ver deste autor e dos seus colegas de investigação, em dois tipos característicos de experiências depressivas, a saber: sentimentos de solidão e abandono, que são inerentes à depressão anaclítica, e sentimentos de autocrítica e de ausência de autoestima, muito habituais na depressão de tipo introjetivo (Blatt, 1983).

Tendo presentes estes e outros contributos de relevo para o conhecimento da depressão e da natureza da relação desta patologia com o *Self*, o estudo que aqui enunciaremos visa entender a relação entre *self* e depressão, ver que relação existe entre ambos. Por outro lado, quando uma depressão é diagnosticada, existe necessariamente uma distorção do *Self*, como preconiza Blatt. Torna-se, deste modo, muito pertinente tentar perceber melhor até que ponto esta distorção compromete o indivíduo e de que modo os indivíduos que sofrem desta patologia da mesma forma. Deste modo, esta investigação encerra, como objetivos principais tentar perceber mais plenamente como os

indivíduos com depressão se veem a si mesmos; procurar apreender o seu mundo interior e buscar avaliar algumas características intrapsíquicas de quem sofre desta doença.

De modo a apresentar a revisão da literatura pertinente ao nosso objeto de estudo e o trabalho empírico que realizamos, esta dissertação organiza-se em duas partes, a saber:

Na primeira parte – Fundamentação Teórica –, faremos uma incursão teórica, em três capítulos, pelos temas que importam a esta investigação. Assim, no primeiro capítulo, “A Depressão”, exploraremos a concepção desta patologia; a depressão na escola psiquiátrica e na escola cognitivista; a depressão na escola psicodinâmica e o modelo de Sidney Blatt sobre a depressão. O segundo capítulo é dedicado ao tema “*Self*” e desdobrar-se-á em conceito de *Self*; a Psicologia do Eu; o *Self* na teoria psicanalítica e na teoria cognitivista e, por fim, outros modelos teóricos. No terceiro e último capítulo votado à revisão da literatura, “O *Self* e a Depressão”, refletiremos sobre o *Self* e a depressão na escola psicanalítica; o self e a depressão na escola cognitivista, bem como sobre alguns estudos empíricos que foram realizados neste domínio.

Na segunda parte apresentaremos o estudo empírico, que utilizou uma amostra de 33 pacientes registados no Centro de Saúde de Almeirim, 9 homens e 24 senhoras, com idades compreendidas entre os 24 e os 58 anos, a quem foi diagnosticada a depressão. Foram aplicados a esta amostra os seguintes instrumentos: a Avaliação da Representação do Self, o Questionário de Experiências Depressivas (QED), a Escala do Centro de Estudos Epidemiológicos da Depressão (CES-D). A segunda parte respeitante ao “Estudo Empírico” é composta por quatro capítulos. Começaremos por referir, no quarto capítulo, os objetivos e as hipóteses de investigação. No capítulo seguinte, exporemos a metodologia, o que envolve a caracterização dos participantes, a exposição dos instrumentos de medida e do procedimento de recolha de dados. No sexto capítulo, mostraremos os resultados e, por fim, o sétimo capítulo será dedicado à discussão dos resultados, seguido das

conclusões e das referências bibliográficas consultadas ao longo desta investigação.

PARTE I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CAPÍTULO I – A DEPRESSÃO

1.1. O conceito de depressão

De acordo com Gongora (1981), depressão é um termo difícil de definir, dado já haver sido utilizado contendo, pelo menos, cinco significados diferentes, a saber, humor, sintoma, entidade nosológica, comportamento e síndrome. Do Latim *depremere*, significa, etimologicamente, “empurrar para baixo” (Baldwin, 2002), ato ou efeito de deprimir, abaixar ou abater. Tão antiga quanto a Humanidade, nem sempre a depressão, que afeta não só os seres humanos, como os animais e as plantas, foi considerada uma doença. Semanticamente, o seu significado denota, em geral, falta ou ausência, diminuição ou redução de algo. Para a Neuroquímica, trata-se de uma falta de produção de serotonina pelo cérebro; em Economia, a mero título de exemplo, remete para uma diminuição de consumo, de produção e de emprego; no campo da Anatomia, aponta para “uma cavidade ou área em que ocorre deslocamento para o interior” (Houaiss, cit. em Amaral, 2006, p. 33).

Existem diversas classificações internacionais das perturbações mentais, as quais não declaram a depressão enquanto uma entidade mórbida única; dividem-na, antes, em vários tipos, correspondentes a categorias nosológicas distintas, ou a subtipos, mas todas caracterizadas pelo humor depressivo; cada uma delas remete, porém, para um conjunto de critérios de diagnóstico delimitado. Entre os vários “tipos” de depressão, a literatura apresenta-nos, por exemplo, a Depressão Sazonal (SAD)¹⁰, a Ciclotimia, a Doença Bipolar, a Depressão Major e a Distimia (Moniz, 2007).

Conceptualizada sob diferentes perspectivas, consoante a área científica que a investiga, são diversos os conceitos que caracterizam a depressão, uns mais voltados para a sintomatologia descritiva, outros centrados noutras questões, como os traços de personalidade do indivíduo, muito ligados à experiência, à memória e ao contexto cultural em que se inscreve. (Monteiro, 2007)

Para a Psicologia em geral, por depressão entende-se um estado mental mórbido, cujas características passam, entre outras, pela lassidão, o desencorajamento, a fatigabilidade e a ansiedade (Dicionário da Língua

Portuguesa [DLP], 1999). A Psicanálise distinguia, com Freud, o luto de melancolia e depressão, enfatizando não tanto apenas os sintomas, mas a forma como o paciente os descreve, verbalizando as suas experiências e o modo como as entende, diretamente relacionado com a sua personalidade, as suas predisposições, memórias, contexto e experiências passadas. (Teixeira, 2006). A clínica psicanalítica, como nos explica Teixeira (2006, p. 33), incentiva “a participação do sujeito na doença, visando operar uma interrogação em relação ao seu lugar frente a si mesmo”. Siqueira (2002) afiança que a Psicanálise gravita em torno da relação entre o sujeito e a perda ou a falta, convertidas numa espécie de vácuo estrutural do ser humano. Para esta autora, “a depressão só pode ser compreendida através da história de vida do sujeito...”. A este respeito, Kandel (1979/2005, p. 6, cit. em Bocchi, 2010, p. 43) advoga que a Psicanálise trouxe avanços relevantes no domínio da Psiquiatria, tais como “o desenvolvimento de definições mais sistemáticas sobre os quadros psíquicos, bem como a busca por um tratamento mais humanizado, além do interesse pela história de vida do paciente”. A Psiquiatria, por outro lado e em contraste, fundamenta-se no saber científico, privilegiando o “discurso do mestre” (Lacan, 1968) e conferindo menos espaço à participação do doente; tendo por base explicação biológica dos fenómenos, que deteta défices neuro-hormonais a serem tratados por via, sobretudo, medicamentosa (Moniz, 2007).

A depressão tem vindo a despertar um interesse crescente em diversas áreas do saber, ao longo dos tempos. Segundo Moniz (2007), vimos assistindo a um crescimento no que se refere ao conhecimento da doença, através da Psicologia, da Psiquiatria, da Psicanálise, da Neuroquímica, da Biogenética, das Cronociências, entre outras, o que não torna fácil aglomerar tudo num só modelo. A literatura apresenta teorias distintas da “etiopatogenia da depressão, bem como múltiplas descrições da doença e, conseqüentemente, diferentes propostas terapêuticas”.

Podendo considerar-se uma perturbação comum que provoca repercussões negativas pessoais, interpessoais e sociais, esta doença equivale a uma das perturbações que afeta mais pessoas: cerca de 15% da população,

representando aproximadamente 10% das consultas em cuidados primários (Baldwin, 2002). Dado os sintomas que provoca, é das que mais mal-estar e sofrimento trazem ao indivíduo, além de implicar custos socioeconómicos avultados (Maia, 1999). Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS], a depressão encontra-se em segundo lugar no sector das doenças mentais mais prevalentes na clínica médica mundial; estima-se que 121 milhões de pessoas possam vir a sofrer de depressão (Gonçalves, 2004). No que respeita a Portugal, por ano, mais de 100 mil pessoas poderão vir a sofrer da doença (valores relativos à Depressão Major).

Segundo Moraes (2005), a depressão é, hoje, vista como o fenómeno clínico de maior incidência na população. A Psicopatologia corresponde a uma área em expansão, sendo que o volume de pesquisa científica dedicado a esta doença equivale anualmente a cerca de 3000 estudos (Moraes, 2005). Moniz (2007, p. 5) crê que a depressão “é, provavelmente, a patologia psiquiátrica mais estudada em todo o Mundo”; já Ramalheira (2003, cit. em Moniz, 2007, p. 17) preconiza que, “de entre o conjunto das perturbações mentais, as perturbações do humor são consideradas como das mais prevalentes, seja qual for a parte do globo considerada”. Ainda assim, como assevera Moniz (2007, pp. 14-15), citando Montgomery (1995), “pouco se sabe acerca da etiologia das doenças ou sobre os [...] mecanismos biológicos, sendo habitual basear a classificação das doenças principalmente na sintomatologia”. Berlinck e Fédida (s.d., pp. 12-13) caracterizam a depressão como um “estado” de letargia, lentificação e insensibilidade, envolvendo diversas dimensões sintomáticas. Segundo Grinberg (1983), este estado é manifestado por apatia, tristeza e sentimentos de impotência e desesperança. Bucher (1979, cit. em Berlinck & Fédida, s.d.) considera que o fenómeno-alvo psicopatológico apontado na letargia e, logo, na depressão corresponde a uma condição “vegetativo-vital”, nosologicamente inespecífica: “Nela, a intensidade das cores esmaece [...]. Os cheiros param de ser percebidos, as texturas deixam de ser registadas, os sons ficam amortecidos e podem até desaparecer [...], o corpo penetra num estado de insensibilização da sensorialidade”. De acordo com

Maia (1999), os nove sinais que, segundo o DSM¹-IV (APA, 1994), caracterizam a depressão major correspondem a humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros; interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades; perda ou ganho significativo de peso ou diminuição ou aumento do apetite; insónia ou hipersónia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se; pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida.

A depressão pode apresentar diversos graus de intensidade; pode inclusivamente tomar a forma de um estado que a Psiquiatria denominou de “depressão subclínica”, não sendo notada pelo clínico (Berlinck & Férida, s.d.). Sempre que se desenvolve, a depressão afeta a pessoa no seu todo, exercendo repercussões aos níveis psicológico, biológico e social (Vaz-Serra, 2003). Se, para alguns, a tristeza é a característica central da depressão, outros há que advogam que esta emoção não constitui, por si só, um critério fiável para que seja diagnosticada (Moniz, 2007). Para Atkinson (2002, cit. em Aros, 2008), há quatro conjuntos de sintomas presentes no indivíduo com um transtorno depressivo, a saber, os emocionais, os cognitivos, os motivacionais e os físicos. No primeiro conjunto, os sintomas mais notórios equivalem à tristeza/abatimento, ou seja, os pacientes caracterizam-se por sentirem desesperança e infelicidade; existem crises de choro e evidenciam perda de satisfação e de prazer com a vida. Em casos mais graves, isolam-se do convívio social, perdendo o interesse por passatempos, atividades familiares e, por vezes, pensam em suicídio (Moniz, 2007). Já os sintomas cognitivos passam por pensamentos pessimistas, crenças de incapacidade e autculpabilização. Outro destes sintomas é a falta de memória de eventos autobiográficos, que tende a manifestar-se bastante genérica e difusa, relativamente a localizar espacial, circunstancial e temporalmente os eventos vivenciados. No âmbito cognitivo, o facto de a memória poder sofrer sérias

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]*; em Português: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais.

alterações possui um peso substancial no tocante à cura do paciente, dado interferir não só com as lembranças, mas com perspectivas e ações vindouras rumo à reestruturação do eu, ao reencontro da esperança, à imaginação, à elaboração de expectativas e objetivos futuros e, por conseguinte, à recuperação de uma vida sã.

Para Pergher, Stein e Wainer (2004), a memória desempenha um papel crucial “na construção de expectativas” (Neufeld e Stein, 2001), [...] uma vez que as memórias a respeito de nosso próprio passado constituem-se um fundamento para elaborarmos uma visão do nosso futuro (Tulving e Lepage, 2000)”. Ainda de natureza cognitiva, um sintoma recorrente passa pela diminuição da capacidade de resolução de problemas (Aros, 2008), por exemplo, aos níveis da motivação, concentração, iniciativa e criatividade. Os sintomas motivacionais correspondem à passividade e à diminuição de energia, restando a iniciativa para empreender ações e, até, para executar funções básicas (Aros, 2008), como as refeições, a higiene pessoal, o convívio, entre outras. Os sintomas físicos coincidem com alterações de apetite, aumento ou perda de peso, alterações de sono e da atividade física. Maia (1999,) chama-nos a atenção para sintomas físicos como a falta de desejo sexual e de energia atingirá mais de 98% dos deprimidos. Esta autora acrescenta um outro grupo de sintomas, os comportamentais, manifestos, sobretudo, através da apatia e do isolamento social, bem como da lentificação.

Se devidamente tratadas, 70% das depressões podem ter uma cura completa, 20% mantêm-se residuais e 10% tornam-se crônicas (Silva, 1993, cit. em Moniz, 2007). Porém, para se tratar convenientemente a depressão, tem de existir um diagnóstico eficaz.

Quanto aos custos da depressão, estes situam-se, pelo menos, a dois níveis, o individual e o social. Os custos individuais, diretos dos sinais e sintomas da doença, ao desencadearem um sério mal-estar, um abatimento significativo no funcionamento global do indivíduo, constituem razões plausíveis para comprometerem gravemente a qualidade de vida, o que abrange os planos pessoal, profissional, económico, social e afetivo. “Estes custos incrementam ainda devido ao subdiagnóstico ou a uma avaliação e/ou um

tratamento inapropriados. Todas estas condicionantes conduzem drasticamente ao aumento do risco não só de permanência da doença “mascarada”, mas de reincidência ou recorrência, bem como de suicídio “(Moniz, 2007, p. 20). Por outro lado, de acordo com Amaral (2006), existem médicos de todas as especialidades a prescreverem, muitas vezes em casos injustificáveis, antidepressivos e ansiolíticos: “Diante da tristeza, ou do desconforto emocional tem-se logo uma pílula mágica à mão”. Segundo a autora (2006), citando Kramer (1993), o certo é que, em resposta ao sofrimento, emergiu a “fórmula milagrosa” que são os antidepressivos, ou as pílulas da felicidade. Mas, se uma sobrevalorização da tristeza pode conduzir ao consumo desnecessário de químicos, casos há em que alguns médicos incorrem, pelo contrário, em subdiagnóstico. O resultado, é que os doentes ficam com a falsa ideia de que não possuem uma doença e nem sempre procuram um especialista e o subdiagnóstico poderá confluir num estado de saúde muito mais agravado, dado que os custos da depressão se apresentam proporcionais à duração da doença – quanto mais tarde for diagnosticada e tratada; quanto mais reincidências/recorrências houver, mais se arrastam as suas consequências.

1.2. A depressão na escola psiquiátrica e na escola cognitivista

Segundo Seligman (1977, cit. em Gongora, 1981, p. 118), diferentes abordagens têm descaído numa “confusão desmedida na bibliografia existente sobre depressão”. Para Gongora (1981), há que resumir os tipos de depressão a uma lista: psicótica, neurótica, reativa, psicótica-reativa, involutiva, agitada, endógena, psicogénica, sintomática, pré-senil, aguda, crónica, maníaco-depressiva, melancolia (maior e menor), depressão na perversão sexual, depressão alcoólica e sintomas depressivos resultantes de distúrbios orgânicos. Tendo por base Gongora (1981), consideraremos quatro tipos de depressão, a endógena-reativa (adotada por autores como Seligman (1977), Lázarus (1968) e Wolpe (1972) e a neurótico-psicótica (reconhecida pelo DSM-II da APA), dado que são estas, segundo a autora, as classificações “mais conhecidas e adotadas entre psicólogos”, bem como “das mais polémicas”,

dados que invocam “o problema da etiologia da depressão: causas biológicas ou ambientais”. A depressão reativa caracteriza-se pela inexistência de ciclos regulares e não depende de uma eventual predisposição biológica; os sintomas manifestam-se mais ligeiros do que os provocados pela depressão endógena; um evento ambiental será o que a desencadeia. Já a depressão endógena não reclama a sua origem a um evento ambiental; é, comumente, de carácter cíclico (unipolar e bipolar) e surge devido a um fator endógeno desconhecido, porventura de natureza hormonal, genética, entre outros. Este tipo de depressão apresenta-se mais grave do que o anterior, embora responda a tratamentos medicamentosos e à terapia electroconvulsiva. A depressão neurótica consiste, de acordo com o DSM-II (1968, p. 40, cit. em Gongora, 1981, p. 119), “numa desordem afetiva manifestada através de uma reação ou a um conflito, ou a um evento passível de ser identificado, por exemplo, a perda de um objeto amado. A depressão psicótica, por seu lado, é descrita enquanto “perturbação singular de humor”, dominando a vida do paciente ao ponto de este perder o contacto com a realidade”.

Enquanto condição clínica, as classificações da depressão tem sido alvo de alterações na classificação patológica, bem como na definição das suas características. O reconhecimento crescente, por parte de clínicos e investigadores, da necessidade de se utilizar uma terminologia comum levou à criação de listas de sinais e sintomas, para caracterizar as perturbações do foro psiquiátrico. Surgiram, então, em 1968 (DSM-II e CID²-815), 1979 (CID-9), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R), 1992 (CID-10) e 1994 (DSM-IV). A APA e a OMS foram introduzindo atualizações sobre a caracterização das patologias (Moniz, 2007). As classificações internacionais mais recentes servem-se das expressões “perturbações afetivas” (APA, 1986), ou “perturbações do humor” (APA, 1996, 2002). As categorias que, ao longo da história, foram emergindo integram, antes, pontos de vista variados, consoante os seus distintos autores (Moniz, 2007). Predomina a variabilidade nas definições de depressão, o que conduz à constatação de que “o estatuto nosológico da depressão” não se

² Classificação Internacional das Doenças (*International Classification of Diseases*).

encontra, de todo, isento de apresentar alguma confusão semântica (Guidano & Liotti, 1983, cit. em Moniz, 2007).

O termo “depressão” foi introduzido pela Psiquiatria, domínio que conheceu bastantes desenvolvimentos. Graças à influência da Biologia, foram lançadas as condições basilares à divulgação da noção de que a depressão é passível de ter origem no Homem, bem como de ser biologicamente tratada e curada (Monteiro & Lage, 2007).

De entre os diferentes modelos, podemos distinguir dois grandes grupos: os biológicos (pioneiros e os mais defendidos e adotados pela comunidade científica) e os psicossociais (que não chegam), segundo Moniz (2007), para explicar determinados sintomas e sinais manifestados no quadro depressivo). São modelos biológicos, por exemplo, os neuroquímicos (fundados na tese de que a depressão se relaciona com alterações na produção da serotonina, da noradrenalina e da dopamina); o modelo endócrino (que associa a disfunções hormonais) e os modelos genéticos (baseados, entre outros, na hereditariedade) – todos apontando para a circunstância de a doença se apresentar multifatorial (Moniz, 2007). Quanto aos modelos psicossociais, destacam-se o psicanalítico, os modelos comportamentais e os cognitivos.

A Terapia Cognitiva reclama a sua origem remota à Antiguidade, a correntes filosóficas e a religiões que sobrepujam a Razão às emoções, preconizando que “os homens não eram perturbados pelas coisas, mas sim pela visão que tinham das mesmas” (Beck et al., 1982, cit. em Lopes, 1998, p. 26). Atualmente, a base da teoria cognitiva da depressão encontra-se fundada no modelo do processamento da informação proposto pelo psiquiatra norte-americana. Beck, que se orienta em torno da “Reestruturação Cognitiva” e do “Elemento Mediacional”, cuja transição clínica principal equivale a “Pensamento” e a “Crenças Intermediárias” (Machado, 2009, p. 256). Beck desenvolveu uma base teórica lógica antes de enveredar pela proposta de estratégias terapêuticas específicas. Os vetores nos quais baseou o seu trabalho equivalem ao seguinte: em primeiro lugar, passam pela construção de uma teoria suficientemente ampla da psicopatologia capaz de se interligar com a abordagem psicoterapêutica; em segundo, pela obtenção de fundamentos

empíricos que sustentassem a teoria e, finalmente, pela condução de estudos empíricos com vista a testar a eficácia da terapia desenvolvida (Knapp & Beck, 2008). Segundo Bahls (1999), esta teoria apoia-se na crença de que todos os afetos são secundários relativamente à cognição. A cognição corresponde ao modo particular que caracteriza a forma como experimentamos e interpretamos os eventos. O desenvolvimento da importância das componentes cognitivas da depressão deve-se, em grande parte, a Beck (1963), que sustentou que a cognição é a dimensão basilar da doença. O autor concentra-se no modo como o sujeito interpreta dado acontecimento da vida, escolhendo a forma como lhe irá responder. “O processo cognitivo inerente a essa interpretação faz parte de um grupo mais vasto de processos, mediante os quais cada um estabelece e elabora as construções mentais acerca da sua pessoa, da realidade e do mundo” (Moniz, 2007, p. 31). Existem, de acordo com Beck e a sua equipa, três processos cognitivos que permita compreender a etiologia da depressão: a tríade cognitiva, os erros cognitivos (ou lógicos) e os esquemas cognitivos depressivogénios (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979, cit. em Moniz, 2007). No que respeita a tríade cognitiva, esta reporta-se à imagem negativa que o deprimido concebe sobre ele próprio, bem como perante o mundo e as expectativas futuras, sendo que essa imagem negativa perfaz o mais relevante elemento, dado influenciar os outros dois (Vaz-Serra, 1989).

Originalmente, o modelo cognitivo foi concebido de acordo com os resultados das investigações levadas a cabo por Beck (1963, 1964), com vista a descrever e a explicar os processos psicológicos inerentes à depressão. Os erros cognitivos encontram a sua génese em pensamentos de cariz automático e involuntário, denunciando um processamento de informação caracterizado pela distorção da realidade ou enviesamento; são “pensamentos nas fronteiras da consciência [...]. A maioria das pessoas não está imediatamente consciente da presença de pensamentos automáticos, a não ser que estejam treinadas para monitorizá-los e identificá-los” (Knapp & Beck, 2008, p. 57). Já os esquemas cognitivos depressivogénios correspondem a padrões de pensamentos negativos, assumidos e manifestados na forma como o sujeito compreende e assimila a informação retida perante e no mundo (Moniz, 2007),

bem como no modo como entende o seu papel, ou define a sua identidade diante dos eventos menos positivos.

Vinte anos volvidos e inspirado nos estudos de Coyne e Gotlib (1983) e de Krantz (1985), Beck propõe seis modelos novos para descrever a depressão: o modelo transversal, o modelo estrutural, o modelo de vulnerabilidade a stressores, o modelo de interação recíproca, o modelo psicobiológico e o modelo evolutivo (Moniz, 2007). “O primeiro postula que o conteúdo cognitivo negativo constitui uma componente da sintomatologia depressiva, ou seja, trata-se de um sintoma no qual o pessimismo caracteriza o conteúdo essencial dos pensamentos do deprimido. Embora central, este sintoma não é suficiente para que se diagnostique a depressão” (Moniz, 2007, p. 32). O segundo modelo descritivo “estabelece que determinados esquemas negativos enviesados são sobrevalorizados. Estes conduzem os processos cognitivos a originar um viés sistemático da informação, bem como no tocante à interpretação e à memória” (Beck, 1987, cit. em Moniz, 2007, p. 32). O terceiro modelo sustenta que dados protótipos de esquemas deixam a pessoa especialmente vulnerável a certos provocadores de stress. Há, neste caso, uma vulnerabilidade cognitiva considerável intrínseca à personalidade. Estes três modelos coincidem por considerarem que a depressão ocorre em circunstâncias em que um evento vivencial indutor de stress desenvolve uma relação de interação com a vulnerabilidade cognitiva já presente em cada um. É imperioso procurar discernir quais as dimensões da personalidade responsáveis por tornar o sujeito suscetível aos acontecimentos da vida menos positivos (Beck, 1983).

No que toca ao modelo de interação recíproca, este estipula que o estabelecimento de interações com pessoas consideradas significativas para os sujeitos reveste-se de especial importância em matéria de predisposição, subsistência, agravamento e reincidência da doença depressiva. O modelo psicobiológico abrange, por sua vez, as expressões de cariz genético, neuroquímico, fisiológico, psicológico, afetivo e comportamental da depressão, entendendo “os processos cognitivos e os processos biológicos como duas faces de uma mesma moeda” (Beck, 1987, cit. em Moniz, 2007, p. 33). O

modelo evolucionário, o último concebido por Beck et al. (1979), baseia-se na assunção de que a depressão corresponde a uma resposta paradoxal relativamente à natureza humana. “Viverá o Homem em constante perseguição daquilo que lhe dá prazer, ao mesmo tempo em que a procura pelos caminhos que lhe permitam escapar à dor? É crível que sim. Todavia, esta lógica hedonista parece ser contrariada pelo sujeito deprimido. Em termos evolucionários, espera-se que o comportamento do Homem se desenvolva em direção à preservação da estirpe, à manutenção de uma vida sã e com qualidade, investindo esforços em retardar o envelhecimento, adiar a morte e contribuir para a geração dos vindouros. Tudo isto contrasta com comportamentos suicidas, expiatórios ou autopunitivos, comuns entre deprimidos” (Moniz, 2007, p. 33).

Hoje, são várias as terapias cognitivas (TC) e as terapias cognitivo-comportamentais (TCC) usadas no tratamento da depressão que encontram o seu embrião em Beck e em autores como Ellis, Cautela, Meichenbaum e Mahoney que enveredaram por caminhos próximos. O “desespero aprendido” foi o primeiro modelo proposto por Seligman, em 1974: “com a sua teoria do desamparo aprendido, colabora com os conceitos cognitivistas através da compreensão de que a aprendizagem da impotência perante os acontecimentos [...] é responsável pela representação cognitiva de fracasso existente nos pacientes deprimidos” (Bahls, 1999, p. 56). Contudo, este modelo veio a revelar-se insuficiente no que concerne à explicação da depressão.

Dez anos passados, este modelo sofreu reformulações. Foi, então, que surgiu, pela mão deste autor, em conjunto com Abramson e Teasdale, a teoria da atribuição, em complemento do modelo inicial (Moniz, 2007,), que estipula que a atribuição do resultado de dado evento vivencial seja passível de ser interna/externa, estável/instável, global/específica (Moniz, 2007). Esta caracterizar-se-á como interna caso o sujeito atribua o resultado de um evento a si próprio e externa, se o remeter para outra pessoa ou circunstância. A atribuição pode ser estável na medida em que o sujeito julgue que o evento se replicará, no futuro, em circunstâncias análogas. Será instável caso este presuma o oposto. Sempre que o sujeito pondera que o resultado do evento se

irá repercutir e generalizar a outras situações, procede a uma atribuição considerada global; doutra forma, será específica. Segundo Gouveia (cit. em Moniz, 2007, p. 34), o deprimido revela propensão para explicar os acontecimentos através de “atribuições internas, estáveis e globais para o fracasso e externas, instáveis e específicas para o êxito”.

