

Resumo

O objectivo do presente trabalho foi estudar a relação entre experiências depressivas e mecanismos de defesa, numa amostra clínica. Participaram 50 pacientes externos dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora e do Hospital Distrital de Santarém, 13 do sexo masculino e 37 do sexo feminino. As idades variaram entre os 23 e os 65 anos ($M = 44,00$; $SD = 12,19$). Foi aplicada a versão portuguesa (Campos, 2000, 2009) do Questionário de Experiências Depressivas (QED, Blatt et al., 1976), a versão portuguesa (Justo, 1989) do Inventário de Mecanismos de Defesa (DMI, Ihilevich & Gleser, 1986) e a versão portuguesa (Gonçalves e Fagulha, 2003) da *Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos* (CES-D, Radloff, 1977). Calcularam-se os valores de correlação ente as escalas de *dependência*, *auto-criticismo* e as sub-escalas de *necessidade* e *contacto*, com as cinco escalas de mecanismo de defesa do DMI e com os sintomas depressivos. Realizaram-se também análises de regressão linear múltipla e análises de regressão linear múltipla hierárquica. A necessidade foi prevista por um nível elevado do tipo de mecanismo de defesa *turning against self*. O auto-criticismo foi previsto por um nível baixo do tipo de mecanismo de defesa *principalization*. Os resultados são discutidos de um ponto de vista psicodinâmico e desenvolvimental.

Palavras-Chave: mecanismos de defesa, experiências depressivas, auto-criticismo, necessidade

Defense Mechanisms and Depressive Experiences: A study with a clinical sample

Abstract

The aim of this work was to study the relationship between depressive experiences and defense mechanisms in a clinical sample. 50 outpatients participated from the Departments of Psychiatry and Mental Health of the Espírito Santo Hospital of Évora and District Hospital of Santarém, 13 male and 37 female. Their ages ranged between 23 and 65 years ($M = 44.00$, $SD = 12.19$). It was applied the portuguese version (Campos, 2000, 2009) of Depressive Experiences Questionnaire (DEQ, Blatt et al., 1976), the portuguese version (Justo, 1989) of the Defense Mechanisms Inventory ((DMI, Ihilevich & Gleser, 1986) and the portuguese version (Gonçalves and Fagulha, 2003) of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D, Radloff, 1977). The correlation values between the scales of dependency, self-criticism and the subscales of neediness and connectedness with the five scales of defense mechanism of DMI and the depressive symptoms were calculated. There were also multiple linear regression analysis and analysis of hierarchical multiple linear regression. The neediness was provided by a high level of the type of defense mechanism *turning against self*. Self-criticism was predicted by a low level of the type of defense mechanism *principalization*. Results are discussed from a psychodynamic and developmental perspective.

Keywords: defense mechanism, depressive experiences, self-criticism, neediness

Índice

Introdução.....	1
I- Fundamentação Teórica	5
1 - A Perspectiva teórica de Sidney Blatt.....	5
1.1. O Desenvolvimento da Personalidade: O Relacionamento e a Auto-definição.....	5
1.2. As duas configurações psicopatológicas: anaclítica e introjectiva.....	12
1.3. As Experiências Depressivas: anaclíticas ou de dependência e introjectivas