Segundo Machado (2009), “a diversidade de modelos e teorias e terapeutas cognitivos contribui para que estes se encontrem em contínua reformulação. Hoje, o olhar cognitivista sobre a depressão está mais maduro e de acordo com os vários contributos emergentes. Existem menos fundamentalismos, que cederam o lugar ao diálogo profícuo, à interação entre os defensores da perspetiva cognitivista, tanto que, no decurso de cerca de cinco décadas, as diversas visões se abriram à cooperação e ao sentido de “parceria investigativa e colaborativa” em nome da ciência” (p.246). De acordo com Moniz (2007), os principais paradigmas cognitivos são os que, em seguida, se enunciam: (1) Paradigma Interpessoal (e.g. Terapia Focada nos Esquemas (Young), Terapia Cognitiva Interpessoal (Safran & Segal) e Terapia Cognitiva da Avaliação (Wessler)); (2) Paradigma Pessoal (e.g., Terapia Construtivista Pessoal (Kelly), Terapia Construtivista (Mahoney) e Terapia Pós-Racionalista (Guidano)); (3) Paradigma Desenvolvimental (e.g., Terapia Desenvolvimental (Ivey), Terapia Desenvolvimental Individual (J. Moniz) e Terapia Ecológico-Desenvolvimental (Liotti); (4) Paradigma Narrativo (e.g., Terapia dos Esquemas Narrativos (Russel & Broek), Terapia Cognitiva Narrativa (Gonçalves) e Terapia Construtiva Narrativa (Meichenbaum)); (5) Paradigma Emocional (e.g., Terapia Focada na Emoção (Greenberg) e Terapia Emocional (Teasdale)).

Após uma revisão da literatura a propósito de modelos cognitivistas e a partir dos estudos analisados acerca da depressão, Maia (1998) conclui que o que incide sobre questões de autoimagem, de perceção do mundo e do futuro pode ser organizado em quatro níveis: a visão de si próprio; a avaliação negativa das dificuldades; as divergências no tocante às expectativas face a si e perante os outros e a similitude que apresentam os sujeitos deprimidos relativamente àqueles que apenas se encontram tristes ou disfóricos, em contraste com os que se encontram num estado normal e/ou são: (1) No que toca à visão de si

próprio, vários estudos recorrem à análise de adjetivos presentes no discurso dos pacientes; à avaliação comportamental diante de diferentes tarefas; ao modo de atribuir responsabilidade e perceber o controlo dos resultados, bem como à escolha de feedback. Estes estudos mostram que os pacientes deprimidos possuem uma visão mais negativa de si próprios do que os que não sofrem desta patologia. (2) A ótica mais negativa que manifestam sobre si ocorre em conjunto com uma avaliação derrotista diante dos obstáculos e com uma previsão negativa quanto ao futuro. (3) O julgamento de si próprio reveste-se de características específicas. Existem estudos que diferenciam as expectativas autodirecionadas daquelas dirigidas aos outros, advogando que a negatividade só se mostra aplicável a eventos em que o sujeito se encontra envolvido ou é participante ativo, não sendo, por isso, passível de generalizações. (4) Por fim, realçam-se as divergências que ocorrem não só com os indivíduos clinicamente deprimidos, mas com indivíduos disfóricos ou a atravessar um estado de humor triste.

1.3. A depressão na escola psicodinâmica

“A Psicanálise é, antes, o avesso da Medicina”, afirmou Clavreul (1983, cit. em Siqueira, 2007, p. 34), porém, voltando o seu foco para a dimensão psicossocial, complementa esta última, valorizando o fator humano. Quintella (2008, p. 17) chega a insurgir-se, alegando que, para a Medicina, a “depressão é entendida como um *‘mal’*, tão a gosto da farmacologia que [...] não inclui a dimensão psicopatológica configurada pelo enredo histórico que marca o sujeito em sua subjetivação e em seu posicionamento perante o outro e o mundo”. De facto, quando surge, a depressão tem repercussões não só biológicas, mas psicológicas e sociais (Vaz-Serra, 2003, cit. em Moniz, 2007). Por isso, apesar de existir uma maior aderência a modelos biológicos, “é amplamente reconhecido, pela esmagadora maioria dos autores, que os factores psicossociais são também fortes potenciadores desta patologia” (Moniz, 2007, p. 23). Diversas são as fontes do sofrimento. Segundo Freud (1930), um dos maiores potenciadores deste advém do relacionamento

interpessoal. Esta “dor de existir” assenta numa base não só psicológica, mas sociocultural. Para Siqueira (2007, p. 152), a Psicanálise “propõe a via do *desejo* – que implica a ‘dor de existir’ –, [como] única via possível, [...] em direção à alegria de viver”.

De acordo com Mabilde (2009), a evolução da Psicanálise pode ser segmentada em três períodos: o clássico, o moderno e o pós-moderno (Quadro 1):

Quadro 1 Os três períodos de evolução da Psicanálise

	CLÁSSICO	MODERNO	PÓS-MODERNO
Paradigma:	<i>Objetivo</i>	<i>Subjetivo</i>	<i>Intersubjetivo</i>
Modelo:	<i>Pulsional</i>	<i>Relacional</i>	<i>Vincular</i>
Técnica:	<i>Transferência Contratransferência</i>	<i>Transferência/ Contratransferência total</i>	<i>Campo/Intersubjetividade</i>
Alguns autores:	<i>Freud, Klein, Hartmman</i>	<i>Bion, Winnicott</i>	<i>Baranger, Ogden, Renik, Botelha</i>

Fonte: Mabilde (2009, p. 176).

No primeiro período, destacam-se Freud, o Pai da Psicanálise; Klein, que trouxe consigo “a primeira nova direção técnica (e teórica) dentro da Psicanálise, a qual passou de uma estrutura acabada para a diversidade” (Mabilde, 2009, p. 168), e Hartmann, o estruturalista do ego. Este período é marcado por um paradigma objetivo, pelo modelo pulsional e pelas técnicas da transferência e da contratransferência. O período moderno é assinalado pelos contributos de Bion, que inovou em direção a incluir o psicanalista na construção da intersubjetividade e Winnicott, que concebeu conceitos inovadores no seio de uma hierarquia psicanalítica, por exemplo, falso e verdadeiro self, objetos e fenómenos transicionais, a função da ilusão, entre

outros. Este período possui um paradigma subjetivo, um modelo relacional e serve-se das técnicas da transferência, da contratransferência e da contratransferência total. Finalmente, no período pós-moderno, sobressaem Madeleine e Willy Baranger, que vieram expandir a concepção de Bion através do conceito de campo analítico; Ogden, que conferiu à Psicanálise a intersubjetividade analítica como operação técnica; Renik, que depositou ênfase na intersubjetividade, e Botelha, que reconfiguraram a técnica da intersubjetividade.

Segundo Freud, a Psicanálise corresponde a uma ciência formada a partir de dois tipos de teorias: a empírica e a especulativa. A primeira reúne um aglomerado de teorias resultantes da observação direta de factos clínicos. Alguns dos conceitos empíricos, os “xiboletes”, reclamam a fundação e a diferenciação da Psicanálise de outras abordagens psicológicas. “Entre esses conceitos decorrentes da análise e descrição rigorosas de experiências clínicas, estão a distinção do psiquismo em consciente e inconsciente, a teoria dos sonhos e o complexo de Édipo” (Moraes, 2005, pp. 24-25). Já os conceitos metapsicológicos especulativos não possuem referentes objetivos ao nível fenomenológico, perfazendo concepções auxiliares, com o objetivo de organizar mais eficientemente a observação factual, possibilitando estruturar e relacionar os factos.

O fundador da Psicanálise incorporou um tipo naturalmente flexível, passível de rever as suas teorias à luz de factos novos. Segundo Moraes (2005), Freud conferiu legitimidade ao facto de os conceitos se revestirem de um carácter hipotético. Era esta a sua forma de “fazer” ciência, sempre atento à realidade, perseverante, crítico das próprias ideias (Moraes, 2005) e constantemente disposto a rever e a melhorar as suas teorias. Já na sua época, reconhecia distintas intensidades no estado depressivo, porém, como via a depressão como uma entidade unitária, a distinção que traçava entre os quadros desta patologia baseava-se na intensidade da crise depressiva. Aplicou o termo “melancolia” para os quadros mais intensos de depressão, pois não acreditava que aquela se inscrevesse no grupo das neuroses, nem no das psicoses. Propõe a existência de um grupo de patologias que surgem a partir de conflitos

entre o *Ego* e o *Superego*, que denomina de psiconeuroses narcísicas, do qual a melancolia faz parte. Esta é uma organização psíquica singular (Fédida, 1999). No âmbito da Psicanálise, as perturbações mentais encontram o seu embrião na teoria de Freud, de inícios do século XX. Voltando o seu foco de atenção, ao início, para a interpretação de transtornos neuróticos e psiconeuróticos, esta ciência esforçou-se por descrever a depressão, na época sob a designação de melancolia (Moraes, 2005).

Inicialmente, o termo depressão veio a lume dada a sua relação com a temática da melancolia. De início, a depressão não passava de um sintoma presente na neurose, ao passo que a melancolia, aquando da existência de uma neurose, anunciava a presença primária de uma propensão para a depressão (Moraes, 2005). Em 1905, a depressão foi caracterizada enquanto sentimento resultante de tristeza, preocupação e mágoa, suscetível de interferir no funcionamento do organismo, por exemplo, através do embranquecimento precoce dos cabelos, da redução da nutrição e da vulnerabilidade mais acentuada a doenças.

De acordo com Gaylin (1968/1994) e Hassoun (2002), referidos por Moraes (2005, p. 23), os estudos acerca da melancolia levados inicialmente a cabo por Freud vieram impulsionar o desenvolvimento de questões elaboradas posteriormente, como o superego e a pulsão de morte. A depressão foi, assim, considerada como uma perturbação com origem no sucesso absoluto do superego autopunitivo, o que conduz o ego à autoanulação, despertando neste um desejo de redimir das suas faltas anteriores.

Por *Ego* (do Latim *ego*, “eu”) entende-se a parte mais superficial do eu, influenciada pelo mundo exterior através dos sentidos; “é, antes e acima de tudo, um ego corporal; [...] uma projeção mental da superfície do corpo, além de [...] representar as superfícies do aparelho mental (Freud, 1923/1972, p. 40, cit. por Lugão, 2008, p. 13). Já o *Superego* (do Latim *super*, “sobre”, + *ego*) – um grupo de motivações e de ações formado pela identificação da criança com os pais (ou com os seus substitutos, sobretudo do mesmo sexo) – exerce uma ação inconsciente, impelindo o eu para evitar a culpa, defendendo-se contra pulsões instintivas, sexuais ou agressivas (DLP, 1999). Essas pulsões (*Trieb*)

correspondem à manifestação do inconsciente, incitando o sujeito a agir para fazer desaparecer um estado de tensão (DLP, 1999). Tal é “a força do impulso auto-punitivo [...] que o melancólico acaricia a ideia de suicídio e a ela obedece em certos casos” (Lopez, s.d., cit. em Moniz, 2007, p. 28).

Segundo Freud, a depressão seria subsidiária de um processo de fixação a uma fase precoce do desenvolvimento libidinoso; a fase oral secundária, marcada pela agressividade, território fértil para medrarem e se desenvolverem comportamentos destrutivos, como, por exemplo, a ação de morder (Moniz, 2007). A introjeção, ou a incorporação imaginária no eu do indivíduo de algo ou alguém amado ou odiado, condu-lo a sentimentos de culpa, resultantes de devaneios agressivos. Associada à frustração da agressividade inibida, a introjeção favorece o surgimento da depressão, cujo tormento perfaz o custo “a pagar” pelos desejos individuais. (Moniz, 2007)

O conceito de perda de objeto foi introduzido Freud, no âmbito da Psicopatologia do Luto. Nos Estados Unidos da América, em meados do século XX, Freud empregou, igualmente, o conceito de perda objetal, para se referir ao abandono ou rejeição sentidos por bebês de 6 a 8 meses de idade, sempre que distante da mãe (Moniz, 2007, p. 29); “diante da ameaça de separação da mãe, o bebê responde com ansiedade e, perante sua perda real, com a dor do luto (Freud, 1938/1975, cit. em Zavaschia, Satlerb, Poester, Vargasd, Piazenskib, Rohdee & Eizirik, 2002). “Durante a infância, a perda afetiva grave propicia o desenvolvimento de episódios depressivos na idade adulta” (Moniz, 2007, p. 26).

Do Latim *luctu-*, “dor pela morte de alguém” (DLP, 1999), o luto entendido pela Psicanálise subjaz “uma reação à perda de um ente querido, à perda de uma abstração que a represente, como a pátria, a liberdade ou ideal de alguém, e assim por diante” (Siqueira, 2007, p. 76). Tanto a etiologia da neurose quanto a da psicose remetem para a não realização de dado desejo, como a recuperação objetal, que remonta à infância e que nunca será completamente cumprido. É essa insatisfação o que despertará um sentimento de frustração, imputado pela realidade exterior, muito embora possa, outrossim, advir do superego. Este, ao assimilar as exigências externas, trava

um conflito com o ego. Freud (1940/2006, p. 131, cit. em Veludo, 2009, p. 53) explica este conflito da seguinte forma: “o ego, antes de colocar em funcionamento as satisfações instintuais exigidas pelo *Id*, tem de levar em conta não simplesmente os perigos do mundo externo, mas também as objecções do superego”. Do Latim *Id*, “isso”, o *Id* significa, para a Psicologia, a parte mais profunda da psique (do Grego *psykhé*, “alma”), a qual recebe os impulsos instintivos dominados pelo princípio do prazer, herdados como parte do inconsciente. O que torna a psicose e a neurose diferentes reside na circunstância de, na primeira (sendo uma das suas formas mais comuns a esquizofrenia – paranoia, catatonia e hebefrenia), o *Ego* ser desenraizado da realidade, afetando gravemente a relação do doente com a realidade e de cujo carácter mórbido da doença não tem consciência. Na neurose, apesar das perturbações afetivas e emocionais que não consegue dominar, como a angústia, a depressão, a obsessão e a fobia, o sujeito mantém uma evidente dependência do mundo exterior. (Moraes, 2005). “No luto, é o mundo que se torna pobre e vazio; na melancolia, é o próprio eu” (Freud, 1917 [1915]/ 1996, p. 247, cit. em Siqueira, 2007, p. 82). No luto, é possível estar-se plenamente consciente acerca de qual o objeto perdido, já na melancolia, a perda do objeto perfaz algo longe da consciência, recaindo, assim, sobre o *Ego*. O luto traduz-se numa perda não tanto de algo ou alguém caro, mas relativa ao eu. O facto é que, ao ter de lidar com a perda, o sujeito pode ou entrar em processo de luto ou desabar num estado de melancolia em que o luto poderá tornar-se patológico; risco que assenta na circunstância de o melancólico ser alguém que “sabe *quem* perdeu, mas não *o que* perdeu ” (1917 [1915] /1996, p. 251, cit. em Siqueira, 2007, p. 82). Sempre que ocorre uma perda objetal, a melancolia acarreta uma perda do próprio eu, tendo como consequência a diminuição da autoestima. Predomina uma tensão entre o eu “ideal” e o eu “de facto” e esse conflito irá provocar uma ruína narcísica: “o eu é representado como sendo *desprovido de valor*, incapaz de qualquer realização e *moralmente desprezível*.” (Siqueira, 2007, p. 82) .

Segundo Freud, existe depressão na melancolia, embora a depressão corresponda a um estado e a melancolia a uma neurose narcísica na qual há

perda no estabelecimento de vínculos libidinais com os objetos, neste caso, substitutos daquele que se perdeu. No quadro melancólico, o sujeito envereda por uma escolha do objeto assente numa base narcisista, caracterizada através da ocorrência de uma identificação narcisista, ou de um espelhamento. O melancólico elege o objeto tendo como critério a imagem e semelhança deste com o ego – atitude que transfigura o objeto com o qual se estabelece a identificação narcísica em algo da ordem do “ideal”, convertido num substituto do investimento erótico (Moraes, 2005).

De acordo com Freud (1917 [1915]), a depressão representa uma agressão contra o *Self*, advogando que o ego depressivo dos pacientes transita uma espécie de replicação da perda do objeto querido. Os depressivos caracterizam-se pela ambivalência de sentimentos, experimentando amor e ódio, direcionando, simultaneamente, contra o próprio eu o seu sadismo, com vista a atingir o objeto de amor incorporado neles mesmos (Moniz, 2007). É característico do doente regredir para o objeto amado da primeira infância – a mãe. O processo depressivo torna-se num caminho de expiação ou purificação através da penitência, oprimido o sujeito passa por uma raiva retrofletida (Moniz, 2007). Blatt (1974, cit. em Campos, 2000), por exemplo, defende que a depressão se alicerça num estado de vulnerabilidade que reclama a sua origem na infância, mediante representações objetais confusas ou perturbadas, que perfarão a causa ou fonte das personalidades mais vulneráveis a estados depressivos.

A depressão perfaz uma reação específica à perda do objeto, quer real, quer imaginário, qualificada por um desejo pertinaz de o reaver. Todo o mundo interior do sujeito se concentra neste anseio. A autorrepresentação que o sujeito elaborará será de abandono, desamparo e, simultaneamente, incapacidade e fraqueza, sendo impelido a sentir-se agressivo diante do objeto perdido e, dado que este se encontra internalizado, a agressão voltar-se-á para o eu, sob a forma de autocrítica e autoculpabilização. Ainda que esta agressão não origine todos os tipos de depressão, será responsável pela permanência da doença (Gullestad, 2003). A perda que se verifica na depressão ocorre similarmente na melancolia, muito embora o melancólico não saiba o que

perdeu, como já se mencionou. Reiterando: ao mesmo tempo em que a perda se mostra evidente, esta é inteiramente desconhecida pelo sujeito, ou seja, a dor experimentada pelo melancólico não é, para este, subsidiária da perda de um objeto, mas da perda dele próprio nesse objeto. O paciente depressivo fala abertamente e com precisão do que perdeu, pois sabe do que se trata; alude a uma perda de quem já foi outrora, uma perda incidente na sua pessoa, embora possa não saber especificar em que momento ocorreu (Moniz, 2007).

A vergonha constitui um fator diferencial, distinguindo os processos psíquicos do luto dos da melancolia (Pinheiro, 2005). As autoacusações do melancólico mostram, aliada ao desgosto e ao sentimento de incapacidade, a ausência do próprio ao falar sobre a sua pessoa, tanto que “ficamos imaginando, tão-somente, por que um homem precisa adoecer para ter acesso a uma verdade dessa espécie” (Freud, 1917 [1915] / 1996, p. 251, cit. em Siqueira, 2007, p. 83). Tal não ocorre com o deprimido. O que o melancólico profere significa, frequentemente, para o neurótico ou deprimido, motivo suficiente para lhe despertar vergonha (Pinheiro, 2005), ou uma apreensão que se apodera do espírito, temendo o sujeito desonra ou a indignidade. Entre o depressivo e o melancólico, a vergonha representa um dos fatores diferenciais dos processos relativos à perda do objeto. Os indivíduos com depressão sentem-se muito envergonhados, tímidos, acanhados e esse sofrimento pode atingir proporções consideráveis. Essa vergonha não se encontra, em geral, associada nem à sexualidade nem à culpa, nem se trata de uma vergonha moral: está ligada a uma imagem idealizada que temem perder (Pinheiro, 2005).

Há que realçar que, segundo Winnicott (1964/1999, citado por Pinheiro, 2005), que a depressão pode ter um aspecto saudável. Este lado são resulta de um paradoxo: se, por um lado, as pessoas deprimidas correm o risco de vir a cometer suicídio e vivenciam vários perigos; por outro, a capacidade de o sujeito se deprimir encontra-se intimamente associada ao conceito de força do ego, ao estabelecimento do self e à (re)descoberta da identidade pessoal.

Fenichel (1945, cit. em Blatt & Maroudas, 1992) afirma existirem dois tipos de depressão. O primeiro apresenta uma natureza essencialmente oral e

assenta a sua ênfase na disponibilidade direta do objeto e do seu narcisismo. O segundo tipo de depressão referido pelo autor, porventura mais avançado a nível de desenvolvimento, compreende a perda de autoestima em função das vicissitudes da resolução do conflito de Édipo.

O psicanalista Zimerman (1999, cit. em Aros, 2008) refere algumas vertentes, cuja característica comum reside no facto de estas serem responsáveis pelos estados depressivos. No entanto, estas vertentes não se excluem mutuamente, complementam-se, antes, na sua compreensão, a saber: na primeira, estão as causas orgânicas sugeridas pela Neurobiologia, que crê haver uma relação de estruturas como o hipotálamo e núcleo amigdalino, influenciando a formação da depressão. Uma segunda causa resulta no abandono de todo o interesse em objetivos e ideais de vida. A terceira é a identificação com o objeto perdido quando não há diferença entre o destino de um, o objeto, e do outro, o eu. A quarta ocorre quando existe a perda de um objeto amado e reasegurador de autonomia, levando, por arrasto, a uma perda das capacidades adaptativas. Outra causa corresponde à perda de um objeto reasegurador de autoestima.

Bleichmar (cit. em Gullestad, 2003) afirma que os estados depressivos podem resultar de fatores, como: trauma, perda precoce e abandono e identificação com pais depressivos.

1.4. O modelo de Sidney Blatt sobre a depressão

Segundo os estudos que Blatt e os seus colegas vêm realizando desde os anos setenta do século XX, “a dependência e o auto-criticismo podem ser vistos como dois tipos de depressão, dois tipos de experiências depressivas ou duas dimensões da personalidade”, ou, ainda, “como dois estilos de personalidade ou dois tipos caracteriais que podem constituir factores de vulnerabilidade ou predisposição à depressão” (Campos, 2000a, p. 285). O modelo de personalidade de Blatt (2004, cit. em Zohar, 2007, pp. 292-293) preconiza que o desenvolvimento dos indivíduos se processa em torno da interação de duas dimensões, a saber, a interpessoal e a da identidade e

definição do *Self*. O ênfase relativo das na vida de qualquer indivíduo irá depender de eventos tanto internos, quanto externos. Ambas não constituem parte da consciência do sujeito, mas exercem, todavia, uma considerável influência no que respeita a sentimentos, cognição, ações e vida em geral (Zohar, 2007). Para Blatt (2008) e Blatt e Blass (1992), referidos por Sacoto (2010, pp. 8-9), durante o percurso vital, cada pessoa se depara com dois desafios psicológicos: ter de granjear e conservar relações interpessoais recíprocas, significativas e gratificantes, e ter de estabelecer e assegurar um sentido “coerente, realista, diferenciado, integrado e essencialmente positivo” de self. Deste modo, tanto uma quanto a outra perfazem, pois, dimensões ativas no desenvolvimento. “O desenvolvimento psicológico decorre de uma transacção dialéctica, que se processa de forma sinérgica, entre estas duas dimensões do desenvolvimento, desde a infância até à senescência (Blatt, 2008; Blatt & Blass, 1992)” (Sacoto, 2010, p. 10).

A fim de diagnosticar a depressão, é útil discernir os pacientes que investem mais na primeira dimensão dos que investem mais na segunda, o que irá permitir identificar uma depressão mais anaclítica ou mais introjetiva (Zohar, 2007, p. 293). De acordo com Guisinger e Blatt (1994, cit. em Campos, 2000, p. 315), a “necessidade, no desenvolvimento, de mudança do investimento libidinal [...] poderá explicar a maior incidência de depressão centrada em questões interpessoais (de dependência) nas raparigas e de depressão centrada em temas de definição do *Self* (de auto-criticismo) no caso dos rapazes”.

Importa esclarecer o que Blatt entende por dimensão interpessoal e dimensão de identidade/ definição do *Self*. A primeira inicia-se a partir das relações da criança com a mãe, estendendo-se por todo o percurso de vida. A representação da mãe elaborada durante a infância desempenha um papel central, influenciando futuras relações e representações. Desta dimensão interpessoal emergem aspetos positivos e negativos. Os pontos positivos passam pela criação de intimidade e de vínculos; o lado menos positivo traduz-se no desenvolvimento do sentido de solidão, vulnerabilidade e carência, cujo suprimento se torna difícil de conseguir por parte das pessoas com as quais o

sujeito se relaciona ou virá a relacionar-se (Zohar, 2007). Os mais dependentes ou anaclíticos necessitam insistentemente, de acordo com Campos (2000, p. 313), “de certificar-se da disponibilidade dos outros para cuidarem de si. Procuram desesperadamente atenção e afecto, deprimindo-se como reacção à separação, rejeição ou abandono, ainda que apenas fantasiado ou temido”.

Quanto à segunda dimensão, a da autodefinição, esta mostra-se mais ativa a partir do segundo ano de vida do sujeito; é bastante perturbada pela emergência do *Superego* e, à semelhança da dimensão interpessoal, desenvolve-se ao longo da vida. O seu lado benigno assenta no sentido de identidade e no traçar e alcançar de objetivos; a sua desvantagem manifesta-se através da autocritica extrema.

De acordo com Campos (2000a, p. 286) “os estilos de personalidade dependente e auto-crítico apresentam diferenças na motivação, estilo relacional e de coping e nos mecanismos defensivos”. Para aqueles que se centram sobretudo, na dimensão interpessoal, o bem-estar irá associar-se a questões de relacionamento e de dependência. Os indivíduos assim caracterizados são suscetíveis de maior vulnerabilidade diante de experiências de perda ou separação (Zohar, 2007)

Segundo os estudos de Blatt (1995) e de Blatt e Homann (1992), referidos por Campos (2000, p. 315), o sujeito depressivo anaclítico sentiu o amor materno como “contingente à sua obediência e conformismo”; experiencia, portanto, o desamparo e a insegurança no âmbito das relações afetivas, “inibindo ou negando a agressividade” e revelando uma atitude de submissão, dado manifestar uma necessidade extrema do cuidado dos outros.

Os que investem mais na dimensão do eu, ou da autodefinição, os introjetivos encontram o seu bem-estar em conquistas alcançadas, na aprovação pública perante sentimentos de inferioridade e de culpa (Zohar, 2007).

Sucedem com frequência “tentativas de realização pessoal” com vista a “obter reconhecimento e [a] compensar sentimentos de inadequação” (Blatt & Maroudas, 1992, cit. em Campos, 2000, p. 313). “Um perfeccionismo em demasia e a obrigatoriedade de fazer algo são situações passíveis de afastar

estes sujeitos de obterem satisfação a partir do sucesso pessoal” (Blatt & Shichman, 1983, p. 229, cit. em Campos, 2000, p. 313). Conforme Zohar (2007), a psicopatologia poderá sobrevir sempre que um desafio extravase os recursos do indivíduo, essencialmente porque as suas representações internas não lhe providenciam o apoio necessário a uma resposta adaptativa. Blatt e Homann (1992, cit. em Campos, 2000, pp. 314-315) consideram imprescindível poder discernir em que medida “as experiências precoces podem criar predisposições para que determinados indivíduos se tornem vulneráveis a estados afectivos disfóricos profundos em consequência de factores stressantes actuais, como problemas e perdas relacionais, ou insucessos pessoais”.

A dependência e o autocriticismo, contribuiram para moldar a experiência individual e influencia a percepção do sujeito diante dos antecedentes de vida (Zohar, 2007). E são as representações mentais da infância que interagem com eventos, internos ou externos, desencadeando a depressão: “a impossibilidade de estabelecer boas relações e níveis de representação adequados [...] originam uma vulnerabilidade à depressão (Blatt et al., 1979, cit. em Campos, 2000, p. 313).

Blatt, Auerbach e Levy (1997) referem que, embora os processos de separação e individuação se revistam de relevância durante o fim da adolescência e o início da adultícia, podem ser facilitadas pelo estabelecimento de vínculos seguros com os pais. A representação das figuras parentais enquanto garantes de apoio e cuidado relaciona-se na infância precoce. Os vínculos seguros proporcionam a base necessária ao desenvolvimento de uma identidade diferenciada, de um sentido de compromisso, bem como de capacidades de cooperação, mutualidade e reciprocidade. Assim, estes laços traduzem-se num processo dinâmico que propicia o alicerce emocional necessário a ambas as dimensões de autonomia e dependência. Para lá das características inerentes aos pais e da índole das atitudes facilitadoras/perturbadoras destes, o timing da perturbação nas relações de vinculação ocupa um lugar de destaque no “desenvolvimento diferencial de uma vulnerabilidade a uma perturbação depressiva centrada em questões de

dependência, auto-criticismo ou em ambas” (Blatt & Homann, 1992, cit. em Campos, 2000, p. 315).

De acordo com Blatt e Shahar (2004), uma investigação empírica extensiva aponta a existência de diferenças consistentes nas experiências de vida dos dois tipos de doentes depressivos, assim como grandes desigualdades no que respeita ao estilo básico do seu carácter e a expressão clínica da depressão. A polaridade essencial, dimensão interpessoal versus de autodefinição tem facilitado a diferenciação não só entre duas formas de depressão mas mais genericamente entre duas configurações primárias da psicopatologia – anaclítica e introjetiva –, com base nas diferenças entre uma preocupação excessiva com questões de dependência e um foco excessivo em matéria de autodefinição (Blatt 1990a, 1995b; Blatt & Shichman, 1983, cit. em Blatt & Shahar, 2004).

Segundo Blatt e Levy (1998), vem sendo verificada, recentemente, uma transformação relativamente à visão sobre a depressão. Esta passou a ser considerada não tanto, e apenas, como uma perturbação psiquiátrica, mas mais como um condição afetiva disfórica, passível de ser vista como variações contínuas que vão desde uma resposta sumária, superficial e mais ou menos ajustada a eventos de vida negativos até a uma perturbação crónica de carácter grave e incapacitante, podendo acarretar distorções da realidade.

Com vista a uma compreensão mais plena da depressão, dado o seu carácter complexo e heterogéneo, para Blatt (1974, cit. em Campos, 2009), tornou-se relevante discernir tipos de experiências afetivas ou tipos de afetos depressivos, como já se mencionou com base nas experiências fenomenológicas mais importantes para os indivíduos. Discriminou, então, dois tipos de experiências afetivas com base no investimento ou na dimensão interpessoal ou na de autodefinição, sem se preocupar com os sintomas revelados pelos pacientes deprimidos (Campos, 2009). Assim, Blatt e Homann (1992, cit. em Campos, 2000, p. 315) asseveram, com base em estudos empíricos, “existirem dois tipos de experiências passíveis de conduzir o sujeito à depressão: perdas relacionais e perdas no *Self*– a seu ver, subjacentes às formas consideradas normais e patológicas de depressão. A depressão

introjetiva equivale a um nível psicológico mais avançado relativamente à depressão anaclítica (Blatt & Maroudas, 1992). Na depressão anaclítica e na introjetiva, o nível de perturbação no que respeita a representação objetal é diferente. Em virtude destas perturbações, constata-se uma necessidade considerável por parte do sujeito de poder manter o contacto estabelecido com o objeto, quer diretamente, quer através da intensificação do processo de introjecção desse objeto, independentemente na de depressão anaclítica e na depressão introjetiva “(Campos, 2000, p. 314).

Blatt (cit. em Campos, 2000) considera que são as perturbações no desenvolvimento das representações objetais as responsáveis por gerar no indivíduo uma vulnerabilidade para futuras depressões. Conceptualmente, os sinais anaclíticos da depressão poderão ser distinguidos de experiências típicas da depressão introjetiva, por exemplo: o medo de perder o amor do objeto e sentimentos de autoacusação e inferioridade. “Verifica-se uma dicotomia entre uma depressão como experiência de culpa e uma depressão relacionada com sentimentos de vazio. Quanto menos integrado se revelar o super-eu, maior se torna a plausibilidade do surgimento da depressão de vazio (anaclítica). Além disso, para o autor, o nível de representação objetal e o nível de coesão do *Self* são responsáveis pelo tipo de depressão” (Campos, 2000, p. 312).

Como preconiza Blatt (1990, cit. em Campos, 2010, p. 3871), os sujeitos que privilegiam estabelecer relacionamentos interpessoais, negligenciando a autodefinição, utilizam sobretudo como mecanismos de defesa, mecanismos de tipo evitante “de tipo *evitante*, como a negação e a repressão”, ao passo que os que investem mais no autoconceito, com algum prejuízo das relações interpessoais, se servem de estratégias de defesa “de tipo *neutralizante*, como a intelectualização e a formação reactiva”. Quer uma, quer a outra procuram “manter os aspectos psíquicos dolorosos fora da consciência, fazendo-o, no entanto, de forma diferente”. Os mecanismos de tipo evitante previnem o reconhecimento da “existência de relações conflituais”; os neutralizantes transfiguram os conflitos, para que “se possam expressar, mas de forma

disfarçada. Não evitam o conflito, transformam a questão conflitual numa forma alternativa aceitável” (Campos, 2003, p. 94).

No que concerne à depressão anaclítica, os sentimentos mais prevalentes equivalem ao desamparo, à fragilidade e ao não se sentir amado. O doente anseia, assim, por ser protegido, cuidado e apoiado; experimenta ansiedade perante a espera, num caminho de procura de satisfação que roça o desespero e por uma urgência de ser amado, isto é, como refere Blatt (1974, p. 107), “uma luta desesperada para manter o contacto directo com o objecto gratificante”. As relações que o paciente estabelece mostram-se um tanto indiferenciadas, incorporativas e alicerçadas na obtenção de gratificação. No que toca ao objeto, este é valorizado pelo sujeito na medida em que se mostrar capaz de o gratificar e de preencher as suas necessidades. A delonga na obtenção de gratificação, a frustração e o sentido de privação que daí advêm instigam a raiva, que não é exteriorizada em virtude do receio de destruir o objeto, fonte de satisfação (Blatt & Shichman, 1983, cit. em Campos, 2000). Por outro lado, as exigências do paciente podem despertar a raiva alheia, motivando, como consequência, a rejeição por parte dos outros. De acordo com Campos (2000, p. 313), “as suas experiências relacionais são marcadas por oscilações rápidas entre uma atitude submissa e passiva e uma atitude de marcada exigência”. A psicopatologia anaclítica acarreta uma preocupação exagerada com o estabelecimento e manutenção de relações íntimas, que envolvam amar e ser amado. O paciente anaclítico preocupa-se com questões de confiança, proximidade e fidelidade, assim como com a sua capacidade para dar e receber amor e afeto.

Já a depressão introjetiva é caracterizada por sentimentos de desvalorização pessoal e culpa, por exemplo, de não ter conseguido alcançar as suas expectativas. O deprimido mostra usualmente um super-eu rígido, um sentido rigoroso de moralidade e autoavalia-se constantemente. Para Blatt e Shahar (2004, p. 399), “a psicopatologia introjetiva acarreta uma apreensão exagerada face a questões relacionadas com o *Self*, que vão desde a necessidade de se separar e destacar dos outros ao valor pessoal, identidade e integridade.” Mais idealista, o paciente introjetivo revela-se exageradamente perfeccionista,

propenso à assunção de responsabilidade e demasiado preocupado com o não ser aceite e reconhecido. Em oposição, como descrevem Blatt e Shichman (1983, p. 229, cit. em Campos, 2000, p. 313), “[u]m excessivo perfeccionismo e o sentimento de *ser levado a realizar* impossibilitam a satisfação com o sucesso pessoal”. O sujeito julga necessária a autopunição (Campos, 2000, p. 313). Por outro lado, é suscetível de experimentar raiva e agressividade, não apenas autodirigidas. Lidar com estes sentimentos de raiva representa, segundo Blatt e Shahr (2004, p. 399), o lugar central das suas dificuldades.

Em todo o caso, como nota Campos (2000a), o conceito desenvolvido por Blatt acerca das dimensões da personalidade extravasa a relação daquele com a depressão. Embora no início dos seus estudos, nos anos setenta, haja distinguido estes dois tipos de depressão, mas recentemente, Blatt generalizou esta diferenciação, dando lugar à definição de duas “configurações primárias de psicopatologia” (Blatt & Shichman, 1983), – a anaclítica e a introjetiva. A conceptualização de uma personalidade anaclítica e de outra introjetiva tem implicações que se aplicam “a uma vasta gama de psicopatologias”, tais como a psicose, as perturbações de personalidade e as neuroses. Esta distinção entre configurações “é também extensível à compreensão do desenvolvimento da personalidade normal” (Blatt & Blass, 1990, 1992, 1996, cit. em Campos, 2000a, p. 286).

CAPÍTULO II – O SELF

2.1. Conceito de self

Assumindo o sentido de ciência do eu, o vocábulo Psicologia surge pela primeira vez na obra do filósofo alemão Wolff, dois decênios antes de a primeira obra de Rousseau, o descobridor do novo *Self* interior de substância moral, vir a lume (Solomon, 1988, cit. em Souza & Gomes, 2005). Nos finais de oitocentos, em que a Psicologia é considerada a ciência do eu, torna-se, outrossim, na técnica do “diário íntimo” através de Maine de Biran, o promotor da Psicologia Metafísica (Canguilhem, 1968/1994, cit. em Souza & Gomes, 2005). Em 1890, James – por muitos, considerado pioneiro na análise do autoconceito sob o prisma psicológico – procura afastar-se de posições filosóficas rumo a uma perspetivação mais psicológica do autoconceito que expõe na obra *The Principles of Psychology*, em que preconiza um modelo que, de acordo L’Ecuyer (1978) e Burns (1982), citados por Albuquerque e Oliveira (2002), se reveste de grande atualidade, dado que identifica, no conceito de *Self*, quatro componentes distintas e de grau de relevância decrescente para a autoestima do sujeito: *Self* espiritual, *Self* material, *Self* social e *Self* corporal. Mais tarde, em finais do século XIX, inícios do seguinte, Wundt (1904, cit. em Souza & Gomes, 2005) veio defender a Psicologia enquanto ciência da consciência, menosprezando as suas anteriores designações de ciência da mente ou da alma. Como veremos, o século XX afirmar-se-ia particularmente fértil do ponto de vista do estudo do *Self*, que, partindo já dos ensinamentos de Freud, reformulando-se e concebendo-se diversas abordagens, ponderou-se este conceito de várias formas e observou-se sob distintos prismas; “todas as abordagens emergentes procuraram desvendar os “mistérios” da personalidade, analisar os contextos sociais, extraindo grande proveito da simbiose entre a Psicologia do Desenvolvimento e a Psicologia Social, que dava agora os seus primeiros passos” (Hilgard, 1987, cit. em Souza & Gomes, 2005, p. 80). Souza e Gomes (2005), numa resenha histórica dedicada à emergência e desenvolvimento do conceito de *Self*,

destacam, além de Freud, os importantes contributos de autores como Gergen (1984), James (1890/1990), Mead (1934) e Cooley (1902).

A noção de *Self* corresponde a um conceito que tem vindo a ocupar um lugar central na maioria das teorias psicológicas da área clínica, tornando-se quase impensável imaginar uma teoria que abdique desta noção. A própria definição da disciplina de Psicologia subentende já a noção de *Self*, enquanto ideia de que um indivíduo é constituído por disposições internas e mentais (Guanaes & Japur, 2003). De acordo com Souza e Gomes (2005), traduzir adequadamente o termo *Self* para as diversas línguas é só por si importante para além da investigação sobre o fenómeno. No Brasil, *Self* é um vocábulo que não costuma ser traduzido; já nas traduções publicadas em Portugal, “é possível encontrar o termo *Self* como consciência (Eccles, 2000), próprio (Bermúdez, 2000) e si (Damásio, 2003, versão portuguesa do próprio autor). O *Self* equivale a parte integrante da experiência orgânica; não constitui uma entidade estável, constitui-se, antes, à medida que o indivíduo vai desenvolvendo a “noção de eu”. O *Self* perfaz uma totalidade organizada mediante um processo contínuo e cumulativo de construção; remete para um processo fluido e continuado de reconhecimento de si próprio. Pode ser traduzido pela visão que o sujeito possui dele próprio; uma visão fundada em experiências passadas, em estímulos presentes e em expectativas futuras. Esta noção relaciona-se com aquilo que a pessoa é; subentende uma organização particular que abrange a informação acerca do próprio sujeito e corresponde a uma autoestrutura idiossincrática e coerente. Este conceito é passível de ser descrito enquanto estrutura organizada, conquanto em constante mutação, composta pela totalidade de percepções detidas por cada um de nós, das quais poderão ser inventariadas as características, atributos, qualidades, defeitos e sistemas axiológicos reconhecidos pelo sujeito enquanto parte de si, logo, parte daquilo que é a sua identidade pessoal (Guanaes & Japur, 2003).

2.2. A Psicologia do Eu

A Psicologia do Eu corresponde a uma escola do âmbito da psicanálise e um modelo neofreudiano que se alicerça justamente no modelo de Freud, no qual o *Id*, o *Ego* e o *Superego* perfazem as estruturas primordiais da mente humana. O eu corresponde o fator central da Psicologia. Por isso, todo o comportamento carece de uma interpretação em referência ao eu. O sujeito não só interage com o ambiente exterior, mas responde a forças internas. Os defensores da Psicologia do Eu centram-se, sobretudo, no desenvolvimento quer normal, quer patológico do ego, no tocante à sua gestão de impulsos libidinais e agressivos e à sua adaptação à realidade (Moniz, 2007).

Inicialmente, Freud descreveu o *Ego* como um órgão dos sentidos que funciona para perceber ambos os tipos de estímulos, externos e internos, revendo-o enquanto sinónimo de consciência, por oposição ao inconsciente reprimido. Seguindo a mesma senda, Hartmann e Anna Freud prestaram um contributo para o desenvolvimento da Psicologia do Eu, conferindo um lugar privilegiado ao *Ego* e aos seus mecanismos de defesa, em detrimento do *Id*, do inconsciente e do sujeito. Os autores concorreram para fazer da Psicanálise uma terapia adaptativa do eu à realidade circundante (Mabile, 2009).

A Psicologia do Eu colocou uma ênfase considerável na função das defesas, nas experiências na primeira infância, bem como na relevância das influências de cariz sociocultural. O *Ego* não é considerado como uma estrutura que funciona de acordo com a vontade do *Id*; apresenta-se até mais independente do que o próprio *Id*. Outras mudanças interessantes foram ainda propostas pelos psicólogos do eu, por exemplo, a diminuição da importância atribuída à sexualidade infantil e ao complexo de Édipo. Sugeriram que o desenvolvimento da personalidade se afirma mais devedor de forças psicossociais do que forças psicosexuais.

Anna Freud exerceu um papel digno de nota, ao concentrar o foco do seu trabalho no *Ego*, no inconsciente e nas operações defensivas; teceu diversas considerações relevantes tanto teóricas, quanto clínicas. A autora cria que o ego possui uma predisposição para supervisionar, reger e contrariar o *id* por meio de defesas, e que estas atividades empreendidas eram passíveis de

observação pelo psicanalista, na apresentação das associações do paciente. Para ela, a interpretação do conteúdo reprimido possuía menos relevo do que a compreensão dos processos do ego, por via dos quais são mantidas fora da consciência. Cada um de nós evita e contorna situações suscetíveis de gerar ansiedade através de um conjunto articulado de estratégias oriundas de uma predisposição genética, os factores externos e da microcultura. Deste modo, é-nos possível tornar a vida em algo mais tolerável e passível de sucesso, em que as defesas, segundo A. Freud, à excepção da sublimação, travam a expressão direta das necessidades instintivas, sendo que a sua presença é, muitas vezes, indicativa de uma neurose.

Os mecanismos de defesa desempenham uma função bastante proeminente. No funcionamento mental, podemos distinguir a repressão, a negação, a racionalização, a formação reativa, a projeção, o isolamento, a regressão e a sublimação. Enquanto parte da psique que permanece ativa, permite reprimir uma ideia ou evento potencialmente causadores de ansiedade, dificultando qualquer resolução possível. Já a negação corresponde à resistência em aceitar um evento suscetível de perturbar o ego, dado existir a crença de que certos eventos nem sempre são o que parecem. A racionalização equivale ao criar motivos suficientemente aceitáveis para fundamentar pensamentos ou atos inaceitáveis. A formação reativa substitui um desejo real por comportamentos ou sentimentos opostos, disfarçando certas componentes da personalidade, tornando-a mais inflexível e limitando a capacidade de resposta aos eventos. A projeção é o mecanismo que imputa a outra entidade (neste caso outra pessoa, animal ou objeto) as qualidades, sentimentos ou intenções próprias do sujeito. O isolamento separa os factores causadores de uma situação das outras componentes da psique. O objetivo deste mecanismo passa por fracioná-las em compartimentos distintos para que pouca ou nenhuma reação emocional permaneça ligada ao evento, poupando o *Ego* de aceitar aspetos situacionais portadores de ansiedade. A regressão perfaz um mecanismo de defesa que se caracteriza pelo regresso a um nível anterior de desenvolvimento ou a um modo de expressão mais simples ou infantil, afastando o pensamento atual e realista do sujeito em direção a

comportamentos que, no passado, tendiam a reduzir os estados de ansiedade (Monteiro, 2007).

Assim, os mecanismos de defesa cumprem cada um a sua função específica: evitam ou contornam a realidade (repressão), banem-na (negação), reformulam-na (racionalização) e invertem-na (formação reativa). Relegam, ainda, os sentimentos para mundo exterior (projeção), segmentam a realidade em compartimentos (isolamento), conduzem a uma fuga à realidade (regressão), ou redirecionam a própria realidade (sublimação). Se não for possível manter estas defesas, o ego fica desarmado e é invadido pela ansiedade. Em jeito de reafirmação, a teoria de Anna Freud conjectura que, a fim de se conseguir dominar os diversos tipos de ansiedade (superegóica ou moral, real e pulsional), o ego socorre-se de mecanismos de defesa, os quais são usados de forma recorrente, flexível e diversificada em casos em que o desenvolvimento é considerado não patológico.

Na obra de Hartmann, a tónica é depositada no conceito de ego-função. Para este autor, o inconsciente é caracterizado como desordenado, confuso, caótico, algo que está na origem de comportamentos considerados antissociais e vai conferindo fundamento a esses comportamentos, dado que se submete a impulsos instintuais. Segundo ele, a união do desenvolvimento psicológico humano corresponde a um processo de adaptação, ou seja, a uma relação de reciprocidade travada entre indivíduo e ambiente, na qual o sucesso está dependente do modo como o sujeito consegue adaptar-se a esse meio. Logo, o conflito não corresponde nem à causa nem ao resultado da Psicopatologia; constitui, antes, uma componente normal e necessária à condição humana. Na Psicologia do Eu, através da sublimação e de outros mecanismos de defesa, o ego e o superego desviam a energia libidinal para longe de objetivos de cariz sexual (Mabilde, 2009).

2.3. O self na teoria psicanalítica

É comum identificar-se o *Self* como a essência do ser humano. Todavia, existe uma ausência de consenso quanto àquilo que se entende por essência. Freud, por exemplo, empregava de forma quase indiscriminada os conceitos de

Ego e de *Self*: ao utilizar *Ich* em oposição ao *Superego* e ao *Id*, referia-se ao *Ego*; sempre que empregava *Ich* em oposição ao objeto, reportava-se ao *Self*. A teoria do aparelho psíquico formulada por ele determinou três instâncias psíquicas, a saber: *Ego*, *Id* e *Superego*. O *Ich*, empregue pelo autor como *Ego*, desempenhava a função de mediador entre o *Id*, o *Superego* e o mundo externo; *Ich*, utilizado como *Self*, significa a própria pessoa, em oposição ao objeto. Desde sempre, as palavras *Ego* e *Self* parecem ter sido empregues de forma indistinta. Mesmo hoje, ainda se verifica, por vezes, alguma sobreposição e indiscriminação conceptual entre ambos os termos. Estas lacunas foram porventura agravadas pelas traduções pouco escrupulosas dos textos originais. Foi a partir de Hartmann (1950, 1964) como foi dito na secção anterior, que se tornou exequível estabelecer uma tal distinção (Blatt & Lerner, 1991, cit. em Bers, Blatt, Sayward & Johnston, 1993).

Através de Hartmann, o vocábulo *Ego* começou a ser utilizado para denominar uma das instâncias psíquicas, perfazendo, portanto, uma subestrutura crucial da personalidade, tal como havia sido classificada por Freud. O termo *Self* por outro lado foi conceptualizado enquanto a “imagem de si mesmo”, integrado por estruturas, entre as quais se pode identificar não somente o *Ego*, mas também instancias como o *Id*, o *Superego* e, inclusivamente, a imagem do corpo, tudo confluindo na chamada personalidade total (Blatt & Lerner, 1991, cit. em Bers et al., 1993). Hartmann (1950, 1964) propôs uma diferenciação entre ego-função, ou um conjunto de funções, tanto conscientes quanto providas do inconsciente, e ego-representação, que aponta para a imagem que o sujeito possui de si mesmo, ou seja, do seu *Self*. A essência do *Self* corresponde a uma experiência subjetiva; trata-se do locus das experiências afetivas (eu sinto), do sentido que reveste a ação (eu faço) e da base para o significado da identidade, isto é, o autoconhecimento, o autoconceito e a autorrefletividade (eu sou). O *Self* representa simultaneamente sujeito ou agente de observação e objeto observado e perfaz uma instância que só existe no contexto da relação entre estas duas realidades (Blatt & Segal, 1993).

Várias teorias psicanalíticas exemplificam o uso das noções de indivíduo e *Self* no contexto da explicação do funcionamento psíquico humano. Estas noções sobressaem pelo grau de elaboração teórico-conceitual que caracteriza a abordagem do psiquismo e do *Self*, exercendo uma influência considerável na formação dos profissionais de Psicologia e, por conseguinte, na disseminação desta disciplina ao domínio público (Guanaes & Japur, 2003). As teorias psicanalíticas propuseram, então, três concepções sobre o *Self*, a saber: o *Self* como fantasia, ou seja, um compromisso que envolve ação e defesa, mas que contém elementos míticos; o *Self* como estrutura integrada composta por autorrepresentações no cerne do *Ego* e o *Self* como superorganizado, unificado, coerente com ações e defesas, envolvendo um desenvolvimento que se mostra independente da linha do narcisismo. O conceito de *Self* guarda dimensões diversas do desenvolvimento, nomeadamente autodefinição, autoestima, autorreconhecimento e capacidade refletiva para a autoconsciência. Esse desenvolvimento inclui a diferenciação do sujeito em relação ao outro, a distinção e integração do *Self* e a responsabilidade por estruturações pessoais de conhecimento, interpretações do mundo e da realidade.

Para muitos autores, o *Self* e as dimensões que lhe estão associadas constituem-se na relação com os progenitores e, mais tarde, no desenvolvimento, através de outras figuras significativas. O conceito de *Self* tem sido tratado, em três vetores clássicos, nomeadamente: a psicologia do *Ego*, a teoria das relações objetais e a psicologia do *Self*.

Os termos *Self* e *Ego* surgem, referidos na teoria das relações objetais que encontra em Klein e em Winnicott os seus principais representantes. Klein reconhece o conceito de inconsciente e a importância da sexualidade no que toca ao desenvolvimento infantil e à formação da personalidade. É a partir da introjeção ou da internalização da figura materna que a criança irá adquirir a sua própria representação de *Self*, primeiro a partir de uma representação corpórea, depois através do conjunto de sensações e experiências percebidas e assimiladas como próprias. É por meio dessa relação objetal primária que a criança desenvolve um sentido de si mesma, de um *Self* seu, separado e

distinto do da sua mãe. A autora assume ainda uma compreensão evolutiva da personalidade ao explicar os estádios do crescimento associados à vivência de ansiedades básicas que advêm de fantasias primitivas inconscientes. Desde o nascimento, o *Ego* mostra-se apto para formar relações objetais, fantasiosas ou realistas, movido quer pelos instintos, quer pela ansiedade (Segal, 1975).

Se o *Ego* integra uma componente estrutural da mente, o *Self* propende para a representação do sujeito mediante as suas próprias fantasias, desenvolvidas de forma subjetiva. Klein prevê a existência de um mundo interno complexo que resulta das fantasias inconscientes infantis, nas quais os objetos são introjetados e colocados em inter-relação ativa entre si e com o próprio *Ego*. A partir desta formulação, percebe-se que o que estabelecerá a personalidade do sujeito passa pela essência das suas fantasias inconscientes e pela forma como estas estreitam relações com a realidade exterior (Segal, 1975).

Winnicott (1993, citado em Neto, 2007) sublinha a influência exercida pelo ambiente inicial em que a criança se desenvolve, bem como pela qualidade das relações primárias que esta estabelece no processo de construção do *Self*. Para este autor, há duas tendências basilares que se relacionam com o processo de desenvolvimento infantil: a propensão para crescer, a qual é herdada, e a tendência para ser dependente, que se reporta às condições proporcionadas pelo ambiente com vista a uma maturação humana adequada. É a relação entre a mãe, enquanto figura que cuida, e o bebé que favorece a estruturação do *Self*. A realidade exterior desempenha um papel cimeiro, a par dos processos maturativos, constituindo a figura maternal uma componente relevante desta realidade, ou uma parte importante no âmbito do ambiente necessário à personalização do potencial psíquico e pulsional do bebé: “no desenvolvimento individual, o precursor do espelho é o rosto da mãe: o que vê a criança quando olha para a sua mãe? Vê-se a si própria” (Winnicott, 1974, p. 131, cit. em Beebe & Lachmman, 1988, p. 16).

Winnicott (1993, citado em Neto, 2007) preconiza o carácter de relevância do desenvolvimento infantil precoce no tocante ao estabelecimento do *Self*. O desenvolvimento precoce compreende três processos, nomeadamente: (1) integração, que corresponde à perceção do *Self* como algo integrado e que

resulta da capacidade de o sujeito diferenciar o eu e o não-eu; (2) personalização, que se descreve como o desenvolvimento do sentimento intrínseco ao próprio corpo, e (3) realização, que se traduz no desenvolvimento da capacidade para avaliar o tempo e do espaço, bem como outras propriedades da realidade. Para que se processe um desenvolvimento normal do sujeito, estes três vetores processuais têm de ser realizados e, para isso, tanto o receber cuidados na infância, quanto as experiências pulsionais se tornam fundamentais. Winnicott defende, ainda, que, no âmago do processo de desenvolvimento do bebé, poderá eventualmente emergir tanto um verdadeiro *Self* – formado no cerne de um ambiente afável, produzido por uma mãe suficientemente eficaz –, quanto um falso *Self*, que sobrevém sempre que os bebés vivenciam alguma perturbação traumática ao longo do desenvolvimento do seu sentido de *Self*. Há que ressaltar que, com a exposição do sujeito a sentimentos de frustração e a vivências não gratificantes, pode surgir um falso *Self*, embora isso não anuncie, necessariamente, a presença de patologias. Torna-se imperioso perceber o grau de falso self que existirá em cada um de nós, bem como a possibilidade de este vir a interferir no funcionamento do *Self* verdadeiro. Importa salientar que os adjetivos “falso” e “verdadeiro” empregues por Winnicott se revestem de uma significação sobretudo clínica. Assim, o termo “verdadeiro *Self*” serve somente para indicar o oposto de “falso *Self*” (Neto, 2007).

De acordo com Silverstein (2005), a Psicologia do *Self* emergiu inicialmente enquanto Teoria da Personalidade Narcísica e das Perturbações do Comportamento, e foi Kohut (1977, 1984) quem alargou a visão sobre o *Self* e as suas perturbações, considerando outras formas de Psicopatologia. O âmbito da Psicologia do *Self* extravasou a sua origem para o narcisismo, assim como haveria de conhecer, mais tarde, outros desenvolvimentos.

Kohut formulou assim uma teoria para o *Self*, entendendo-o em sentido vasto. A sua teoria volta-se para a relação ativa que é vivenciada entre *Self* e objeto. O *Self*, observado sob um ângulo mais restrito, corresponde a um mero conteúdo do aparelho psíquico (uma extensão da metapsicologia clássica), porém, caso seja visto em sentido lato, seria, certamente distinto das três

instâncias psíquicas freudianas, tornando-se, deste modo, possível, estudar a sua génese, desenvolvimento e diversas componentes. Como nos explicam Bers, Blatt, Sayward e Johnston (1993, p. 19), “Kohut distinguiu o *Self* enquanto experiência próxima das entidades estruturais da mente enquanto experiência distante, o que significa que o *Self* está num nível de organização conceptual e experiencial diferente”.

Kohut viria, entretanto, a reformular esta visão da estruturação do *Self*. Para ele, não havia dados suficientes para que se pudesse assegurar que o *Self* se formaria por via da ligação de partes, dado que o objeto de pesquisa da Psicanálise não está contido apenas no contexto do prazer, mas também “além do princípio do prazer”. Esta expressão, apontando para o *Self* e as suas vicissitudes, em nada se relaciona com a pulsão de morte de Freud; o seu sentido diz somente respeito a algo que extravasasse o âmbito do binómio prazer/desprazer, das necessidades instintivas. Partindo da aceção de que o *Self* se desenvolve independentemente do contexto das necessidades instintivas, Kohut sugeriu um modelo de estruturação do *Self* diferente e autónomo da experiência da criança quanto às partes corporais e funções mentais apreendidas isoladamente. As experiências corporais e as atividades mentais não formam o *Self*, desenvolvem-se, antes, no cerne deste. Tal como um bebé necessita de uma atmosfera que contenha oxigénio para sobreviver, o *self* que nasce carece de um meio ambiente que contenha *self*-objetos, respondendo empaticamente às suas necessidades psicológicas.

Quanto à distinção entre objetos do *Self* e objetos regulares, H. Baker e M. Baker (1987, p. 2) diga-se que “Kohut tentou distinguir entre as necessidades de objetos do *Self* e as necessidades dos objetos. Nas últimas, a outra pessoa funciona como um objeto autónomo, um centro independente de iniciativa. Os objetos são valorizados pelo que eles são”. Acrescenta-se que “os objetos do *Self* são valorados pelas suas funções internas e pela estabilidade emocional que eles proporcionam. Suprir as necessidades do objeto do *Self* é mais importante do que quem as supre”. O desenvolvimento do *Self*, dos objetos do *Self* e do aparelho psíquico tem em consideração o facto de que, inicialmente, o bebé se encontra em fase de fusão com o objeto; este objeto vem exercer as

funções que não estão ao alcance do bebê, dado que não ainda possui um *Self* formado, mas apenas um núcleo de *Self*. O *Self* “inicia seu desenvolvimento logo após o nascimento. No momento em que a mãe vê pela primeira vez o filho [...], virtualmente se inicia o processo que estabelece nosso *Self*, processo este que continua durante a infância e em menor grau durante a vida adulta” (Kohut, 1971/1977 e Bleichmar, 1992, cit. em Suertegaray, 2007, pp. 266-267).

O objeto do *Self* idealizado desempenha o papel de suprir a necessidade do bebê de se associar a um objeto onnipotente, a fim de se sentir protegido e seguro. O objeto do *Self* especular possui a funcionalidade de espelhar o bebê, fazendo-o sentir-se aceito e valorizado. Já o objeto do *Self* gemelar existe para satisfazer a necessidade fundamental de qualquer indivíduo de possuir uma semelhança essencial, com vista a garantir-lhe o sentimento de pertença ao contexto humano, no qual se sente compreendido e se revê apto a compreender o outro. Todavia, o *Self* falha por vezes no suprimento de uma ou mais necessidades básicas partilhadas por todos nós. Para que o *Self* se desenvolva convenientemente, torna-se fulcral que o aparelho psíquico se mostre preparado para a formação de estruturas, o que vai depender da capacidade maturativa do aparelho psíquico. Caso as falhas ocorram de acordo com a capacidade maturativa do aparelho psíquico, são “falhas ideais” que despertam no aparelho psíquico um afastamento da ação do objeto que falhou, segmentando os aspetos da imagem do objeto que está a ser internalizado, o que se nomeia de “frustração ótima”. O resultado da frustração ótima é a despersonalização dos aspetos da imagem do objeto internalizado que será transformado numa estrutura do *Self*.

Para H. Baker e M. Baker (1987, p. 3) “são estas falhas ótimas que levam a que a criança desenvolva ou crie meios para manter a autoestima, para tolerar fracassos inevitáveis e para com vigor perseguir ambições apropriadas”. O processo de despersonalização do objeto internalizado e a transformação numa estruturação do *Self*, desenrola-se modificando os aspetos da imagem do objeto do self internalizado que confluirão numa estrutura. Este processo transformador corresponde à chamada “internalização transmutadora”. Havendo falhas ideais por parte do self-objeto e a vivência das frustrações

ótimas pelo bebê, este irá transformando, através da internalização transmutadora, a função que era exercida pelo self-objeto numa estrutura própria, capaz de atender às necessidades. Em se verificando falhas por parte dos pais na fase pré-edipiana, a criança, desidealizando-os, procede à formação de uma estrutura de *Self* por via do processo da internalização transmutadora. O investimento da libido objetal funde-se com o investimento da libido narcísica. O processo de internalização ocorrerá sempre com um objetivo norteado pelo investimento narcísico. Se o *Self* não descobrir, no ambiente, um objeto do *Self* empático (com falhas ideais), mas um objeto do *Self* passível de operar falhas traumáticas, o que potencia uma desidealização repentina, aquele não consegue proceder a uma estruturação gradual através da internalização transmutadora. Enquanto obstáculos à formação dessa estruturação, os efeitos das falhas traumáticas interferem diretamente na necessidade de o *Self* se apoiar inicialmente num self-objeto (conservando, a fusão dos instintos) com vista a prosseguir no seu desenvolvimento normal. Caso o objeto do *Self* falhe de forma traumática, desconsiderando as características maturativas do aparelho psíquico, este, em lugar de desidealizar esse self-objeto, mantém-no internalizado, porém de forma idealizada. Para sobreviver psicologicamente, o aparelho psíquico carece de um self-objeto idealizado. Caso o desidealize quando esta idealização ainda é necessária, sucede a “morte” do *Self* (Suertegaray, 2007).

A preponderância das estruturas defensivas na patologia do *Self* altera-se consoante a etapa de desenvolvimento que o self se encontra a atravessar, aliada à quantidade de falhas não ideais emanadas do objeto do *Self*. Todos nós vivenciamos, de acordo com a Psicologia Psicanalítica do *Self*, o que Kohut designou de “período ou fase edipiana” – uma fase não qualificável nem como normal, nem como patológica, dado perfazer um período ou fase de vida de qualquer criança. Caso a fase edipiana seja marcada pelo sofrimento devido a falha empática relativamente aos objetos do *Self* parentais, sucede o desmoronamento do self, no qual os impulsos incestuosos e destruidores e o temor aos pais são experimentados pela criança sob a forma de complexo de Édipo. As falhas empáticas dos pais podem conduzir a criança a uma

necessidade exacerbada de querer sobressair, ser perfeita e encantadora, de modo atrair a atenção dos objetos do *Self* parentais, ao mesmo tempo em que autodirige a origem pela inaceitabilidade destes a si. Assim se formam as condições ideais para o surgimento de um self-grandioso. Se, pelo contrário, a fase edipiana for ultrapassada pacificamente, ou seja, pontuada por contentamento e compreensão por parte dos objetos do *Self* parentais, a criança experimenta o “estádio edipiano”, que lhe faculta um sentimento de orgulho diante da conquista de uma etapa evolutiva do seu desenvolvimento, conferindo-lhe autoafirmação, capacidade de sentir afeição e alegria de viver, não experimentando sentimentos de conflito ou de sofrimento (Neto, 2007).

Quando Kohut emprega a expressão objetos do *Self*, fá-lo com vista a referir-se a dois tipos de objetos primordiais especulares: (1) os que funcionam enquanto espelho da criança e que, mediante elogios e admiração, lhe outorgam uma imagem do self-grandioso, e (2) o objeto parental, o qual transmite ao filho a imagem grandiosa que os pais possuem deles próprios, perfazendo, isto, a imagem parental idealizada.

Sempre que se verifica incongruência entre a imagem do *Self* e o próprio *Self*, surge um distúrbio que afeta a personalidade. A gravidade desse distúrbio é diretamente proporcional ao grau de incongruência entre a imagem do *Self* e o *Self* em si mesmo (Coutinho, 1997). O sujeito que carece de um sentido fiável de *Self* fixa-se na própria imagem idealizada, sobretudo grandiosa. É possível que essa grandiosidade se revele negativa, isto é, uma grandiosamente maligna. “A falência do narcisismo origina, como resíduo não resolvido, duas linhas paralelas de desenvolvimento, que [Kohut] denominou de self grandioso exibicionista e imagem parental idealizada” (Kohut, 1971, 1988; Stolorow & Lachmann, 1988, cit. em Suertegaray, 2007, p. 265). Tal como representado no interior do cérebro, o organismo perfaz um potencial precursor biológico daquilo que se torna explicativo do *Self*. As raízes mais profundas do self, compreendendo o self complexo que abarca as dimensões de identidade e individualidade, podem ser encontradas no conjunto de mecanismos cerebrais que, contínua e inconscientemente, atuam para manter o estado corporal circunscrito aos limites e à estabilidade relativa, necessários

à sobrevivência. Estes caracterizam, de forma inconsciente, a dimensão vivente do corpo humano, nas suas diversas vertentes. O proto-self equivale ao estado de atividade tendo em conta o conjunto desses mecanismos; é o precursor inconsciente dos níveis do *Self* que surgem na mente do sujeito enquanto protagonistas conscientes da consciência, a saber, *Self* central e *Self* autobiográfico. Se, segundo propõe a Bioenergética, corpo coincide com self, a autoimagem real (do *Self*) será forçosamente uma imagem física. Um sujeito só poderá recusar a autoimagem real se negar a realidade de um self corporificado (Neto, 2007).

Algumas das desigualdades verificadas entre as abordagens psicanalíticas e as cognitivistas prendem-se com o facto de que, ao passo que as primeiras se fundam numa metapsicologia que explica o *Ego* ou o *Self* relativamente a um aparelho psíquico interno e à presença de fenómenos mentais inconscientes, as teorias cognitivistas descrevem o *Self* como discurso, conferindo à linguagem e ao relacionamento um papel de destaque. As teorias psicanalíticas advogam que o ego ou self equivale a uma unidade interior essencial. Já a teoria cognitivista volta o seu foco de atenção sobretudo para os aspetos cognitivos, logo, não universais ou essenciais aos fenómenos psicológicos, que defendem ser estruturados pelo sujeito através dos relacionamentos que desenvolve. Deste modo, o *Self* é tido enquanto produto que advém das práticas discursivas, incidindo o foco de investigação cognitiva, particularmente do cognitivismo social, nas implicações sociais de certas formas de descrição. Finalmente, embora as teorias psicanalíticas asseverem o papel de relacionamento na aquisição do *Self*, este é usualmente encarado enquanto entidade em relação. Já o cognitivismo entende que é a relação que constitui a unidade de descrição; é na relação que as pessoas constituem a sua personalidade, isto é, o *Self* é considerado como se de uma realização retórica se tratasse, ou de um produto que emerge no contexto da ação interpessoal conjunta (Neto, 2007).

2.4. Outros modelos sobre o *Self*

Para Beck, o precursor da utilização do conceito de *Self* com vista a explicar os processos e a caracterizar a organização cognitiva na depressão, os sintomas e a vulnerabilidade à depressão são passíveis de explicação através do funcionamento e do desenvolvimento de uma representação do self menos positiva. Não se encontra explícita, todavia, a natureza destes esquemas, ou seja, a forma como se estabelecem e se organizam e o conteúdo que possuem (Guanaes & Japur, 2003). Os esquemas coincidem com estruturas cognitivas estáveis que atuam como organizadoras das experiências externas e se relacionam com os processos de codificação, avaliação, interpretação e de responsividade do sujeito ante um evento externo. Cabe aos esquemas a responsabilidade pela representação de si e do mundo. Caso estes se apresentem disfuncionais, ambas as interpretações, do mundo interno e do mundo externo estarão alteradas. É esta disfunção que marca o estado depressivo (Guanaes & Japur, 2003).

A ideia de que o *Self* corresponde a uma estrutura cognitiva supõe a existência de uma organização específica de conteúdos/constructos acerca da identidade (o *Self*). Esta organização é passível de ser definida consoante a representação do *Self* enquanto estrutura cognitiva, o que denota que os constructos estão dispostos de acordo com um nível elevado de inter-relação. Resultante desta interconexão, a ativação de um dos elementos da estrutura incrementará a acessibilidade dos elementos vizinhos, também auto-referentes. Sempre que esta análise é aplicada ao contexto depressão, torna-se mais razoável supor que o autoesquema negativo se reporta a uma autoestrutura formada por constructos negativos inter-relacionados (Cláudio, 2009). O *Self* está dependente das práticas discursivas por via das quais o sujeito confere sentido ao mundo, à realidade e aos seus próprios atos. O *Self* é percebido enquanto construção social, ou produto das trocas discursivas contextualmente situadas. Este pode ser encarado, também, como expressão da capacidade para expressar a linguagem e a narração, definindo-se a todo o tempo em que ocorre uma interação, nomeadamente por meio das formas empreendidas pelo sujeito para se autodescrever. Destacam-se três descrições sobre a natureza

discursiva do *Self*. A primeira pertence a Potter e Wetherell (1996), que propuseram uma Psicologia Discursiva. A segunda corresponde à Teoria do Posicionamento desenvolvida por Harré e Van Langenhove (1999). A terceira é a noção de *Self* Narrativo de Gergen (1994). Colocando em confronto algumas noções hegemônicas a propósito da natureza do *Self*, Potter e Wetterell (1996, cit. em Guanaes & Japur, 2003) advogam o recurso a uma Psicologia Discursiva, cujo objetivo passa por procurar entender os modos como as versões de *self* são formadas, quer por via dos relacionamentos interpessoais, quer por meio das práticas sociais por estes promovidas, quer pela forma como cada sujeito se constitui de maneiras diferentes, imanentes nas formas através das quais se descreve em certas ocasiões.

A missão analítica da Psicologia Discursiva equivale a se indagar o modo como as explicações e descrições diferentes acerca do *Self* são formuladas pelo sujeito, logo, compreende uma análise de como estas são relacionalmente formadas. Assim, segundo Potter e Wetterell (1996, cit. em Guanaes & Japur, 2003, p. 139), “um conceito basilar à compreensão de como se exprime o *Self* corresponde à noção de repertório interpretativo, que pode ser traduzido em termos sociais”. Estes repertórios confluem em “sistemas de termos usados para caracterizar e avaliar ações, eventos e fenômenos” (Potter & Wetterell, 1996, p.149, cit. em Guanaes & Japur, 2003, p. 139). Cada um de nós socorre-se de repertórios interpretativos diferentes a fim de alcançar objetivos sociais, o que se relaciona com as especificidades dos relacionamentos interpessoais nos quais nos envolvemos.

A Teoria do Posicionamento merece igualmente destaque no conjunto das propostas cognitivas que visam a compreensão da essência do *Self* e dos processos de construção da identidade subjacentes à linguagem e aos relacionamentos. Proposta por Davies e Harré (1999, cit. em Guanes & Japur, 2003), esta teoria procura perceber a especificidade das interações verbais por meio de três conceitos fulcrais: posição, força social da ação e linha de história. O conceito de posição reporta-se aos lugares sociais assumidos e negociados pelos sujeitos em contexto dialógico. Busca-se através do conceito de posição, apreciar o dinamismo que subjaz aos processos de construção de identidade,

partindo-se do princípio de que é unicamente no momento presente da interação que as diferentes posições de *Self* adquirem significado. Nesta perspectiva, os autores entendem que as pessoas se encontram constantemente envolvidas em atividades que implicam o uso do discurso, em que assumem posições face a si mesmas e aos outros, embora as formas que estes posicionamentos assumem difiram consoante o contexto. O contexto de interação é condicionado por normas sociais e pela especificidade de cada situação. Assim, quer a linha de história, quer a força social dos atos discursivos exercem uma considerável influência na dinâmica dos posicionamentos negociados entre interlocutores. A linguagem assume-se como uma prática predominantemente social. O carácter de particularidade do conceito de posicionamento reside no seu aspeto constitutivo: o *Self* é organizado nas práticas discursivas, através das posições que o sujeito negocia de modo ativo nos seus relacionamentos. Deste modo, a noção de identidade unitária é substituída pela possibilidade de se proceder a múltiplas descrições do *Self*.

Gergen (1994, cit. em Guanaes & Japur, 2003, p. 140) “serve-se da noção de *Self* narrativo para se referir às narrativas e às explicações autodesenvolvidas, mediante a organização temporal de eventos pessoais, sempre que procuram unir eventos já vivenciados, com o intuito de imaginar uma história capaz de tornar o narrador inteligível diante dele próprio e dos outros. O *Self* é arquitetado no cerne de sequências conversacionais”. Em si mesmo, o *Self* narrativo desempenha a função de uma espécie de literatura oral acerca do sujeito e por este transmitida no contexto da sociedade. Estas histórias são utilizadas com diversos propósitos sociais, enquanto recursos culturais. Entre esses propósitos destacam-se a autoidentificação, a autojustificação e a solidificação social (Gergen, 1994, cit. em Guanaes & Japur, 2003).

É no âmbito da sociedade que toma lugar a avaliação da inteligibilidade e veracidade das histórias pessoais que elaboramos, dado existirem regras que estabelecem uma “narrativa bem formada”, capaz de conferir às descrições de *Self* e de mundo que formulamos um cunho realista (Gergen, 1994, cit. em

Guanaes & Japur, 2003). De entre as qualidades essenciais à inteligibilidade das narrativas, sobressaem as seguintes: o estabelecimento de um desfecho valorizado; a seleção de acontecimentos relevantes para esse desfecho; a organização ordenada e hierarquizada de eventos relevantes, conseguida, em geral, por meio do recurso a uma sequência temporal linear; a construção de uma identidade consolidada ao longo do tempo; a determinação de conexões causais, apresentando explicações para o resultado, e o emprego de sinalética de demarcação indicativa do *continuum* narrativo, que compreende início, meio e fim (Gergen, 1994, cit. em Guanaes & Japur, 2003). As convenções sociais valoram certas descrições de *Self*, ao passo que desencorajam outras, logo, o sujeito pode sustentar certas narrativas dependentes da sua relação com os outros, que procuram ir ao encontro do socialmente aceitável e/ou que corresponde às expectativas que o sujeito deseja que os outros criem sobre ele próprio. Esta interdependência gera a formação de uma rede de identidades recíprocas, sendo que uma identidade só pode ser mantida enquanto outros apoiarem a sua construção. A presença do outro (presente ou imaginário) reveste-se de um cariz essencial, pois o desenvolvimento de uma narrativa de *Self* é sempre uma espécie de “processo de coautoria”; o “*Self* não é fundamentalmente uma propriedade do indivíduo, mas dos relacionamentos – produto do intercâmbio social. De fato, ter um *Self* com um passado e um futuro potencial não é ser um agente independente, único e autônomo, mas ser imerso na interdependência” (Gergen, 1994, p. 186, cit. em Guanaes & Japur, 2003).

Recentemente, diversos estudos e tendências teóricas vêm desafiando estas concepções de *Self*, salientando principalmente o carácter peculiar da concepção ocidental acerca do Homem. Alguns estudos propõem outras visões menos individualizantes e social e culturalmente mais direcionadas para as dimensões de construção e de localização espacial de noções como *Self*, personalidade e traços individuais, colocando em questão a índole natural e essencial destas descrições (Sampson, 1989, cit. em Guanaes & Japur, 2003). Nesta senda, muitos autores cognitivistas têm vindo a preconizar uma explicação inovadora acerca do *Self*, em que este é “considerado como

discurso, estruturação social e fruto de práticas discursivas mediante as quais cada indivíduo confere sentido ao mundo em que se insere e às suas próprias ações” (Sampson, 1989, cit. em Guanaes & Japur, 2003, p. 135). As propostas cognitivas colocam em questão a ideia de um *Self* discursivo, considerando que este conceito subentende uma espécie de *Self* “esvaziado” ou “sem conteúdo”, no qual não parece restar espaço útil capaz de incluir a experiência individual (Sampson, 1989, cit. em Guanaes & Japur, 2003, p. 135).

CAPÍTULO III – O SELF E A DEPRESSÃO

3.1. O *Self* e a depressão na escola psicanalítica

Tanto a depressão quanto o *Self* perfazem conceitos complexos e passíveis de diversas definições, mesmo tratando-se da mesma perspectiva psicodinâmica. Em consonância com a tônica que hoje, é depositada na perspectiva psicodinâmica, os conceitos de self e de depressão surgem a partir de uma perspectiva fenomenológica (Guanaes & Japur, 2003).

Entre os fatores aliados à ocorrência da depressão na vida adulta, destaca-se a exposição a fatores stressantes durante a infância, como a morte dos pais ou substitutos parentais, a privação materna e/ou paterna devido a abandono, separações ou divórcio, entre outros.

No período clássico da Psicanálise, Freud responsabilizou os traumas infantis pelo desencadeamento de neuroses na idade adulta. A extensão dos danos decorrentes do trauma variaria consoante o grau de vulnerabilidade de cada pessoa.

Freud trasladou o conceito de trauma para o plano psíquico, conferindo-lhe o significado de um abalo violento, passível de provocar uma grave rutura na barreira protetora do Ego, podendo acarretar, inclusive, perturbações duradouras na organização psíquica da pessoa. O trauma pode ser subsidiário de um único acontecimento externo ou de uma conjuntura de acontecimentos. Freud apontou também o duplo destino do trauma. De um lado, há o trauma que estrutura e organiza o Ego, possibilitando, através de eventos sucessivos, a repetição, a evocação e a elaboração. De outro, o trauma negativo, que se torna num verdadeiro entrave para o desenvolvimento do psiquismo, funcionando como um corpo estranho ou óbice que bloqueia o processo do pensar, levando, em certos casos, à total desorganização do Ego. Freud desenvolveu a hipótese de que o psiquismo é formado a partir do património genético de cada um, moldado pela relação precoce do bebé com os progenitores, revestindo-se de experiências infantis. Estas desempenham um papel crucial na resolução das etapas de desenvolvimento e na capacidade de

suportar adversidades resultantes de traumas. Para ele, a etiologia das neuroses relaciona-se com o carácter qualitativo desse património genético, que inclui a história do sujeito, à qual se somam experiências infantis e um fator traumático precipitante. Freud preconizou que esta relação precoce do bebé com a mãe se constitui de forma permanente, assumindo-se como protótipo de todas as relações posteriores, ao mesmo tempo em que funda o Ego, em construção ao longo do desenvolvimento. Perante a ameaça de afastamento da mãe, o bebé responde com ansiedade e, diante da sua perda real, com a dor do luto.

As respostas psicológicas do sujeito a longo prazo e as adversidades (como perdas na infância) são igualmente passíveis de serem estudadas no contexto da teoria da vinculação, segundo a qual, caso as necessidades da criança encontrem disponibilidade por parte do adulto, estabelecer-se-á de forma progressiva um vínculo seguro que concorre para a estruturação de um self autoconfiante, apto para enfrentar e superar situações de stress e para compreender o mundo externo de forma estável. A falta de estabelecimento de um vínculo seguro conduz à construção de um *Self* frágil, que percebe o mundo externo como hostil. Efetivamente, quanto mais jovem e, logo, dúctil, mais suscetível é o indivíduo para vivenciar eventos traumáticos.

Winnicott alerta para o imperativo de se aprofundar o entendimento acerca da depressão, partindo não de uma organização mental inconsciente, mas da relevância do significado das suas máculas. As máculas da depressão conduzir-nos-ão ao campo da psicopatologia: são elas que traduzirão a depressão enquanto entidade mórbida. De entre as impurezas da depressão, Winnicott menciona sete situações: (1) os fracassos da organização do eu em que está presente a ameaça de desintegração, o que implica que determinada organização do eu se mantém apesar dessa ameaça de desintegração; (2) os sujeitos que conservam uma estrutura de eu que consente a depressão, mas que vivenciam delírios persecutórios, anunciando a uso de fatores externos ou o recurso à memória de traumas a fim de obter alívio das perseguições internas, as quais são obscurecidas pelo humor depressivo; (3) os sujeitos que conseguem obter alívio para as tensões internas por meio da hipocondria ou de

doenças somáticas; (4) a defesa maníaca, na qual a depressão, embora exista, é negada; (5) a flutuação maníaco-depressiva; (6) o medo esquizoide e (7) a melancolia e o mau humor (Pinheiro, 2005). Assim, a estrutura do Ego assumir-se-á determinante no que respeita a aproximação, a continuidade ou a diminuição da experiência depressiva. O grau de pureza ou impureza da experiência depressiva dependerá da capacidade individual da estrutura do ego para suportar uma fase de crise, a fim de que logre alcançar a sua integração (Pinheiro, 2005).

Winnicott apresenta um padrão, uma sucessão de ocorrências relativas ao facto da criança formar atos antissociais na esperança de compelir a sociedade a retroceder junto com ela para a posição inicial do seu processo de desenvolvimento. Caso haja essa regressão, a criança poderia retornar ao período que precedeu a ocasião de privação e redescobrir o objeto bom e o ambiente humano benéfico que, poderia existir originalmente e lhe possibilitar experimentar impulsos, inclusive os destrutivos. Assim, sempre que as forças cruéis ou destrutivas ameaçam subjugar as forças do amor, o indivíduo precisa tomar uma atitude em direção a se salvar. Uma das ações que pode empreender passa por dramatizar exteriormente o mundo interior, ou seja, representar ele próprio o papel destrutivo, provocando o seu controlo por uma autoridade externa. Trata-se de uma solicitação de determinado tipo de suporte para que ele possa experienciar os sentimentos de depressão necessários a um controlo interno próprio.

Num determinado momento do seu desenvolvimento, existe a possibilidade de o bebé formar um senso de responsabilidade pessoal perante impulsos e ideias destrutivas. O sentimento de culpa constitui uma aquisição própria do crescimento, um processo essencial do desenvolvimento humano. Um longo caminho precisa ser percorrido por mãe e bebé, em conjunto, até que seja possível estabelecer a sequência agressão – culpa – reparação, o que anuncia um crescimento emocional, ou seja, uma etapa percorrida pelo bebé que vai da dependência à independência, durante a qual se destacam três momentos: dependência absoluta, dependência relativa e independência. A dependência absoluta equivale a um momento em que o bebé não dispõe de meios para

perceber os cuidados maternos; não exerce qualquer controlo sobre o bem e o mal, ainda que se encontre em posição de poder obter proveito ou de sofrer algum tipo de perturbação. A dependência relativa coincide com o momento do desenvolvimento do bebé no qual há possibilidade de constituição de um senso de responsabilidade pessoal perante a impulsos e ideias destrutivas. No momento de dependência relativa, o bebé começa a sentir a necessidade de alguns elementos do cuidado materno e pode, de modo crescente, relacioná-los com os seus impulsos pessoais. Desta forma, nos primórdios do desenvolvimento emocional, não se põe a possibilidade de haver um sentimento de culpa por parte do bebé, dado que este só pode surgir num período em que exista uma capacidade de se preocupar com o outro, que acontece no período de dependência relativa, no qual a mãe já pode ser encarada como um outro e o bebé se torna, por acréscimo, consciente da própria dependência, ou seja, toma consciência de que a mãe lhe é necessária (Pinheiro, 2005).

Winnicott, ao apresentar o valor da depressão, abre caminho para que esta doença seja examinada tendo por base um paradoxo: de um lado, há, como vimos, o reconhecimento de que a experiência depressiva acarreta riscos; de outro, existe a possibilidade de que esta possa trazer consigo, igualmente, a recuperação do sujeito. Quando subjaz à depressão a ideia de recuperação, esta encontra-se vinculada a um processo de desenvolvimento previamente estruturado por via da confiança depositada no suporte propiciado pelo ambiente na integração no Ego, dos impulsos eróticos e dos impulsos destrutivos. Verifica-se uma experiência de depressão intrínseca ao processo de desenvolvimento emocional precoce, que ocorre no período de dependência relativa. É através desta experiência que se constituem os primórdios do sentimento subjetivo de ser – o *Self*. Esta afirmação subentende que, anteriormente, bebé e ambiente coincidem. É a partir da depressão que se inicia o processo emocional em que o sujeito separa o seu *Self* do ambiente. Durante o processo de desenvolvimento emocional do bebé, o período anterior corresponde ao momento da fusão com a mãe, representando esta o ambiente no período de dependência absoluta. O processo de separação da mãe-

ambiente mostra-se paralelo ao do estabelecimento do *Self*, logo, encontra-se na origem dos processos de luto (Pinheiro, 2005).

O sentido de *Self* revela-se fundamental no contexto de experiências de depressão, dado que esta patologia envolve sempre uma distorção fundamental do *Self*. As distorções no sentido de self traduzem-se, muitas vezes, numa expressão ou defesa contra a depressão. Várias formas de narcisismo são passíveis de constituírem defesas contra a depressão (Blatt & Lerner, 1983). A relação entre depressão e distorções, ou deficiências, no sentido do *Self*, revela-se complexa, multidimensional, além de poder ocorrer em vários níveis de desenvolvimento. Podem articular-se, pelo menos, três níveis de desenvolvimento na evolução do senso de *Self*. A qualidade do sentimento sobre si próprio detida pelo indivíduo com depressão, a experiência rudimentar e o nível introjetivo do *Self* são expressos, com frequência, em dois tipos de experiências depressivas, a saber: sentimentos de solidão e abandono (característicos da depressão anaclítica) ou sentimentos de autocritica e de ausência de autoestima (frequentes na depressão de tipo introjetivo). A este propósito, para Blatt (2008, cit. em Junqueira, 2010, p. 19), o “nível de maturidade do funcionamento psicológico pode ser definido como a capacidade para estabelecer e manter uma integração eficaz dos níveis superiores de ambas as dimensões anaclítica e introjetiva”. De acordo com o autor, “é o desenvolvimento simultâneo de um sentido de *Self* e de uma capacidade de aprofundamento de relações interpessoais íntimas e recíprocas, que estabelece um *Self-em-relação*, que constitui um objectivo fundamental no desenvolvimento psicológico”.

Klein defende que o sofredor de depressão é alguém que não estabeleceu bons objetos internos e que não se sente suficientemente seguro no seu mundo interno diante de uma perda externa. No humor depressivo, diferencia-se a preponderância de derivados de impulsos agressivos; verifica-se uma fusão do *Self* e da representação objetal dentro do Ego e do Superego, despertando-se a ofensiva de um superego patológico, sádico, idealizado, sobre um *Self* fusionado e consideravelmente desvalorizado. A capacidade para uma tristeza reparadora não está presente, visto que o objeto e a sua

representação estão desvalorizados e unidos à representação desvalorizada do *Self*. Jacobson confirma o predomínio de conflitos orais sádicos e da intensa dependência de objetos amados, odiados e idealizados; propõe, ainda, que as principais ansiedades e conflitos na depressão equivalem ao medo do abandono do objeto e das consequências de uma eventual agressão a ele dirigida (Pinheiro, 2005). Bleichmar (cit. em Blatt & Lerner, 1983) descreve a essência dos transtornos depressivos enquanto sensação de impotência e desesperança ante a realização de um desejo ao qual o sujeito está profundamente preso, que confere um colorido particular a toda a autorrepresentação: o *Self* vê-se como inferior, inapto, débil, impotente e intimidado.

3.2. O *Self* e a depressão na escola cognitivista

De acordo com Beck (1967), havendo depressão, os esquemas mentais são controlados pelas dimensões negativas do *Self*. Estes esquemas são idiossincráticos, almejam por objetivos inalcançáveis, sustentam atitudes disfuncionais e, em resultado, geram viés no processamento de informação, apresentando uma rigidez considerável e são aceites pelo sujeito de um modo inquestionável. No contexto da depressão, o conteúdo destes esquemas refere-se a características disfuncionais e negativas, subsidiárias das representações negativas que o indivíduo projeta de si e do mundo, de convicções particulares sobre um self negativo e depreciado, de disposições disfuncionais, de abstrações e de hipóteses limitadas de valor negativo sobre o self e o meio. Existe, assim, uma tríade cognitiva negativa que está presente na depressão, traduzida numa visão negativa que o sujeito possui de si próprio, sendo o *Self* encarado como frágil ou inapto para atingir os objetivos, sendo o mundo, percebido como assustador. O futuro é olhado com ausência de esperança, alimentando a continuidade da tristeza vivenciada pelo sujeito. É a tríade cognitiva negativa que conduz o sujeito deprimido a fazer uma autoavaliação negativa (Moniz, 2007).

As alterações no processamento de informação do indivíduo com depressão associam-se intimamente à representação dos aspetos negativos do *Self* e,

como consequência, a um processo de triagem de aspetos negativos e de respostas que assumem o mesmo registo. As alterações mencionadas desencadeiam diversas implicações: (1) distorções cognitivas, podendo assumir a forma de inferências arbitrárias, implicando o descobrir de uma conclusão específica na ausência de evidências que a sustentem; mesmo quando se manifestam contraditórias, podem sobrevir de duas maneiras, por via de uma suposição da avaliação negativa que os outros fariam sobre o próprio, ou por uma antevisão negativa de uma ocorrência; (2) abstração seletiva, em que o sujeito apura um certo pormenor, em consonância com as suas crenças, habitualmente de cariz negativo; (3) hipergeneralização, na qual o sujeito formula uma regra ou uma conclusão geral, fundada em diversos eventos isolados, que depois converte para a leitura de um grande número de situações relacionadas ou não com os eventos originais, habitualmente emergindo em avaliações negativas do self, que facilitam o concluir arbitrariamente a ocorrência constante de um acontecimento negativo; (4) maximização e minimização, em que o sujeito amplifica o valor do acontecimento negativo, ao passo que minimiza os acontecimentos positivos; (5) personalização, em que o sujeito autorreferencia eventos externos, embora sem evidência para que o pudesse fazer, e (6) pensamento dicotómico, em que o sujeito divide os acontecimentos em duas classes opostas, a negativa e a positiva (Cláudio, 2009).

A depressão associa-se a um esquema mais precoce de perda, a partir do qual outros esquemas são ativados. No indivíduo com depressão, observa-se uma organização cognitiva assente num esquema mais primitivo, que se desenrola, por sua vez, em cinco esquemas: (1) um esquema cognitivo conceptual associado a uma perda real ou a uma ameaça de perda; (2) um afetivo, que equivale à representação da tristeza ou da alteração de humor; (3) um fisiológico, que se prende com o cansaço; (4) um comportamental, que coincide com a representação da perda de atividade e de uma necessidade de isolamento e (5) um motivacional, relacionado com anedonia ou com a perda de objetivos e o conseqüente sentimento de desamparo. Estes cinco esquemas, juntamente com o automatismo característico do esquema precoce,

são responsáveis por impossibilitar a remodelação da visão trágica do *Self* e do mundo no indivíduo deprimido (Moniz, 2007). Os esquemas do *Self* encerram três funções: (1) a informação negativa aliada com o *Self* mostra-se mais eficaz e manifesta uma facilidade maior de processamento e de invocação, logo, exerce um papel nuclear neste processamento de informação por parte do sujeito deprimido; (2) a avaliação negativa das realizações do sujeito acarreta uma baixa autoestima (Beck, 1979); (3) os esquemas negativos do *Self* tendem a dominar todos os momentos do processamento de informação (Vidal & Lowenkron, 2008). Outro fator que concorre para que se criem condições de vulnerabilidade à depressão consiste na existência de esquemas disfuncionais, estruturados em períodos muito precoces da vida do sujeito, que, embora permaneçam inativos, na idade adulta podem ser despertados por um acontecimento externo, contribuindo para dar início a um processo de depressão. O conceito de esquema precoce desadaptativo foi proposto por Young (1990). Estes esquemas traduzem-se em convicções inflexíveis que facilitam a interação com o meio e que reclamam a sua origem à vivência da criança no tocante à relação com as figuras cuidadoras. Apesar de desadaptados noutros contextos, estes esquemas são passíveis de serem funcionais, ou seja, adaptados no contexto familiar (Cláudio, 2009). Os esquemas podem tender, posteriormente, a tornar-se obstruídos. Na vida adulta, um dado evento externo, ou a interpretação deste, pode reacender esse esquema desadaptativo, provocando uma resposta do sujeito sob a forma de sintoma (Cláudio, 2009). A conservação dos esquemas no adulto relaciona-se com a diminuição do conflito no processamento de informação (Cláudio, 2009).

Young (1990) ponderou a existência de quatro experiências precoces associadas à formação de esquemas desadaptativos: (1) experiências relacionadas com uma qualidade baixa no suprimento das necessidades da criança, sendo os esquemas passíveis de surgir da privação emocional e do abandono; (2) ocorrência de eventos conducentes a um processo traumático na criança, sendo os esquemas associados a desconfiança/ abuso, a efectividade/ vergonha e a vulnerabilidade ao prejuízo; (3) na relação com as figuras prestadoras de cuidado, a circunstância de a criança ser privada do

desenvolvimento dos processos independentes e do estabelecimento de limites adequados, sendo os esquemas desadaptativos associados a estas experiências, a dependência, incompetência ou o arrojo/ grandiosidade, e, finalmente, (4) a situação de a criança estabelecer um processo seletivo de identificação com uma das figuras parentais, reproduzindo o comportamento dessa figura ou assumindo, pelo contrário, um papel oposto, sendo o esquema desadaptativo associado a privação emocional. (Cláudio, 2009)

Existem ainda outros dezasseis esquemas desadaptativos precoces, que foram hierarquizados e segmentados em seis domínios, sendo o primeiro, o domínio de instabilidade/ separação, associado a uma expectativa negativa do sujeito perante o papel das relações no que concerne ao apoio, à segurança e à estabilidade, permanecendo comprometido o estabelecimento de vínculos adequados com os outros. Nesta área, contam-se três esquemas precoces: o abandono, em que o sujeito pensa não receber suporte emocional da parte das pessoas significantes, ou porque estas são incapazes de o fazer ou porque morrem; a privação emocional, em que o sujeito crê ser impossível obter o afeto de que necessita; a desconfiança, em que o sujeito desconfia dos outros porque receia que estes, de alguma forma, o maltratem, manipulem ou abusem dele (Young, 1990).

O segundo é o domínio do enfraquecimento da autonomia, associado às expectativas do sujeito diante das aquisições do seu processo de autonomia, em que se regista uma alteração na avaliação das suas capacidades e das expectativas acerca do seu desempenho e das solicitações externas, bem como uma imensa dificuldade em balizar objetivos e em assumir comportamentos que possibilitem os processos de individualização exteriormente do do contexto familiar. Também esta área engloba três esquemas desadaptativos: a dependência funcional, em que o sujeito se julga inapto para gerir o seu quotidiano; a vulnerabilidade ao prejuízo ou à doença, caracterizada pelo medo desproporcionado perante a eventualidade de uma ocorrência catastrófica; a dependência emocional, em que o sujeito reclama por um envolvimento emocional excessivo, porque considera que só assim poderá resistir ou sentir-se bem (Young, 1990).

O terceiro domínio, o da indesejabilidade, está aliado ao facto de o sujeito se julgar indesejável a todos os níveis. Neste caso, os três esquemas desadaptativos abrangidos por este domínio correspondem à deficiência, em que o sujeito crê na impossibilidade de ser amado em virtude de ter uma deficiência interna; à indesejabilidade social, em que o indivíduo acredita possuir defeitos externos capazes de afastar os outros, e ao fracasso na realização, em que a pessoa se convence de que irá falhar em todas as realizações empreendidas, dado que se vê inferior aos outros (Young, 1990).

O quarto domínio, o da redução da autoexpressão, relaciona-se com a inibição emocional, na qual o sujeito cria regras extremamente inflexíveis, sendo também assinalado pela inibição e pelo controlo continuado sobre as manifestações espontâneas de afetos ou de escolhas, vivenciando, deste modo, um impedimento perante a prática de atividades lúdicas e diante da busca pela obtenção de prazer. Os dois esquemas desadaptativos equivalem à subjugação, na qual o sujeito admite que deveria colocar em segundo plano os seus desejos em prol dos desejos dos outros; a inibição emocional, em que o sujeito crê que, se expressar emoções, causará mal-estar nos outros (Young, 1990).

O quinto domínio é o de redução da gratificação, caracterizado por uma hipervalorização de aspetos mais relacionados com o dever, em detrimento dos aspetos mais positivos e prazenteiros, na qual a necessidade de agradar ao outro leva a uma rejeição de si e das suas próprias necessidades para segundo plano; nesse sentido, o sujeito acredita que só inibindo quem é ou aquilo que precisa, poderá ser digno do amor do outro e evitar o conflito. Este domínio agrupa três esquemas desadaptativos: o autossacrifício, em que o sujeito enfatiza demasiado aquilo que considera ser o seu dever moral ou o cuidado para com os outros; o padrão rígido, em que o sujeito impõe a si próprio padrões de ação inatingíveis, e o negativismo, em que o sujeito se julga incapaz de se precaver perante os aspetos negativos do mundo (Young, 1990). Por último, o sexto domínio, o enfraquecimento dos limites, alia-se às dificuldades ao nível do estabelecimento de limites nas relações com o outro, à autodisciplina e ao autocontrolo emocional, em que existe uma ausência de

marcos internos que dificultam o autocontrolo e a resistência à frustração, inibindo um relacionamento apropriado com os outros devido à ausência de mecanismos de reciprocidade, de compreensão e de aceitação dos direitos alheios. Contém este domínio dois esquemas desadaptativos: o ignorar do direito do outro, em que o sujeito considera possível promover uma ação sem ter os outros em consideração, e o défice de autocontrolo (Young, 1990).

Tendo como base o que até agora foi referido, poder-se-á asseverar que os pensamentos negativos automáticos encontram a sua causa nos enviesamentos e no processamento de informação do *Self* por atuação dos esquemas mentais. O que distingue a estrutura cognitiva das pessoas com depressão da estrutura cognitiva dos que não padecem desta patologia passa pela preponderância de um autoesquema negativo que irá enviesar todo o processamento de informação autorreferente, a fim de o tornar coerente com esta estrutura cognitiva. O esquema do *Self* perfaz, assim, uma organização cognitiva constituída por representações mnemónicas de autodescrições ou autoatribuições. Sempre que um elemento desta representação é estimulado, desenrola-se a ativação dos outros elementos. Esta inter-relação entre os elementos encaminha o sujeito para a subsistência do processo de autoavaliação, num registo consciente, mesmo quando as condições que desencadearam esse processo já se tenham suspenso (Cláudio, 2009).

3.3. Estudos empíricos

Convém realçar que alguns estudos sobre a depressão vieram mostrar que as estruturas cognitivas subjacentes ou inativas são despertadas durante episódios depressivos, o que pode indicar que os esquemas distorcidos do *Self* se encontram na génese desta patologia. Outras investigações indicam que os indivíduos que possuem estruturas negativas relativas à autoconfiança se revelam mais propícios ao desenvolvimento de distorções cognitivas depressivogénicas, o que se relaciona diretamente com os esquemas do *Self*.

De um modo geral, a investigação em matéria de depressão aponta para a circunstância de os conteúdos da representação do *Self* se apresentarem negativos e disfuncionais aquando desta doença (Strauman & Kolden, 1997). A principal diferença entre doentes com depressão e pessoas que não sofrem desta patologia reside não somente no conteúdo mais negativo dos pensamentos ou nos vínculos mais fortes entre elementos negativos, mas na prevalência permanente de interligações entre os elementos autorreferentes (que contêm um conteúdo negativo, no caso do indivíduo com depressão) (Strauman & Kolden, 1997).

Os estudos empíricos com amostras clínicas têm demonstrado que os pacientes depressivos acusam uma autodescrição mais entristecida, um nível mais baixo de desenvolvimento e de diferenciação do *Self* e realizam uma autodescrição mais breve, apresentando um quadro mais grave nessa autodescrição. Segundo Evans (2005), os pacientes têm vindo a manifestar uma relação significativa entre cognições negativas, autoestima baixa e pessimismo preponderante, existindo uma correlação entre o estilo atribucional negativo e os sintomas depressivos elevados.

Mais especificamente, para Blatt e Zuroff (1992), autoestima e autocompetência associam-se a sintomas depressivos, sendo que os pacientes depressivos dependentes manifestam uma preocupação maior perante a possibilidade de sofrerem abandono e solidão, raiva, comportamentos impulsivos e atitudes suicidas. Já os pacientes autocríticos isolam-se socialmente, mostram-se envolvidos de um modo crítico no trabalho; veem-se fracassados; manifestam-se ansiosos e agitados; alimentam um medo de perda de controlo e procedem a tentativas de suicídio bastante graves e violentas (Blatt & Zuroff, 1992).

Em 1997, Fernandes e Gonçalves estudaram, junto de uma amostra de pacientes deprimidos e de pacientes agorafóbicos, a construção da mudança pessoal e verificaram diferenças significativas entre os dois tipos de doentes. Corroboraram as diferenças estruturais defendidas por Guidano (1987), dado que constataram que, ao passo que a organização depressiva se desenvolve por via da elaboração de um sentido de perda, desvalorização e rejeição, a

agorafobia alicerça-se em sentimentos de fragilidade e vulnerabilidade limitativa e incapacitante perante a ideia de perigo iminente.

Junqueira (2010) analisou um grupo de 100 idosos de ambos os sexos (65-89 anos) tendo em conta os parâmetros (1) dimensão depressiva da personalidade (mais dependente ou mais autocrítica); (2) autopercepções de envelhecimento e (3) a relação entre a dimensão depressiva da personalidade, bem como a percepção que o idoso tem acerca do seu processo de envelhecimento. Concluiu que as senhoras manifestam mais dependência do que os homens, embora essa diferença não se mostre significativa. Não verificou variações de dependência e autocriticismo em função da idade. Quanto à percepção do envelhecimento, as autopercepções revelaram-se predominantemente positivas, independentemente do género. Porém, os resultados da mostram que esta percepção tende a tornar-se menos adaptativa e positiva em função da idade. Os resultados atestam que os indivíduos com personalidades mais dependentes revelam um maior sentido de controlo sobre vivências negativas.

Sacoto (2010) estudou as experiências depressivas da personalidade segundo Blatt e o autoconceito em mulheres com mais de 60 anos e, utilizando o Questionário de Experiências Depressivas (QED) de Sidney Blatt et al. (1979) e o Inventário Clínico de Autoconceito (ICAC) de Vaz Serra (1986) e os resultados desta investigação mostraram a estabilidade do autoconceito e dos seus fatores, a tendência para a diminuição do Autocriticismo e para o aumento da Autoeficácia e a Aceitação Social; predominou, na amostra, uma tendência para a capacidade de resolução de problemas, enquanto provável fator de proteção.

Almiro e Lucas (2011), baseados nas conceptualizações de Beck, Lazarus e Vaz-Serra, enveredaram por um estudo cujo objetivo foi conhecer as relações entre a intensidade da depressão, as dimensões de sociotropia e de autonomia da personalidade que caracterizam a vulnerabilidade cognitiva para a depressão, bem como o tipo de estratégias de coping implementadas pelos sujeitos na resolução de problemas (neste caso, uma amostra de 60 senhoras). Da amostra, metade dos sujeitos sofriam de depressão major e a outra metade

não sofria de doença depressiva. Aplicaram três escalas de avaliação psicológica: o BDI, a Escala de Sociotropia-Autonomia de Beck (SAS) e o Inventário de Resolução de Problemas de Vaz Serra (IRP). Tendo sido confrontados os resultados dos dois grupos, concluíram que as estratégias de coping implementadas pelos sujeitos não deprimidos se mostram mais eficazes do que as que empreendidas pelos que padecem desta patologia. Os autores verificaram que a personalidade influencia o tipo de estratégias adotadas: os sujeitos predominantemente autônomos apresentam uma maior adaptabilidade nas estratégias que empregam na expansão do stress do que os preponderantemente sociotrofos.

No tocante às narrativas de vida elaboradas por pacientes com depressão, Sousa e Cruz (2008) procuraram identificar as características específicas das narrativas de vida dos últimos 5 anos de sujeitos deprimidos e analisar, “em espelho”, as discrepâncias apresentadas relativamente a narrativas semelhantes de sujeitos não deprimidos. A partir de uma amostra de 20 sujeitos, 10 com depressão e os outros 10 sem esta doença, que produziram uma narrativa sobre a história da sua vida nos últimos 5 anos, puderam constatar que as narrativas dos deprimidos se diferenciavam das do grupo de controlo, dado que transpareciam um maior número de referências a eventos negativos, sendo os mais frequentes a vivência da doença, o fim de uma relação amorosa, a morte de um ente querido e as emoções negativas associadas. Estes acontecimentos foram narrados em tom pessimista. Os deprimidos realizaram atribuições de sentido internas, estáveis e globais face a ocorrências negativas e atribuições externas, instáveis e específicas para os eventos positivos.

Relativamente ao autoconceito e ao self, Costa (2002), apoiada no modelo de L'Écuyer (1978), debruçou-se sobre o tema do autoconceito no trabalho, tendo analisado uma amostra de 607 sujeitos (294 mulheres e 305 homens). Através de duas amostras de bancários, uma de 19 e outra de 7 indivíduos, chegou à conclusão de que a depressão lhes surge quando afastados do trabalho, em consequência das limitações provocadas, sendo os principais sintomas apresentados a tristeza profunda, a falta de interesse por sair de

casa, a diminuição do prazer, a necessidade de isolamento e o sentimento de inutilidade.

Hatamoto (2008) explorou a relação entre vulnerabilidade ao stress e a autoestima em ambiente organizacional. Para isso, partiu de uma amostra 196 colaboradores de uma empresa de engenharia e, servindo-se da Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* no Trabalho (EVENT) e da Escala de Autoestima de Rosemberg (AE), chegou à conclusão de que quanto maior a for vulnerabilidade ao stress, menor será a autoestima.

Claudio (2009) partiu de uma amostra de 42 indivíduos com Depressão Major e, servindo-se de vários instrumentos: Entrevista Estruturada (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*), Escala da Depressão de Hamilton, Inventário da Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade Estado e Traço de Spielberger e Questionário de Esquemas), concluiu que no domínio de esquemas desadaptativos os resultados vêm reforçar a crenças do que o deprimido possui, efetivamente, um *Self* negativo.

Maia (2000, p. 41), numa revisão dos estudos empíricos sobre os conteúdos e processos cognitivos da depressão – nomeadamente os de Roth e Rehm (1980); Bradley e Mathews (1983); Clifford e Helmsley (1987); Derry e Kuiper (1981); Teasdale e Dent (1987); Dobson e Shaw (1987); Greenberg e Alloy (1989); Segal, Hood, Shaw e Higgins (1988) e Segal e Vella (1990) –, dá-nos conta de que, no que concerne ao teste da autodescrição (no qual é pedido ao sujeito que selecione, de entre um grupo de adjetivos, os que mais se lhe adequam), tem vindo a verificar-se que os deprimidos tendem a escolher adjetivos mais negativos para se descreverem relativamente aos sujeitos com humor normal. Ainda de acordo com a mesma autora, os deprimidos diferenciam-se dos não deprimidos no que respeita a conceção que possuem de si próprios, sendo que os primeiros, de acordo com Roth e Rehm (1980), ao se auto-observarem em situações de interação social, tendem para a sobrestimação de comportamentos negativos, subestimando, conseqüentemente, os positivos. Tendem, outrossim, a remeter os seus fracassos para a sua incompetência – atribuição interna, global e estável –, ao passo que os indivíduos não deprimidos associam esses insucessos a

dificuldades inerentes à tarefa – atribuição externa, específica e instável. Já os sucessos são atribuídos pelos deprimidos ao carácter de facilidade da tarefa, enquanto os não deprimidos os associam à sua competência (Rizley, 1978; Klein, Fencil-Morse & Seligman, 1976; Abramson, Seligman & Teasdale, 1978; Kuiper, 1978 e Seligman, Abransom, Semmel & Bayel, 1979, cit. em Maia, 2000, p. 41). Maia (2000, p. 41) sintetiza que os resultados apurados em estudos acerca dos conteúdos cognitivos das pessoas deprimidas nos conduzem à conclusão de que predominam avaliações muito mais negativas sobre a forma como aquelas se vêem a si próprias e encaram as suas vidas relativamente a indivíduos com humor normal.

Campos (2006) estudou representações do *Self* e depressão. Neste estudo, participaram 390 estudantes universitários, cuja idade variou entre os 18 e os 55 anos. Foram utilizados como instrumentos o Inventário de Traços Depressivos (ITD), Diferencial Semântico e a Versão Portuguesa do Inventário de Depressão de Beck- II (BDI- II). Os resultados deste estudo mostram que os depressivos apresentam uma baixa auto-estima e um auto-conceito negativo. Assim, os depressivos sentem-se e vêem-se como desadequados e inferiores aos outros. Os depressivos ou os indivíduos que apresentam traços depressivos, demonstram uma representação do *Self* mais negativa, sendo que vêem-se como menos “bons”, menos potentes e menos ativos.

PARTE II-ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO IV – OBJETIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

Dado que a depressão representa a segunda doença mental mais prevalente na clínica médica mundial, torna-se imperioso o esforço investido em compreender mais profunda e plenamente o funcionamento psíquico dos indivíduos deprimidos. Traduz-se crucial, outrossim, tentar compreender a imagem de si, de quem sofre desta patologia, compreender como o depressivo se vê a si próprio.

Como já se aferiu no capítulo I, a depressão é, atualmente, reconhecida pela investigação enquanto o fenómeno clínico de maior incidência na população (Moraes, 2005) e a Psicopatologia equivale a um domínio em desenvolvimento, visto que o volume de pesquisa científica consagrado a esta doença corresponde anualmente a cerca de 3000 estudos (Wolpert, 2003, cit. em Moraes, 2005). Porém, apesar de a depressão representar, porventura, a patologia psiquiátrica mais estudada mundialmente (Moniz, 2007), a verdade é que pouco se sabe concretamente e sem margem para dúvidas acerca da etiologia das doenças, como é o caso da depressão (Montgomery, 1995, cit. em Moniz 2007). Observámos, no capítulo anterior, que alguns estudos comprovam que as estruturas cognitivas subjacentes ou inativas são despertadas durante episódios depressivos; outros apontam para o facto de os indivíduos que possuem estruturas negativas de autoconfiança se revelarem mais propícios ao desenvolvimento de distorções cognitivas depressivogénicas. Vimos que, de um ponto de vista geral, a investigação que se tem debruçado sobre o estudo da depressão indica que os conteúdos da representação do *Self* se mostram negativos e disfuncionais aquando da presença desta doença (Strauman & Kolden, 1997). Todavia, mesmo perante a emergência crescente de diversos estudos empíricos nesta matéria, o *Self* e a relação que efetivamente existe entre este e a depressão perfaz um tema que, ao não ser muito estudado em comparação com outras questões, carece de uma maior atenção. Podemos inclusivamente afirmar que há caminho por desbravar em direção a compreender mais aprofundadamente o paciente deprimido e as

características que apresenta, nomeadamente a forma como se representa a si próprio.

O estudo que aqui se expõe procura, então, consolidar que, como o preconizam diversos autores (e.g., Winnicott, Blatt, entre muitos outros), que existe uma ligação entre o *Self* e a depressão. Como nos foi oportuno verificar no capítulo III da presente dissertação, entre os autores que, nos seus estudos, estabeleceram esta ligação entre o *Self* e a depressão está, desde logo, Freud. Vimos que, para ele, a relação primitiva do bebé com a progenitora constitui-se de modo imutável, manifestando-se enquanto protótipo de todas as relações que este posteriormente estabelecerá, fundando, simultaneamente, o Ego (em desenvolvimento contínuo). Portanto, diante do sinal de afastamento da mãe, o bebé reage com ansiedade e, perante a sua perda efetiva, com o sofrimento. À luz da teoria da vinculação, caso as necessidades da criança encontrem disponibilidade por parte do adulto, estabelecer-se-á progressivamente um vínculo seguro, o qual contribui para a estruturação de um *Self* autoconfiante, capaz de enfrentar e de superar eventos de stress, bem como de apreender o mundo externo de forma estável. Enquanto acontecimentos de vida stressantes aos quais ninguém está imune, podemos entender, por exemplo, a perda não apenas “de entes queridos mas também de bens e/ou propriedades, a existência de doença grave na família, as dificuldades económicas e mudança de habitação (Davies, 1996; Kraaij & Wilde, 2001; Ballesteros; Hyer et al., 2005)” (Loureiro, 2009, p. 78). A ausência, na infância, do estabelecimento desse vínculo seguro leva a criança à construção de um *Self* débil que irá percecionar o mundo externo enquanto ambiente nocivo e ameaçador. Já, para Winnicott, existe uma experiência depressiva intrínseca ao processo de desenvolvimento emocional primitivo, no período de dependência relativa. Através desta experiência dá-se início ao sentimento subjetivo de ser, isto é, o *Self*. O processo de separação da mãe-ambiente vivido pelo bebé revela-se paralelo ao do estabelecimento do *Self*. Segundo Blatt – e para reiterar um último exemplo –, o sentido de *Self* traduz-se basilar no contexto de experiências de depressão, dado que esta abarca sempre uma distorção fundamental do *Self*. A ligação entre a depressão e as distorções, ou

deficiências, no sentido do *Self* mostra-se complexa e multidimensional, além de que pode ocorrer em vários níveis do desenvolvimento. A qualidade do sentimento sobre si mesmo que o deprimido detém, a experiência rudimentar e o nível introjetivo do *Self* são frequentemente expressos, a ver deste autor e dos seus colegas de investigação, em dois tipos característicos de experiências depressivas, nomeadamente: sentimentos de solidão e abandono, que são próprios da depressão anaclítica, e sentimentos de autocrítica e de ausência de autoestima, muito usuais na depressão de tipo introjetivo.

Tendo presentes estes e outros importantes auxílios para o conhecimento da depressão e da natureza da relação desta com o *Self*, este estudo visa, por outras palavras, dar um contributo para a compreensão de como o sujeito depressivo se vê a si próprio, ou seja, a imagem que o indivíduo deprimido possui dele próprio, dado que a imagem que cada um tem de si mesmo (o seu *Self*) se traduz extremamente relevante. É esta imagem que irá influenciar a intensidade dos sintomas da depressão, visto que uma imagem mais negativa resultará num nível de depressão mais elevado. Por outro lado, sempre que é diagnosticada uma depressão, existe forçosamente uma distorção do *Self*, como advoga Blatt e já pudemos constatar. Torna-se, deste modo, extremamente pertinente procurar perceber melhor até que ponto esta distorção afeta o indivíduo e se afeta todos os indivíduos que sofrem desta patologia da mesma forma.

Assim, o presente estudo possui como objetivo cimeiro o que, em seguida, se enunciam:

- 1) Tentar compreender como os indivíduos com depressão se vêem a si mesmos, como se representam a si mesmos; conhecer a estrutura do seu *Self* e a relação entre dois tipos de experiências depressivas propostas por Blatt;

O presente estudo contou, como participantes, com indivíduos de nacionalidade portuguesa de idade compreendidas entre os 24 e os 57 anos, de ambos os sexos, inscritos no Centro de Saúde de Almeirim, que apresentassem diagnóstico de depressão.

Os instrumentos utilizados foram a Avaliação da Representação do *Self*, Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) e o

Questionário de Experiências Depressivas (QED). A Avaliação da Representação do Self é um método que consiste em pedir aos indivíduos, através de um procedimento relativamente não restrito, que se descrevam a si mesmos, tendo o indivíduo liberdade para escrever o que quiser sobre a sua pessoa numa folha branca, durante um tempo máximo de 5 minutos. A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977), desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos do National Institute of Mental Health, Rockville, nos Estados Unidos da América, na versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2003), que consiste num instrumento, composto por 20 itens, de rastreio de perturbação depressiva e na avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva. E por último, o Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976, 1979), é composto por 66 itens construído para medir experiências depressivas (Blatt & Zuroff, 1992), construído com o propósito de medir experiências depressivas, ou seja medir a dependência e o auto-criticismo, ou as dimensões anaclítica e introjetiva da personalidade.

- 2) Várias hipóteses para o primeiro objetivo;
 - a) Espera-se uma correlação significativa entre auto-criticismo medido pelo QED, a depressão medida pelo CES-D e o modo de descrição nível conceptual;
 - b) Espera-se uma correlação significativa entre auto-criticismo medido pelo QED, a depressão medida pelo CES-D e a variável cognitiva auto refletividade;
 - c) Espera-se uma correlação significativa entre auto-criticismo medido pelo QED, a depressão medida pelo CES-D e a variável cognitiva diferenciação e integração;
 - d) Espera-se uma correlação significativa entre auto-criticismo medido pelo QED, a depressão medida pelo CES-D e visão do self negativo/positivo;
 - e) Espera-se uma correlação significativa entre auto-criticismo medido pelo QED, a depressão medida pelo CES-D e visão do self auto-critico;
 - f) Espera-se uma correlação significativa entre auto-criticismo medido pelo QED, a depressão medida pelo CES-D e a variável afetiva ansiedade;

- g) Espera-se uma correlação significativa entre auto-criticismo medido pelo QED, a depressão medida pelo CES-D e a variável afetiva depressão sobre o self;
- h) Espera-se uma correlação significativa entre dependência medida pelo QED e o modo de descrição nível conceptual;
- i) Espera-se uma correlação significativa entre dependência medida pelo QED e a variável cognitiva auto refletividade;
- j) Espera-se uma correlação significativa entre dependência medida pelo QED e variável cognitiva diferenciação e integração;
- k) Espera-se uma correlação significativa entre dependência medida pelo QED e a visão do self negativo/positivo;
- l) Espera-se uma correlação significativa entre dependência medida pelo QED e a visão do self auto-critico;
- m) Espera-se uma correlação significativa entre dependência medida pelo QED e a variável afetiva ansiedade;
- n) Espera-se uma correlação significativa entre dependência medid pelo QED e a variável afetiva depressão sobre o self.

CAPÍTULO V – METODOLOGIA

5.1. Participantes

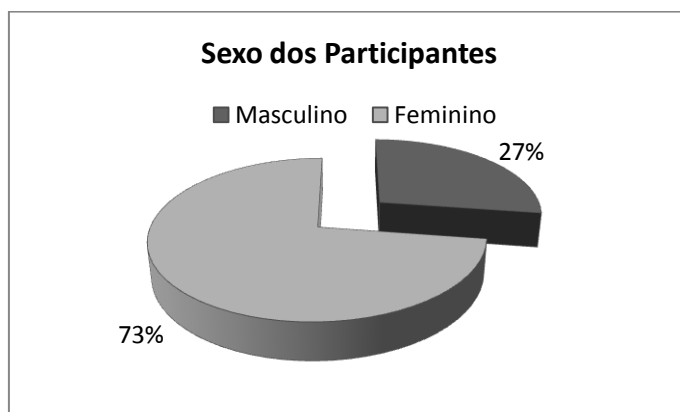
O presente estudo contou, com uma amostra de conveniência de 33 indivíduos com depressão, de nacionalidade portuguesa de idade compreendidas entre os 24 e os 57 anos, (Média=40,6;Desvio-Padrão=10,2) de ambos os sexos (27% do sexo masculino e 73% do sexo feminino), inscritos no Centro de Saúde de Almeirim.

A participação destas obedeceu ao seguinte critério de inclusão: foram apenas escolhidos pacientes cujo diagnóstico médico referisse a presença de depressão.

A fim de efetuarmos uma caracterização sociodemográfica que nos permitisse conhecer melhor os participantes neste estudo, foi construído e aplicado um questionário com perguntas fechadas.

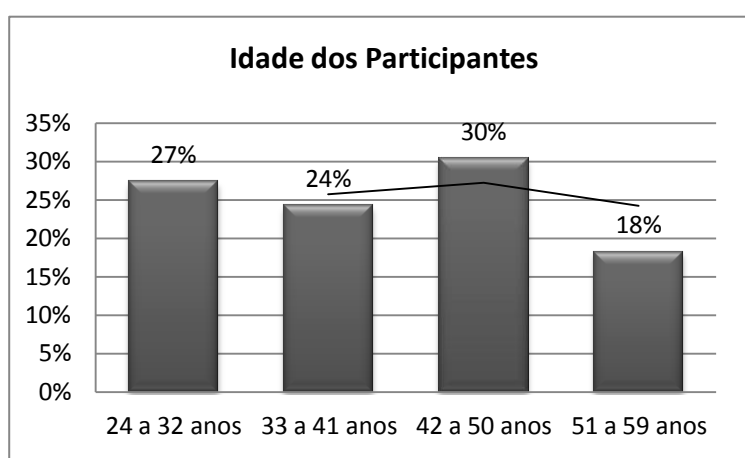
Apesar do nosso intuito de recolher uma amostra equilibrada quando ao sexo dos participantes, a qual nos pudesse permitir uma comparação entre géneros, apenas nos foi possível obter um grupo menos equilibrado quanto ao género, sendo a amostra composta por 73% de participantes do sexo feminino e 27% do sexo masculino, como podemos verificar no Gráfico 1, a seguir:

Gráfico 1 Distribuição dos sujeitos da amostra por sexo



No tocante à caracterização etária dos participantes, foram estipulados quatro grupos etários, a saber: sujeitos entre os 24 e os 32 anos; entre os 33 e os 41 anos; entre os 42 e os 50 anos e entre os 51 e os 59 anos, conforme pode ser verificado no Gráfico 2, abaixo:

Gráfico 2 Distribuição dos sujeitos da amostra por grupo etário

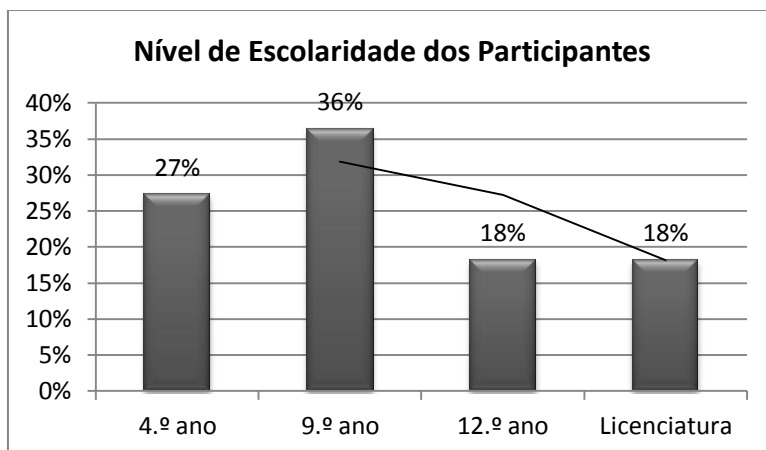


Como é possível observar no gráfico anterior, a maioria dos pacientes deprimidos estudados encontra-se no grupo etário entre os 42 e os 50 anos, com 30,3%, seguidos do grupo mais jovem, entre os 24 e os 32 anos de idade, com 27,3%. Com uma percentagem de 24,2%, estão os indivíduos com entre 33 a 41 anos. Por fim, a minoria dos deprimidos estudados, pertencentes ao grupo etário mais velho com entre 51 a 59 anos de idade, apresentou uma percentagem de 18,2%.

Quanto ao nível de escolaridade dos participantes, a amostra apresenta-se heterogénea, não se registando casos de analfabetismo. Dos indivíduos estudados, a maioria, 36,36%, completou o 9.º ano do terceiro ciclo do Ensino Básico, seguida de 27,27% que possuem o 4.º ano do primeiro ciclo do Ensino Básico (antiga 4.ª classe). Com percentagens iguais, nomeadamente de 18,18%, encontram-se os sujeitos que possuem o 12.º ano do Ensino Secundário e os que detêm habilitações literárias ao nível do atual primeiro

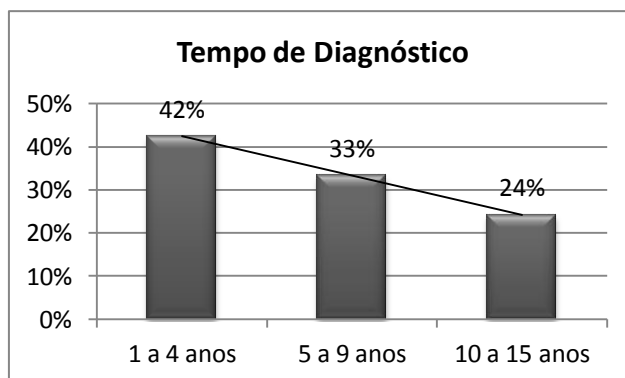
ciclo do Ensino Superior, a saber, a licenciatura, como nos mostra o Gráfico 3, a seguir:

Gráfico 3 Distribuição dos sujeitos da amostra por nível de escolaridade



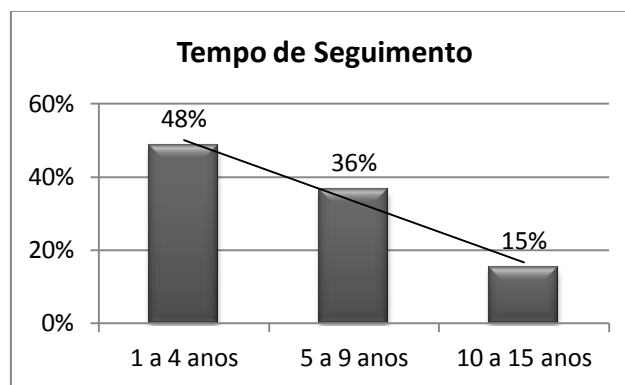
Relativamente ao tempo de diagnóstico, o Gráfico 4, que a seguir se apresenta, mostra-nos que a maioria dos pacientes, 42,42%, foi diagnosticada com depressão num intervalo de tempo de há 1 a 4 anos. Seguidamente, encontram-se os doentes, (33,33%), cuja data de diagnóstico remonta a um intervalo de entre 5 a 9 anos. Por fim, em menor percentagem, com 24,24%, estão os doentes que foram diagnosticados com a doença depressiva num período de 10 a 15 anos. A linha de tendência linear revela-nos que a maioria dos pacientes com depressão da nossa amostra, recolhida no Centro de Saúde de Almeirim, foi recentemente diagnosticada com esta doença.

Gráfico 4 Distribuição dos sujeitos da amostra por tempo de diagnóstico



No que respeita ao tempo de seguimento, o Gráfico 5, a seguir, mostra-nos que a maioria dos pacientes, 48,48%, está a receber seguimento médico desde há um intervalo de tempo entre 1 a 4 anos. Depois, seguem-se 36,36% dos doentes que estão a ser seguidos num intervalo de tempo de 5 a 9 anos. Finalmente, a minoria dos pacientes, 15,15%, está a ser medicamente seguida desde um intervalo de tempo de há 10 a 15 anos.

Gráfico 5 Distribuição dos sujeitos da amostra por tempo de seguimento



A maioria dos diagnósticos situa-se entre 1 a 4 anos (42,42% ou 14 sujeitos), seguida de 5 a 9 anos (33,33% ou 11 sujeitos) e por último entre 10 a 15 anos (24,24% ou 8 sujeitos), sendo por isso, a maioria dos diagnósticos relativamente recentes. O tempo de seguimento está maioritariamente entre 1 a 4 anos (48,48% ou 16 sujeitos), seguido de 5 a 9 anos (36,36% ou 12 sujeitos) e, por último, entre 10 a 15 anos (15,15% ou 5 sujeitos). O desvio-padrão é de 0,7.

Na Tabela 1 é possível observar-se que a média de idades dos 33 participantes (9 homens e 24 senhoras) estudados é de 40,6 anos, sendo a idade mínima de 24 anos e a máxima de 58 anos. Em relação ao nível de escolaridade, a média é o 9.º ano do terceiro ciclo do Ensino Básico. A escolaridade mínima corresponde ao 4.º ano do primeiro ciclo do Ensino Básico (a antiga 4.º classe do Magistério Primário) e a máxima o primeiro ciclo do Ensino Superior, isto é, a licenciatura.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra total (Frequências, Percentagens, Médias e Desvios-Padrão)

		N	%	Média	Desvio- Padrão
Sexo	Masculino	9	27		
	Feminino	24	73		
Idade (anos)	24-32	9	27,3	40,6	10,2
	33-41	8	24,2		
	42-50	10	30,3		
	51-59	6	18,2		
Nível de Escolaridade	4.º ano	9	27,27	9º ano	1,1
	9.º ano	12	36,36		
	12.º ano	6	18,18		
	Licenciatura	6	18,18		
Tempo de diagnóstico	1 a 4 anos	14	42,42	5,9	0,8
	5 a 9 anos	11	33,33		
	10 a 15 anos	8	24,24		
Tempo de Seguimento	1 a 4 anos	16	48,48	5,2	0,7
	5 a 9 anos	12	36,36		
	10 a 15 anos	5	15,15		

5.2. Instrumentos de medida

A Avaliação da Representação do Self

A Avaliação da Representação do Self (The assessment of self), de Blatt e Bers (1983), é um método que consiste em pedir aos indivíduos, através de um procedimento relativamente não restrito, que se descrevam a si mesmos.

Blatt, Bers e Shaffer (1992, p. 2, tradução minha) creem que, “consistente com as teorias psicanalíticas, o acesso à experiência inconsciente pode ser conseguido através de relatórios verbais, tal como nas técnicas projetivas, na psicoterapia e na psicanálise”. Assim, a Avaliação da Representação do Self (The assessment of self), de Blatt e Bers (1983), é um procedimento de apreciação da representação do *Self*. Por meio deste instrumento, é pedido ao indivíduo que se autodescreva, gozando, este, da liberdade para escrever o que lhe aprouver sobre si numa folha em branco, durante um tempo máximo de 5 minutos. Alicerçados numa revisão da literatura clínica, social e desenvolvimental, os autores deste instrumento sustentaram que os aspetos do sentido de self são passíveis de identificação avaliando-as em escalas capazes de capturar dimensões de representações do *Self* relevantes. Para eles, é possível reconhecer, por meio do teste de avaliação do *Self*, desde estados normais às psicopatologias mais graves (Blatt, Bers & Shaffer, 1992, pp. 2-3). A este propósito, convém sublinhar que, por “normalidade”, se entende “uma integração das tarefas de desenvolvimento. Estas escalas devem ser pontuadas de 1 a 7, consoante as características de cada descrição.

A fiabilidade e a validade deste teste foram estabelecidas através de diversas clínicas e as evidências apontam para o facto de que há efetivamente relação entre os aspetos da autodescrição e medidas de depressão por exemplo (Blatt & Bers, 1993) e de oralidade (Bornstein et al., 1988).

O teste de Avaliação da Representação do Self, de Blatt e Bers (1983), é composto por seis escalas. Contudo, neste trabalho só quatro escalas foram pertinentes utilizar, devido à sua cotação ser extremamente complexa, pelo que

optamos pelas mais pertinentes para este trabalho, pelo que segue a descrição das mesmas.

A primeira escala refere-se aos Modos de Descrição. Esta escala inclui a Consistência, que avalia a extensão da inclusão e integração dos quatro modos de representação do self, que são 1) propriedades físicas ou demográficas; 2) características comportamentais; 3) traços de personalidade; 4) qualidades internas. Por último, temos o nível conceptual, que avalia o nível de desenvolvimento cognitivo. Os cinco níveis de conceptualização do desenvolvimento da representação do self são definidos nesta escala e são eles 1) sensório- motor pré-operacional- o self pode ser descrito em termos de necessidade, dando ênfase à necessidade de gratificação e a tudo o que traga ao self prazer e dor; 2) perceptual concreto- distingue as características externas e propriedades físicas; 3) icónico externo- o self é descrito tendo por base as atividades e traços externos; 4) icónico interno- o self é descrito no que se refere a pensamentos, sentimentos e valores; 5) representação conceptual- a descrição do self refere-se simultaneamente a uma sucessão de níveis, no qual o self é entendido e experienciado.

A segunda escala refere-se às Variáveis Cognitivas. Nesta escala podemos encontrar a Auto refletividade, que avalia o grau em que a descrição do self é introspetiva e auto refletiva. Também podemos encontrar a Tolerância dos Aspectos Contraditórios, onde se avalia a existência e a tolerância dos aspetos contraditórios do self. Por último, faz parte a Diferenciação e Integração, que reflete o grau em que o self é visto e compreendido em vários domínios (vida social, atividades, interesses, trabalho, escola, relações familiares, qualidades pessoais) e o grau com que estes domínios se interligam e integram entre si.

A terceira escala é a Visão do Self. Desta escala fazem parte a Visão do Self Negativa/Positiva. A visão do Self é negativa, quando o *Self* é visto de forma negativa e critica. Por outro lado, a visão do Self é positiva quando o *Self* é descrito como benevolente e é expresso de uma forma positiva. Também faz parte a visão do Self Auto-critico, que avalia a dimensão com que o individuo faz julgamentos duros de si próprio, mostrando insatisfação consigo mesmo. Por último, podemos encontrar nesta escala a variável Determinado/Ambicioso,

que reflete como o indivíduo esforça-se e investe de modo a conseguir alcançar o que pretende, dentro das áreas que escolhe.

A quarta e última escala, denomina-se de Variáveis Afetivas. Desta escala fazem parte a Ansiedade, que avalia a extensão com que o indivíduo apresenta tensão, apreensão, medos, preocupações e ansiedade sobre o Self e a Depressão Sobre o Self, que avalia a dimensão com que o indivíduo apresenta tristeza e apatia sobre o *Self*.

Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)

A Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977), desenvolvida pelo Centro de Estudos Epidemiológicos do National Institute of Mental Health, Rockville, nos Estados Unidos da América, na versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2003), que consiste num instrumento, composto por 20 itens, de rastreio de perturbação depressiva e na avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva.

A CES-D, foi adaptada para população portuguesa por Gonçalves e Fagulha (2003, 2004a, 2004b). No primeiro estudo, foi avaliada a consistência interna, as características dos itens e estabelecida a correlação dos resultados com o Inventário de Beck; nos outros dois estudos, foi testada a aplicabilidade do teste, oral e escrita, à população portuguesa com características clínicas. Verificou-se uma consistência interna elevada; a análise fatorial demonstrou uma estrutura similar ao estudo original, bem como uma concordância em geral satisfaz no tocante à saturação dos itens nos diversos fatores, nomeadamente o humor deprimido, o humor positivo, os sintomas somáticos, a perturbação da atividade e interpessoal. Após a análise fatorial, confirmou-se uma forte correlação entre os quatro fatores supramencionados. O valor na correlação entre a CES-D e o diagnóstico de depressão de acordo com os critérios da DSM-IV é de 0,76 com os sintomas depressivos encontrados na entrevista clínica. No Inventário de Beck, a correlação encontrada com a CES-D foi de 0.75. (Gonçalves & Fagulha, 2000, 2004a, cit. em Loureiro, 2009, p. 93). É

possível asseverar que a CES-D se mostra adequada à aplicação na população geral, tendo em conta as correlações e a análise comparativa da distribuição das respostas aos itens.

A adaptação portuguesa “apresenta, à semelhança do trabalho original de Leonore Radloff, uma pontuação que, quanto mais elevada, mais se relaciona com sintomatologia depressiva manifestada pelo sujeito e um ponto de corte de 20, que apresentou boa sensibilidade (.83) e especificidade (.78) principalmente para o diagnóstico de Episódio Depressivo Major” (Loureiro, 2009, p. 93).

Tal como acontece com outras escalas para avaliar a depressão como o BDI e a CES-D de Radloff (1977), não tem subjacente qualquer teoria específica da depressão. Os 20 itens que compõem a escala foram selecionados a partir de escalas de depressão já validadas de forma a que as componentes mais importantes da sintomatologia depressiva ficassem contempladas. As componentes em causa incluem: humor depressivo, sentimentos de culpa e de desvalorização, sentimentos de desamparo e de desespero, lentificação psicomotora, perda de apetite e perturbações do sono. Da mesma forma que o BDI, esta escala foi construída para avaliar o nível atual de sintomatologia depressiva, mas, ao contrário daquele, foi especialmente pensada para ser utilizada em estudos epidemiológicos sobre a população geral (Gonçalves & Fagulha, 2004). No entanto, é igualmente adequada para ser utilizada em populações clínicas (Wesismann, Sholomskas, Pottenger, Prusoff & Locke, 1977).

A aplicação da CES-D traduz-se particularmente simples e rápida; a redação dos itens e a forma de resposta são muito mais acessíveis do que as de outros instrumentos semelhantes. Estas características tornam-na particularmente adequada para a utilização, mesmo em populações com um nível de literacia baixo. Além disso, segundo Gonçalves e Fagulha (2004a, p. 42), os resultados do seu estudo mostram “uma maior heterogeneidade de respostas na população geral, o que sugere uma maior sensibilidade a pequenas variações da sintomatologia depressiva”. Por outro lado, uma desvantagem evidente da

CES-D relativamente ao BDI-II reside no facto de os itens não estarem de acordo com os critérios definidos pelo DSM para as perturbações depressivas.

Questionário de Experiências Depressivas (QED)

O Questionário de Experiências Depressivas (QED) (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976, 1979) que é composto por 66 itens construído para medir experiências depressivas (Blatt & Zuroff, 1992).

Visa “medir a dependência e o auto-criticismo, ou as dimensões anaclítica e introjectiva da personalidade, dado o seu papel central na patologia depressiva (Blatt, 1974; Blatt & Maroudas,1992)” (Campos, 2000a, p. 293). Este questionário fornece resultados para três escalas ou fatores que resultaram da análise de componentes principais, realizada com a amostra original de estandardização de estudantes universitários americanos. O fator I foi designado de dependência e o fator II de autocriticismo. Além desses dois fatores, coerentes com as duas dimensões depressivas apresentadas por Blatt (1974) – sobre as quais nos foi oportuno refletir no capítulo I, a propósito do modelo deste autor sobre a depressão (p. 41 e ss.) – a análise fatorial revelou ainda outro fator, designado de eficácia. A versão portuguesa do QED apresenta características psicométricas adequadas (Campos, 2000, 2009). Os indivíduos com resultados elevados nesta escala caracterizam-se por possuírem sentimentos de realização pessoal e por uma orientação voltada para o alcance de objetivos. Em todo o caso, estes sujeitos não apresentam, porém, tendência excessiva para a competitividade.

Resultados relativos à consistência interna e à estrutura fatorial foram bastante semelhantes aos obtidos por Blatt (Blatt et al., 1976; Blatt et al., 1979; Zuroff, Quinlan & Blatt; 1990). Algumas outras evidências da validade do questionário foram também obtidas (Campos, 2000).

5.3. Procedimento de recolha de dados

No início deste trabalho empírico, foi pedida autorização à diretora Agrupamento de Centros de Saúde Lezíria II, a Dra. Luísa Portugal, para que pudesse ter acesso aos processos dos doentes, bem como para utilizar como amostra os pacientes de um centro de saúde, nomeadamente, o Centro de Saúde de Almeirim, que pertencesse ao CES Lezíria. Foi-lhe explicado em que consistia o estudo e como se iria proceder para a recolha de dados.

Após a obtenção de uma resposta positiva por parte da supramencionada diretora para se poder realizar este estudo no Centro de Saúde de Almeirim, foi necessário consultar os processos dos doentes, no qual logrei aceder aos dados dos pacientes passíveis de serem submetidos a esta investigação. Os pacientes selecionados apresentavam diagnóstico de depressão, diagnóstico este realizado pelo médico de família do Centro de Saúde.

Depois de atentar no processo clínico de cada paciente e tendo selecionado um grupo de indivíduos com diagnóstico de depressão, contactei telefonicamente cada uma destas pessoas com vista a marcar uma data e uma hora dentro da sua disponibilidade, para que comparecessem no Centro de Saúde de Almeirim, a fim de responderem aos instrumentos de medida. Apesar de se haverem registado algumas recusas (15%), a maior parte dos indivíduos concordou em participar neste estudo.

Foi explicado a cada paciente em que consistiam os testes e que os resultados iam ser confidenciais. Foram disponibilizadas, outrossim, as instruções de realização e facultado apoio durante a aplicação, em casos de dúvidas, e cada um dos 33 participantes da amostra respondeu individualmente os testes tendo a privacidade necessária à cabal resposta a cada um dos itens em análise, estando sempre presente durante todo o processo.

Uma vez realizada a recolha de dados com o auxílio dos instrumentos de avaliação anteriormente apresentados, os mesmos dados foram tratados através do pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences, conhecido pela sigla SPSS. Através deste pacote estatístico foi feita a análise descritiva dos dados e calculado o Coeficiente de Correlação de Pearson, que é

adequado para o estudo de relações entre variáveis, ou seja, uma análise da relação entre duas variáveis quantitativas.

CAPÍTULO VI – RESULTADOS

Tabela 2 - Média e Desvio-Padrão relativos às variáveis em estudo

	Média	Desvio- Padrão
Dependência	0,49	1,03
Auto-criticismo	0,10	0,96
CES Total	30,24	7,34
Modos de Descrição – Consistência	3,67	0,74
Modos de Descrição – Nível Conceptual	3,76	1,20
Variável Cognitiva – Auto Refletividade	3,82	0,53
Variável cognitiva – Tolerância de Aspectos Contraditórios	2,33	1,63
Variável cognitiva – Diferenciação e integração	3,64	0,82
Visão do Self – Negativo/Positivo	3,45	0,94
Visão do self – Auto-crítico	3,52	1,03
Visão do self – Determinado/Ambicioso	3,36	0,96
Variável Afetiva – Ansiedade	3,58	1,09
Variável Afetiva – Depressão sobre o self	3,61	1,05

Na Tabela 2, acima, podemos verificar os valores relativos à média e ao desvio-padrão de cada um dos itens avaliados.

Podemos então observar que a média da Dependência é de 0,49 e o desvio-padrão 1,03. Em relação ao Auto-criticismo a média é de 0,10 e o desvio-padrão 0,96. Já o CES-D apresenta uma média de 30,24 e um desvio-padrão de 7,34.

No que se refere às variáveis da representação do *Self*, podemos observar que a média varia entre os 3,36 encontrada na Visão do Self – Determinado/Ambicioso e os 3,82 da Variável Cognitiva Auto Refletividade.

Pode-se encontrar uma exceção a este padrão encontrado nas variáveis do self, na Variável Cognitiva- Tolerância de Aspectos Contraditórios, que apresenta uma média de 2,33.

Tabela 3 - Correlações das escalas do QED entre si, e das escalas do QED com os resultados nos testes CES-D e Avaliação do Self

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1-Dependência														
2-Autocriticismo	,68**													
3- CES-D	,41*	,56**												
4-Modos de Descrição – Consistência	,43*	,37*	,44*	-,15										
5-Modos de Descrição: – Nível Conceptual	,35*	,39*	,42*	-,19	,65**									
6-Variáveis Cognitivas – Auto Refletividade	,42*	,42*	,44*	-,12	,72**	,52**								
7-Variáveis cognitivas – Tolerância de Aspectos Contraditórios	,04	,07	,47**	-,37*	,07	,04	-,08							
8-Variáveis cognitivas – Diferenciação e integração	,46**	,43*	,45**	-,15	,98**	,64**	,78**	,05						
9-Visão do Self – Negativo/Positivo	,41*	,45**	,36*	-,20	,77**	,80**	,49**	-,04	,79**					
10-Visão do self – Auto-crítico	,36*	,39*	,44*	-,16	,73**	,73**	,64**	,10	,74**	,69**				
11-Visão do self – Determinado/Ambicioso	-,41*	-,40*	-,35*	,53**	-,18	-,25	-,17	-,12	-,18	-,29	-,13			
12-Variável Afetiva – Ansiedade	,40*	,39*	,44*	-,22	,71**	,73**	,62**	,12	,73**	,68**	,98**	-,21		
13- Variável Afetiva – Depressão sobre o self	,40*	,38*	,42*	-,22	,75**	,69**	,65**	,10	,76**	,66**	,96**	-,19	,99**	

** Correlação significativa ao nível de 0.01 (2-tailed); * Correlação significativa ao nível de 0.05 (2-tailed)

Conforme é possível observar na tabela 3 a dependência encontra-se significativa e positivamente correlacionado com o modo de descrição-consistência ($r=.43$, $p<.05$), modo de descrição- nível conceptual ($r=.35$, $p<.05$), variável cognitiva- auto refletividade ($r=.42$, $p<.05$), variável cognitiva-diferenciação e integração ($r=.46$, $p<.01$), visão do self negativa/positiva ($r=.41$, $p<.05$), visão do self- auto-critico ($r=.36$, $p<.05$), variável afetiva-ansiedade ($r=.40$, $p<.05$) e variável afetiva- depressão sobre o self ($r=.40$, $p<.05$). Já com o modo de descrição- representação ($r= -.41$, $p<.05$) e com a visão do self-determinado/ambicioso ($r= -.41$, $p<.05$), a dependência apresenta uma correlação negativa e significativa.

Quanto ao auto-criticismo na mesma tabela também é possível verificar que este se encontra positiva significativamente correlacionado com o modo de descrição-consistência ($r=.37$, $p<.05$), modo de descrição- nível conceptual ($r=.39$, $p<.05$), variável cognitiva- auto refletividade ($r=.42$, $p<.05$), variável cognitiva- diferenciação e integração ($r=.43$, $p<.05$), visão do self- negativo/positivo ($r=.45$, $p<.01$), visão do self- auto-critico ($r=.39$, $p<.05$), variável afetiva- ansiedade ($r=.39$, $p<.05$) e variável afetiva- depressão sobre o self ($r=.38$, $p<.05$). Na tabela, também é possível observar que o auto-criticismo, apresenta uma correlação significativa e negativa com a visão do self- determinado/ambicioso ($r= -.40$, $p<.05$).

Os resultados relativos ao CES-D revelam que existe uma correlação significativa com o modo de descrição- consistência ($r=.44$, $p<.05$), modo de descrição- nível conceptual ($r=.42$, $p<.05$), variável cognitiva- auto refletividade ($r=.44$, $p<.05$), variável cognitiva- tolerância de aspectos contraditórios ($r=.47$, $p<.01$), variável cognitiva- diferenciação e integração ($r=.45$, $p<.01$), visão do self- negativo/positivo ($r=.36$, $p<.05$), visão do self- auto-critico ($r=.44$, $p<.05$), variável afetiva- ansiedade ($r=.44$, $p<.05$) e variável afetiva- depressão sobre o self ($r=.42$, $p<.05$). Pelo contrário, podemos verificar que existe uma correlação significativa negativa com o modo de descrição- representação ($r= -.35$, $p<.05$) e a visão do self-determinado/ambicioso ($r= -.35$, $p<.05$).

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO

O diagnóstico da depressão tem vindo a aumentar ao longo dos últimos 15 anos. Este quadro pode ser um indicador de que, nos dias de hoje, predomina uma preocupação crescente com a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida, o que persuade as pessoas a consultarem um médico caso apresentem algum sintoma aliado ao humor, como uma tristeza sem explicação, a insónia, o nervosismo aparentemente inexplicável, os ataques de choro, a anedonia, o tédio ou a apatia, o *stress*, entre outros normalmente aliados a sintomas físicos como dores no corpo, cansaço constante, a dificuldade de concentração ou as tonturas. Este cuidado mais atento prende-se com o acesso mais livre e democrático à informação que nos últimos anos tem despoletado, em virtude da expansão das Tecnologias de Informação e Comunicação; é, ainda, devedor de uma cultura mais voltada para o fator humano, para o cuidado do corpo e a preservação da juventude, rumo não só a uma maior longevidade, como a uma experiência de vida mais prazenteira e de qualidade. Por outro lado, outro dos fatores por detrás de uma maior afluência a hospitais e centros de saúde por causa de estados ansiosos e/ou depressivos será subsidiária da realidade atual, que tende a exigir padrões sociais e de performance laboral demasiado altos, investindo o indivíduo muito e, não raramente, recebendo poucas ou nenhuma compensações em troca do seu esforço. Todo este clima de elevada competição social aliado a uma cultura de consumo cuja prática não está ao alcance de todos, mas há qual é difícil ficar indiferente, arrasta consigo, além de uma responsabilidade pouco suportável para muitos, o isolamento, o desamparo emocional, a dificuldade de integração e a inibição social, o medo de fracassar, a vergonha e a frustração, apenas para referir alguns exemplos.

Os nossos resultados mostram-nos a existência de uma tendência para uma menor percentagem de seguimento relativamente àquela de diagnóstico, principalmente no tocante a indivíduos que foram diagnosticados com depressão no maior intervalo de tempo, a saber, há entre 10 a 15 anos.

Através da aplicação dos instrumentos utilizados, nomeadamente a avaliação da representação do Self, de Blatt e Bers (1983), a CES-D, de Radloff (1977), na versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2003), o QED de Blatt, D’Afflitti e Quinlan (1976, 1979) e o QHD, de Campos (2006, 2010) e Campos et al. (2009), recorrendo ao Coeficiente de Correlação de Pearson, foi-nos possível aproximarmo-nos dos objetivos que motivaram esta investigação, a saber, procurar compreender mais profundamente o modo como os indivíduos com depressão se veem a si mesmos; entender melhor o seu mundo interior e verificar algumas características intrapsíquicas de quem padece de depressão. Vimos já

que, segundo Blatt (2008) e Blatt e Blass (1992), durante a sua passagem pela vida, cada um de nós enfrenta dois desafios psicológicos: o ter de estabelecer e conservar relações interpessoais recíprocas, significativas e gratificantes, e o ter de consolidar e assegurar um sentido “coerente, realista, diferenciado, integrado e essencialmente positivo” de self. Sabemos, de acordo com autores como Blatt, que a imagem que cada um tem de si mesmo se mostra muito importante, dado que é justamente esta imagem que irá exercer influência não só na qualidade de relações que podemos granjear com os outros, mas também, em casos patológicos, na intensidade dos sintomas da depressão: uma imagem mais negativa do *Self* resultará num nível de depressão mais elevado. Ou seja, tendo em conta o modelo de Coimbra de Matos (cit. em Campos, 1999), quanto menor for a autoestima e maior for o sentimento de culpa experimentado pelo sujeito, mais grave será a doença. Ao contrário, se existirem sentimentos mais internas, mais saudável estará o paciente.

Os resultados entre Dependência, Auto-criticismo e CES-D com as Variáveis do Self vão de encontro ao que se esperaria e à evidência empírica. Podemos verificar que os doentes depressivos dependentes, apresentam um elevado nível de consistência, ou seja, preocupam-se com as expressões dos seus sentimentos e pensamentos mais profundos. Também apresentam um elevado grau de auto-refletividade, o que não vai muito de encontro com os estudos efetuados, pois por norma estes indivíduos são menos reflexivos e mais propensos a expressar-se através de uma ampla gama de queixas somáticas, em labilidade emocional e distúrbios alimentares, ou em tentativas de suicídio ou gestos (Blatt et al., 1995; Blatt, 2004). Estes indivíduos apresentam uma visão do *Self* negativa e são auto-criticos, pois o indivíduo anaclítico é extremamente dependente de um outro significativo e influenciável pelos outros, procurando evitar desacordos e conflitos interpessoais, havendo dificuldade em expressar raiva e fúria por medo de destruir o objecto como fonte de satisfação, reagindo à percepção de ameaça de abandono com experiências de vazio, solidão e desamparo (Blatt, 2004; Welkowitz, Lish, & Bond, 1985). São indivíduos com pouca tolerância à frustração, impulsivos e emocionalmente instáveis (Blatt & Maroudas, 1992). Tal como seria de esperar, os depressivos dependentes não apresentam ambição nem determinação. Contudo, apresentam ansiedade e depressão sobre o *Self*, apresentando por isso um *Self* triste e apático. A depressão anaclítica é caracterizada por sentimentos de desamparo, fraqueza e prostração (Blatt, 1974). O indivíduo anaclítico é extremamente dependente de um outro significativo e influenciável pelos outros, procurando evitar desacordos e conflitos interpessoais, havendo dificuldade em expressar raiva e fúria

por medo de destruir o objecto como fonte de satisfação, reagindo à percepção de ameaça de abandono com experiências de vazio, solidão e desamparo (Blatt, 2004).

Diante de uma propensão assinalável para a dependência do objeto, qualquer objeto substituto que entretanto o sujeito consiga irá provocar-lhe sentimentos sérios de ciúme perante a disponibilidade daquele para amar e ser amado por outras pessoas. Na verdade, esse sujeito não recebeu na infância um amor incondicional, gratuito e independente das suas qualidades ou defeitos inerentes; colheu, sim, um amor exterior à identidade que criou. Esse amor foi-lhe conferido segundo um esquema de transação: ele recebia amor na mesma proporção em que o dava, bem como na medida em que conseguia não ser fiel à sua personalidade, mas condizer com as expectativas do objeto. Este amor revelou-se no deprimido em criança e exigiu dele uma projeção, ou seja, uma continuação bem-sucedida do objeto. O objeto, ao não ver satisfeitas as suas necessidades que programou para sujeito, reage com desilusão e frustração, transferindo, para este, um sentimento de falha, de incapacidade de agradar e de ser amado que não mais abandonará ao longo da sua vida. Para o sujeito, há um enorme trajeto a percorrer para ser digno do amor do objeto e, por acréscimo, das outras pessoas, cujas relações que com elas estabelecer serão cunhadas à semelhança desta. Importa, a este propósito, lembrar a posição de Blatt (1974), que defende que a dimensão interpessoal, ou anaclítica, se inicia a partir das relações entre a criança e a mãe, alongando-se por todo o percurso de vida. A representação da mãe formada durante a infância é precisamente o que influenciará as futuras relações do sujeito. Da dimensão interpessoal assomam aspetos tanto positivos quanto negativos. Os primeiros incluem a criação de intimidade e o estabelecimento de vínculos; os segundos traduzem-se no crescimento do sentido de solidão, de vulnerabilidade e de carência, cujo suprimento se torna difícil de conseguir junto das pessoas com as quais o sujeito, independente da mãe, virá a relacionar-se no futuro (Zohar, 2007, p. 293).

Mas o amor do objeto, o “momento de graça que não dura” (Green, 1988, p. 156, cit. em Veludo, 2009, p. 111), a dada altura, enfraquece até se esvair por completo, à medida que o deprimido vai construindo a sua própria identidade, alheia ao espelhamento do objeto. Ainda de acordo com Coimbra de Matos (cit. em Campos, 1999), “desvanecido esse amor, o sujeito deprimido, sozinho, dificilmente alimentará e consolidará o amor-próprio – que entretanto deixou de lado em virtude do objeto – necessário a poder amar e ser amado por outros, dado que dependia dessa relação debilitante com o objeto, ficando, súbita e abruptamente, só e destituído desse amor que dava razão às suas ações, nomeadamente

tudo o que pudesse fazer para agradar ao objeto e ser, deste modo, digno da sua atenção. Apesar de a culpa de existir esta relação deficiente estar, claramente, do lado do objeto, o indivíduo não entende assim a realidade. Tende, antes, a introjetar esses aspetos malignos do objeto; propende, outrossim, para fazer a sua própria leitura dos factos e para interpretar à sua maneira o objeto e a relação com ele nutrida, num sentido de simultânea ação de o “desculpar” – ou melhor, de o isentar de qualquer culpa – e de chamar para si a culpa por não ter sido correspondido às expectativas deste, por não ter incorporado alguém diferente, melhor do que a sua pessoa é e mais adequado ao que o objeto esperava dele. Por outro lado, culpa e baixa autoestima mantêm uma ligação próxima, dado que, quanto mais se recrimina por ter falhado ao objeto, mais precário se torna o amor-próprio do sujeito, a sua autoestima, visto que vivia e ainda vive preso ao objeto, isto é, ao passado.”

Em relação ao auto-criticismo, podemos concluir que tal como seria de esperar, os depressivos auto-críticos, apresentam uma elevada consistência e nível conceptual, visto que as principais características da depressão introjetiva derivam de um Superego punitivo, rigoroso, severo e crítico, de onde resultam ideais excessivamente altos, sentimentos de inutilidade, culpa, constante auto-análise e avaliação e uma sensação de ter falhado por não viver à altura das expectativas e padrões de vida (Blatt, 1974). O *Self* dos depressivos introjetivos, apresenta diferenciação e integração, pois há um excesso de perfeccionismo (Blatt, 2008) e os esforços concentram-se na realização pessoal e obtenção de sucesso, a fim de obter aprovação e reconhecimento e compensar sentimentos de fracasso e inadequação (Blatt & Maroudas, 1992). O indivíduo introjectivo está assim preocupado com a busca de aprovação e elogios, de modo a satisfazer algum padrão de desempenho e a percepção do sujeito de que pode perder a aprovação e o respeito dos outros faz com que surja uma experiência de fracasso, inadequação e culpa (Welkowitz, et al., 1985). Nos resultados, também é possível encontrar uma elevada auto-refletividade, pois a depressão introjectiva situa-se num nível mais avançado de desenvolvimento psicológico (representações do *Self* e objecto situadas a um nível ligeiramente superior) do que a depressão anaclítica, uma vez que considera que a culpa requer um sentido mais elaborado e diferenciado de *Self*, uma capacidade para ser auto-reflexivo e alguma avaliação das sequências de causalidade, tanto em assumir responsabilidade por algo, como para considerar modos alternativos de reparação (Blatt, 1974). Estes indivíduos apresentam uma Visão do *Self* negativa, ansiedade e depressão sobre o *Self*. Neste tipo de depressão, a defesa principal é a introjecção ou identificação ao agressor, com uma tendência a assumir responsabilidade e culpa e a ser crítico relativamente ao *Self* (Blatt, 2008). Outros sintomas

específicos deste tipo de depressão são a anedonia e perda de interesse em relações interpessoais. Os indivíduos auto-críticos preferem manter-se isolados porque antecipam que os outros serão desleais e críticos para consigo (Blatt, 2004).

O autocrítico e o sentido de estar sempre muito aquém das expectativas que o sujeito se propõe a si próprio, tendencialmente projetos megalómanos e inexecutáveis, numa necessidade de autoafirmação, autocontemplação e, até, de algum exibicionismo, submergem-no num sentido de perfeccionismo contínuo e incapacitante que o impede de levar adiante os seus objetivos, ficando esses desejos por concretizar *ad eternum*. Estar-se deprimido passa, por isso, por um sentimento que é mais do que um sentimento de vazio – é um sentimento de total desesperança ante a hipótese de poder eventualmente vir a preencher esse vazio, o qual remonta ao passado, às lembranças que, ainda que remotas, ocupam sobremaneira, de uma forma ativa e dominante, o pensamento quotidiano da pessoa. Persiste um permanente sentido de derrota pessoal, de falha que é autoatribuída quando, na verdade, ela pertence ao objeto que falhou e que é detentor de todos os males. Um objeto cuja culpa passa por não ter sabido amar o sujeito respeitando a sua individualidade enquanto ser humano, mesmo que as intenções deste objeto, embora negligentes, não fossem de todo malévolas. É esse objeto introjetado e todos os elementos perniciosos associados à memória que têm de ser expurgados do sujeito rumo à cura ou à recuperação da sua vida, dado que este tende sempre a desculpar os defeitos daquele e a manter na lembrança uma imagem boa e gratificante desse objeto, virando para si a responsabilidade e a culpa da perda passada, das frustrações e, conseqüentemente, diminuindo ao máximo a sua autoestima, denegando o seu autoconceito e mostrando-se deveras autocrítico (Coimbra de Matos, 2001).

Porém, mesmo diante de um desespero profundo e de uma passividade sem esperança, ainda oscila, em muitos casos, um desejo escondido de regredir, de voltar ao passado ou de ansiar que o objeto volte, no sentido de colmatar o vácuo ou de reparar a falha ou ferida que esse objeto deixou aberta no deprimido e que, porventura, quase sempre irá sangrar (Coimbra de Matos, 2001).

Em relação ao CES-D, também este demonstra que os depressivos apresentam um *Self* negativo, que são auto-críticos e demonstram ansiedade e uma Depressão sobre o *Self*. Também apresentam auto refletividade e consistência. Tal como seria de esperar não apresentam nenhuma ambição nem determinação. Algo que se verificou no CES-D foi a tolerância de aspetos contraditórios, ou seja, os depressivos aceitam a presença e toleram Aspetos Contraditórios do *Self*.

De acordo com Coimbra de Matos (2001), existem dois vetores principais relativos ao estado depressivo: de um lado a baixa autoestima por se ter perdido o amor do objeto, de outro, a culpabilização relativamente a esse objeto abandonante, cujas características malignas são introjetadas pelo *Self*; é a culpabilização perante a perda do objeto e a fraca autoestima por não ter estado, alegadamente, à altura de manter o amor do objeto perdido. “A responsabilidade de ter sido abandonado ou de ter deixado de ser amado pelo objeto recai, a ver do sofredor, sobre si próprio. Esse objeto está num tempo que é relativamente longínquo, mas cujo sofrimento pela perda ou transformação do amor nutrido se arrasta, com o sujeito, ao longo dos anos. O deprimido vive literalmente agarrado ao passado; à memória dolorosa do amor perdido que parece querer manter acesa, numa atitude masoquista e de autopunição alimentada pelo remorso e pela culpa, outras vezes, numa atitude de raiva, vergonha e sede de vingança. A postura responsiva do deprimido perante esta perda, que, frequentemente, remonta à infância, mais precisamente à figura materna, resulta sobretudo ou em culpa e autocrítica desmedidas que podem conduzir o eu à autodestruição a fim de expiar as suas falhas, ou numa frágil autoestima que o arreda de viver o momento presente e de perspetivar o futuro. Esta autoestima baixa impede-o de construir e manter no presente relacionamentos afetivos bons e gratificantes, dado ter, para si próprio, quase como certo que não será bem-sucedido nestas relações interpessoais. Ao passo que o doente ansioso alimenta algum medo perante a hipótese de tal relacionamento, o deprimido nem isso chega a sentir, simplesmente por essa hipótese já nem sequer se põe. Sente, por isso, a frustração de julgar que, no quotidiano, oferece sempre mais aos outros do que aquilo que recebe, porque aprendeu a encarar o afeto como valor de transação e não como algo que é outorgado de forma incondicional. Para o deprimido, ser amado por outros traduz-se essencial, dado que a visão positiva que possui de si mesmo vai depender não do seu amor-próprio, mas do amor das pessoas que o rodeiam, de quem espera por vezes em vão gestos de ternura. Digamos que apenas consegue ver alguma qualidade em si próprio se alguém gostar de si e enaltecer essa mesma qualidade. O seu valor, como pessoa, está intimamente dependente daquilo que os outros pensarão dele e é por isso que sente constantemente rejeição e falta de atenção e de afeto, ao exigir dos outros mais do que aquilo que estes estarão dispostos a dar (Coimbra de Matos, 2011). Ora, esta manifestação anaclítica do deprimido vai ao encontro de um dos erros lógicos propostos por Beck (1982, cit. em Lopes, s.d., pp. 5-6), que já observámos:” o meu valor como pessoa depende do que os outros pensam de mim.”

Limitações

Durante o presente estudo, foram encontradas algumas limitações.

Uma das grandes limitações deste estudo encontra-se no reduzido tamanho da amostra, apenas 33 utentes registados no Centro de Saúde de Almeirim. Desta forma, as conclusões deste trabalho não são necessariamente generalizáveis, tratando-se por isso de um estudo exploratório.

Como já foi referido, a amostra que recolhemos mostrou-se insuficiente para estudar outras hipóteses, nomeadamente se haverá diferenças significativas na forma como os pacientes com depressão se vêem a si próprios em função do sexo e da idade, uma vez que, da nossa amostra, apenas 9 indivíduos pertenciam ao sexo masculino diante dos 24 que integravam o sexo feminino, o que deveu-se a um número menor de registos de homens sofredores de depressão no centro de saúde em que foram recolhidos os dados.

Uma última limitação, foi a ausência de um estudo de precisão de intercotadores, relativamente ao método projectivo, da avaliação da representação do self. Embora se tenham afinado alguns critérios, isso poderá não ser o suficiente para confirmar a adequação das cotações.

Conclusões

Considerando a elevada prevalência da doença depressiva na população; tendo ainda em conta a dificuldade no diagnóstico desta patologia, este estudo teve como objetivo central procurar aferir que imagem possuem deles próprios os pacientes que sofrem de depressão. Para isso, recolhemos uma amostra de 33 utentes, 9 homens e 24 senhoras, com idades compreendidas entre os 24 e os 58 anos, registados no Centro de Saúde de Almeirim, os quais padecem de depressão enquanto critério de inclusão. Com base na revisão da literatura sobre a qual nos debruçámos no início deste trabalho, propusemo-nos aplicar três instrumentos viáveis que visam medir as experiências depressivas, a saber, a avaliação da representação do self (*The assessment of self*), de Blatt e Bers (1983), a CES-D, isto é, a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (Radloff, 1977), na versão portuguesa de Gonçalves e Fagulha (2003) e o QED, ou seja, o Questionário de Experiências Depressivas (Blatt, D’Afflitti & Quinlan, 1976, 1979).

Diante dos resultados obtidos, este trabalho mostra-se pertinente, na medida em que é pouco usual o estudo do *Self* dos indivíduos com depressão, comparativamente a outros objetos de estudo dentro da temática da referida psicopatologia.

O estudo que apresentámos ajudou-nos, através da análise do *Self*, a tentar compreender mais plenamente a forma como os indivíduos com depressão se veem a si mesmos; a procurar perceber melhor o seu mundo interior, bem como a buscar aferir algumas características intrapsíquicas de quem possui esta doença. Eram estes os objetivos centrais deste empreendimento.

Através da aplicação do Coeficiente de Correlação de Pearson, foi-nos exequível concluir que existem algumas correlações significativas que nos permitem aferir que a visão que os pacientes deprimidos possuem sobre o seu *Self* ou acerca de si próprios se mostra, em geral, bastante negativa. Esta conclusão vai ao encontro da informação que pudemos apurar ao longo da revisão da literatura especificamente incidente nos temas “*Self*” e “*Self* e depressão”; visão, esta, que, como vimos, se alicerça na relação direta que existe entre o *Self* e a depressão. Como já se referiu, a ligação entre a depressão e as distorções, ou deficiências, no sentido do *Self* apresenta-se complexa e multidimensional, além de que é passível de ocorrer em vários níveis do desenvolvimento.

De um modo geral, podemos concluir que os depressivos, apresentam uma baixa auto-estima e um auto-conceito negativo. Também vêem-se inferiores aos outros e fazem uma avaliação mais negativa sobre a forma como se vêem a si próprias, apresentando um *Self* negativo.

Esperamos, assim que esta investigação possa concorrer, enquanto contributo, para o estudo do *Self* de indivíduos com depressão.

Referências bibliográficas

Abreu, P. R. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(6), 322-328.

Abuhamdeh S., & Csikszentmihalyi, M. (2004). The artistic personality: a systems perspective. In R. J. Sternberg, E. L. Grigorenko, & J. L. Singer (eds.). *Creativity: from potential to realization* (pp. 31-42). Washington, DC: American Psychological Organization.

Albuquerque, C. M. S., & Oliveira, C. P. F. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: a importância do auto-conceito. *Millenium*, 26, 1-16.

Almeida, J. F. (1990). *A investigação nas ciências sociais* (4.^a ed.). Lisboa: Presença.

Almiro, P. A., & Lucas S. (2011). Depressão, Dimensões de Personalidade e Estratégias de *Coping* numa Amostra de Mulheres. *Revista Electrónica de Psicologia, Educação e Saúde* 1(1), 1-11.

Altarejos Masota, F., et al. (1991-1998). *Filosofía de la Educación Hoy* (3 vols.). Madrid: Dykinson.

Amaral, J. G. P. D. (2006). *Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia* (Dissertação de mestrado não publicada em psicologia clínica). Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

American Psychiatry Association. (1986). *Manual de diagnóstico e estatística dos distúrbios mentais* (Vol. III). Lisboa: Editora de Livros Técnicos e Científicos.

American Psychiatry Association. (1996). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (Vol. IV, 4^a ed.). Lisboa: Climepsi.

Andrade, A. (2006). Auto-estima e comportamentos de saúde e de risco no adolescente: Efeitos diferenciais em alunos do 7^o ao 10^o ano. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 117-123.

Antunes, C., Sousa, M.C., Carvalho, A., Costa, M., Raimundo, F., Lemos, E., ... Aros, M. (2008). *Produção científica sobre depressão: Análise de resumos (2004-2007)* (Dissertação de mestrado não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas: Campinas, Brasil.

Bahls, S.-C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAÇÃO*, 3, 49-60.

Baker, H. S., & Baker M. N. (1987). Heinz Kohut's self psychology: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1-9.

Baldwin, D. (2002). *An atlas of depression*. London: The Parthenon.

Beck A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.

Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P. J. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp.). New York: Raven Press.

Beebe, B., & Lachmann, F. (1988). The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 5(4), 305-337.

Berger, P. T., & Luckmann, T. (1966/2004). *A construção social da realidade: um livro sobre a sociologia do conhecimento* (2.^a ed.). Lisboa: Dinalivro.

Berlinck, M. T., & Fédida, P. (s.d.). A clínica da depressão: Questões atuais. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 3(2), 9-25.

Bernardo, R. P. S., & Matos, M. G. (2003). Adaptação Portuguesa do *Physical Self-Perception Profile for Children and Youth* e do *Perceived Importance Profile for Children and Youth*. *Análise Psicológica*, 2(XXI), 127-144.

Bers, S. A. & Blatt, S. J. (1993). Normal and pathological aspects of self-descriptions and their change over long-term treatment. *Psychoanalytic Psychology*, 10(1), 17-37.

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

Blatt, S. J., & Lerner, H. (1983). Psychodynamic perspectives on personality theory. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 87-106). New York: Pergamon Press.

Blatt, S. J., & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis – with whom, for what, and how? Comparisons with psychotherapy. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 52(2), 393-447.

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

Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Levy, K. N. (1997). Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*, 1, 351-374.

Blatt, S. J., Bers, S. A., & Schaffer, C. (1992). *The assessment of self*. Unpublished Manual. Yale University.

Blatt, S., & Blass, R. (1996). *Relatedness and self-definition: A dialectic model of personality development*.

Blatt, S., & Levy, K. N. (1997). Mental representation in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. *Review of General Psychology*, 1, 351-374.

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

Blatt, S., & Segal, Z. (1997). The self in depression: Commentary. *Psychotherapy in Practice*, 3(3), 81-89.

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

Bocchi, J. C. (2010). *A psicanálise freudiana e o atual contexto científico da biologia da mente: uma discussão a partir das concepções sobre o ego* (Tese de doutoramento não publicada em filosofia). São Carlos: Universidade Federal de São Carlos.

Borges, N. B., & Angelotti, G. S. (2002). Ansiedade e depressão em uma amostra de pacientes classificados como portando fatores psicológicos que afetam as condições médicas. *Revista de Estudos de Psicologia*, 19(3), 15-22.

Campos, R. (1999). O adoecer depressivo: síntese descritiva do modelo teórico de Coimbra de Matos de compreensão da patologia depressiva e do seu tratamento. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 15, 61-89.

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

Campos, R. (2000a). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa. *Análise Psicológica*, 3(XVIII), 285-309.

Campos, R. (2003). Síntese integrativa dos aspectos centrais da perspectiva teórica de Sidney Blatt sobre o desenvolvimento da personalidade e sobre a psicopatologia. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 5(1), 91-99.

Campos, R. (2006). Representações do self e depressão: Um estudo empírico. Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos (Braga, Psiquilibrios Edições)

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

Campos, R. (2010). Experiências depressivas e mecanismos de defesa: um estudo exploratório na população geral. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010). 3869- 3878.

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

Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica* 2(XXVII), 143-157.

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

Costa, P. C. G. (2002). Escala de autoconceito no trabalho: Construção e validação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(1), 75-81.

Coutinho, L. (1997). Convergências e divergências nas teorias do narcisismo de Kohut e de Lacan. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, 2, 37-51.

Cunha, B. F. V., Buzaid, A., Watanabe, C. E., & Romano, B. W. (2005). Depressão na infância e adolescência: Revisão bibliográfica. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo*, 3(A), 1-8.

Dicionário da Língua Portuguesa (1999) (8.^a edição). Porto: Dicionários Editora (Porto Editora).

Duarte, A. (2008) Esquemas desadaptativos. *Revisão sistemática qualitativa*, 4(1).

Espada, J. C. (1997). Da construção de cidadãos participativos à crise de valores e referências estáveis. In D. Bessa, J. C. Espada, E. L. Pires e R. Stavenhagen, *Nos 10 anos da Lei de Bases: Memórias e projectos*. Porto: ASA.

Evans (2005). *Treating and preventing adolescent mental health disorders*. New York: Oxford University Press.

Faria, L., & Santos, N. L. (s.d.). Auto-conceito académico, social e global em estudantes universitários. 226-234.

Fédida, P. (1999). *Depressão*. São Paulo: Escuta.

Fernandes, E., & Gonçalves, O. F. (1997). Exploração de constructos pessoais sobre o self em mudança em pacientes depressivos e agorafóbicos. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 33-52.

Fonseca, C. A. M. (2010). *Cartografias do self no Facebook* (Tese de mestrado não publicada em Sociologia). Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Freud, S. (1917/1969). *Luto e melancolia* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1996). *Publicações prépsicanalíticas e esboços inéditos. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud* (ESB). Rio de Janeiro: Imago.

Fulgencio, L. (2003). As especulações metapsicológicas de Freud. *Natureza humana*, 5(1), 129-73.

- Gil, A. C. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4.^a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gomes, A. A. (2010). O bebê e o outro na clínica psicanalítica.
- Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 20, 13-27.
- Gonçalves, J. A. G. (2010). *Defeito cognitivo ligeiro e psicopatologia* (Tese de mestrado não publicada em medicina, na especialidade de geriatria). Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Gonçalves, O. F. (1995). Hermeneutics, constructivism and cognitive-behavioral therapies: from the object to the project. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Gongora, M. A. N. (1981). Conceitos de depressão. *Semina*, 7(2), 115-120.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2003). Construcionismo social e metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 135-143.
- Guidano, V. F. (1991). *El si-mismo en proceso: hacia una terapia cognitiva posracionalista*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: a structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Gullestad, S. (2003). One depression or many? *Scand Psychodnal*, 26, 123-130.
- Halliwell, S. (1986). *Aristotle Poetics*. Chapel Hill.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hatamoto, C. T. (2009). *Avaliação da vulnerabilidade ao estresse e da auto-estima no contexto organizacional* (Dissertação de mestrado não publicada em psicologia). Itatiba: Universidade São Francisco.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Junqueira, D. S. P. (2010). *Dimensão depressiva da personalidade e auto-percepção do envelhecimento em idosos* (Tese de mestrado integrado não publicada em psicologia clínica). Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Kerbaux, R. R., & Buzzo, M. P. (1991). Descrição de algumas variáveis no comportamento de esperar por recompensas previamente escolhidas. *Psicologia – USP*, 2(1/2), 77-84.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), S54-64.

Lacan, J. (1968). La méprise du sujet supposé savoir, *Scilicet*, 1. Seuil.

Leite, M. P. S. (s.d.). A depressão como paixão da alma.

Levisky, D. L. (2002). Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. *Psychê*, 6(10), 125-136.

Lewis, B. (2009). Obsession: A History, and: The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder, and: Shyness: How Normal Behavior Became a Sickness, and: Bipolar Expeditions: Mania and Depression in American Culture (Review). *Literature and Medicine*, 28(1), 152-171.

Lima, A. F. B. S., & Fleck, M. P. A. (2009). Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura.

Lopes, V. L. B. (1998). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na prática clínica: o modelo de Aaron Beck. [*Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*](#), 20(3), 22-28.

Loureiro, M. G. P. S. (2009). *Validação da escala do center for epidemiologic studies of depression – CES-D numa população clínica de idosos* (Dissertação de mestrado em geriatria). Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Lugão, S. M. (2008). *Aspectos narcísicos da clínica da obesidade* (Dissertação de mestrado não publicada em teoria psicanalítica). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Mabilde, L. C. (2009). Evolução da técnica psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 11(2), 161-181.

Machado, S. C. E. P. (2003). *Depressão em hospital geral: Avaliação do desempenho de escalas de rastreamento e desenvolvimento de instrumento para uso na rotina assistencial* (Tese de doutoramento não publicada em psiquiatria). Porto Alegre: Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Machado, S. S. (2009). Terapias cognitivas: um re-olhar sobre sua trajetória e pressupostos teóricos e tecnológicos. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 11(2), 244-263.

Maciel, M. R. (2003). *Depressão e criatividade na contemporaneidade: um estudo a partir de Freud e Winnicott* (Tese de doutoramento não publicada). Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Maciel, M. R. (2003). Subjetividade contemporânea e depressão. *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*. Rio de Janeiro.

Maia, A. C. (1998). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão* (Dissertação de doutoramento não publicada em psicologia clínica). Braga: Universidade do Minho.

Maia, A. C. (1999). Terapias congitivo-comportamentais da depressão. *Psiquiatria e Praxis Psychiatrica*, 2(6), 19-28.

Maia, A. C. (2000). Das observações clínicas aos resultados da investigação: Coincidências e discrepâncias no estudo da depressão. *Psiquiatria Clínica*, 21(1), 39-48.

Maia, A. C. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Psiquiatria Clínica*, 22(2), 197-204.

Martinho, J. (2009). Stresse e depressão. ***Afreudite – Revista Lusófona de Psicanálise Pura e Aplicada*, 1.**

Moniz, A. (2007). *Depressão e factores cronobiológicos* (Tese de doutoramento em psicologia clínica). Braga: Universidade do Minho.

Monteiro, K. C., & Lage, A. M. V. (2007). Depressão: uma psicopatologia classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(1), 106-119.

Moraes, A. (2005). Depressão e a mudança de paradigma em Winnicott. *Winnicott E-Prints*, 4(1), 1-20.

Moraes, A. A. R. E. (2005). *A contribuição winnicottiana para a teoria e clínica da depressão* (Tese de doutoramento não publicada em psicologia clínica). São Paulo: Pontifícia Universidade Católica.

Moreira, S. B. S. (2003). Descrição de algumas variáveis em um procedimento de supervisão de terapia analítica do comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 157-170.

Neto, A. (2007). A noção de experiência no pensamento de Winnicott como conceito diferencial na história da psicanálise. *Natureza Humana*, 9(2), 221-242.

Neves, S. C. L. (2010). *Mea culpa: depressão, masoquismo moral e religião* (Tese de mestrado não publicada em psicologia clínica). Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Nobre, A. (1892/1921). Ao Canto do Lume. Só (4.^a edição) (pp. 81-83). Porto: Tipografia de “A Tribuna”.

Nogueira, S. I., & Baía, S. (s.d.). A avaliação na criatividade ou a necessária criatividade na avaliação. *Revista Lusófona das Ciências do Comportamento: a Criatividade*, 46-88.

Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia positiva. *Paidéia*, 17(36), 9-20.

Peres, U. T. (2002). A psicanálise e os psicofármacos nas depressões. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 99-110.

Pergher, G. K., Stein, L. M., & Wainer, R. (2004). Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 82-90.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (2ª ed.). Lisboa: Edições.

Pimenta, C. A. M., Koizumi, M. S., & Teixeira, M. J. (1997). Dor, depressão e conceitos culturais. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 55(3 – A), 370-380.

Pinheiro, T. (2005). Depressão na contemporaneidade. *Pulsional: Revista de Psicanálise – Clínica do social*, 182, 101-109.

Quintella, R. R. (2008). *Vicissitudes da crença narcísica: a depressão no mundo contemporâneo* (Tese de doutoramento não publicada em teoria psicanalítica). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Quivy, R. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Ramadam, Z. B. A. (2005). Depressão: da bile negra aos neuro-transmissores: uma introdução histórica; Uma breve história dos transtornos ansiosos (Comentários de livros [2002; 2004]). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32(6), 343-344.

Rasera, E. F., Guanaes, C., & Japur, M. (2004). Psicologia, ciência e construcionismos: Dando sentido ao Self. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 157-165.

Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175-184.

Rocha, S. R. A. (2003). *“O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda.”: sofrimento, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários* (Dissertação de mestrado não publicada em psicologia). Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Sacoto, C. F. C. B. (2010). *As experiências depressivas da personalidade e o auto-conceito na idade adulta avançada* (Tese de mestrado integrado não publicada em psicologia). Lisboa: Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Santos, T. C. (2001). A angústia e o sintoma na clínica psicanalítica. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 4(1), 106-124.

Scazufca, M., & Matsuda, C. M. C. B. (2002). Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl I), 64-9.

Schwengber, D. D. S., Prado, L. C., & Piccinini, C. A. (2009). O impacto de uma psicoterapia breve pais-bebê para as representações acerca da maternidade no contexto da depressão. *Psico*, 40(3), 382-391.

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

Senos, J. (1997). Identidade social, auto-estima e resultados escolares. *Análise Psicológica*, 1(XV), 123-137.

Silva, J. A. R. (2008). O que os psiquiatras fazem? (Resenha de livro). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 159-160.

Silverstein, M. L. (2005). Self Psychological Foundations of Personality Disorders. In S. Strack (ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 181-197). New Jersey: John Willey & Sons, Inc.

Siqueira, E. S. E. (2007). A depressão e o desejo na psicanálise (Dissertação de mestrado não publicada em psicologia clínica). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Smith, T. W., O'Keeffe, J. L., & Jenkins, M. (1988). Dependency and self-criticism: Correlates of depression or moderators of the effects of stressful events? *Journal of Personality Disorders*, 2(2), 160-169.

Sousa, A. B., & Cruz, J. P. (2008). Narrativa protótipo da depressão. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16(1), 71-80.

Souza, M. L., & Gomes, W.B. (2005). Aspectos históricos e contemporâneos na investigação do self. *Memorandum*, 9, 78-90. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a09/souzagomes01.pdf>

Strauman, T., & Kolden, G. (1997). The self in depression: Research trends and clinical implications *Psychotherapy in Practice*, 3(3), 5-21.

Suertegaray, R. (2007). Narcisismo: Vergonha, fúria, espelhamento e idealização. *Contemporânea – Psicanálise e Transdisciplinaridade*, 2, 263-273.

Teixeira, L. C. (2006). Um corpo que dói: considerações sobre a clínica psicanalítica dos fenômenos psicossomáticos. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 6(1), 21-42.

Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 22(1), 89-98.

Vaz-Serra, A. (1989). Abordagem cognitivo-comportamental da depressão. *Psiquiatria Clínica*, 10 (2), 71-78.

Vaz-Serra, A. (Coord.). (2003). *Medicina – temas actuais: depressão. Atral-cipan*.

Veludo, C. M. B. (2009). *Narcisismo e função parental: Incursões na clínica, teoria psicanalítica e literatura* (Dissertação de mestrado não publicada em psicologia clínica). Brasília: Universidade de Brasília.

Vicente, L. B. (2005). Psicanálise e psicossomática: uma revisão. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7(1-2), 257-267.

Vidal, M., & Lowenkron, T. (2008). Sobre a depressão pura. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 42(1), 52-59.

Weigand, O. (2006). *A teoria do apego em diálogo com outras abordagens: a construção do self saudável*.

Yoshida, E. M. P., Santeiro, T. V., Santeiro, F. R. M., & Rocha, G. M. A. (2005). Psicoterapias breves psicodinâmicas: características da produção científica nacional e estrangeira (1980/2003). *Psico-USF*, 10(1), 51-59.

Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota: Professional Resource Exchange.

Zavaschia, M. L. S., Satlerb, F., Poester, D., Vargas, C. F., Piazenski, R., Rohde, L. A. P., & Eizirik, C. L. (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.

Zohar, A. H. (2007). The Blatt and the Cloninger models of personality and their relationship with psychopathology. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci.*, 44(4), 292–300.

Anexo I- Questionário de Experiências Depressivas (QED)

QED[©]

Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan (1976, 1979)
Versão portuguesa de Rui C. Campos (2000)

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra um conjunto de afirmações respeitantes a características e traços pessoais. Leia cada afirmação e decida se concorda ou discorda e em que grau. Se concorda totalmente, faça um círculo à volta do algarismo 7. Se discorda totalmente, faça um círculo à volta do algarismo 1. Se se posiciona algures num ponto intermédio, faça um círculo à volta de um dos algarismos entre 1 e 7. Se está numa posição totalmente neutra ou indeciso faça um círculo à volta do algarismo 4.

NOME _____

SEXO _____ IDADE _____ ESCOLARIDADE _____

DATA ____/____/____ PROFISSÃO _____

		Discordo totalmente					Concordo totalmente	
1-	Coloco os meus padrões e objectivos pessoais tão alto quanto possível	1	2	3	4	5	6	7
2-	Sem o apoio dos que me são próximos, sentir-me-ia desamparado(a)	1	2	3	4	5	6	7
3-	Tenho mais tendência a estar satisfeito(a) com os meus objectivos e planos actuais, do que em lutar por objectivos mais altos	1	2	3	4	5	6	7
4-	Algumas vezes sinto-me muito grande, e outras sinto-me muito pequeno(a)	1	2	3	4	5	6	7
5-	Quando estou intimamente envolvido(a) com alguém, nunca sinto ciúmes	1	2	3	4	5	6	7
6-	Necessito urgentemente de coisas que só os outros me podem proporcionar	1	2	3	4	5	6	7
7-	Frequentemente, acho que não vivo de acordo com os meus próprios modelos ou ideais	1	2	3	4	5	6	7
8-	Sinto que estou sempre a usar plenamente as minhas potenciais capacidades	1	2	3	4	5	6	7

©Copyright: Sidney Blatt, Joseph D'Afflitti e Donald Quinlan, 1979

©Copyright da versão portuguesa: Rui C. Campos, 2009

**Anexo II- Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
(CES-D)**

Nº.....

CES-D

Encontra nesta página uma lista das maneiras como se pode ter sentido ou reagido. Indique com que frequência se sentiu dessa maneira **durante a semana passada** fazendo uma cruz no quadrado correspondente.

- Use a seguinte chave:
- Nunca ou muito raramente (menos de 1 dia)
 - Ocasionalmente (1 ou 2 dias)
 - Com alguma frequência (3 ou 4 dias)
 - Com muita frequência ou sempre (5 ou 7 dias)

Durante a semana passada:	Nunca ou muito raramente	Ocasional- mente	Com alguma frequência	Com muita frequência ou sempre
1. Fiquei aborrecido com coisas que habitualmente não me aborrecem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Não me apeteceu comer; estava sem apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Senti que não conseguia livrar-me da neura ou da tristeza, mesmo com a ajuda da família ou dos amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Senti que valia tanto como os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tive dificuldade em manter-me concentrado no que estava a fazer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Senti-me deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Senti que tudo o que fazia era um esforço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T.Fagulha & B.Gonçalves, FPCE-UL. Versão para estudo. Circulação restrita.

Anexo III- A Avaliação da Representação do Self

Indivíduo nº:

Idade:

Escolaridade:

Tempo de diagnóstico:

Tempo de seguimento:

Na folha em branco que lhe darei a seguir, auto-depscreva-se em 5 minutos.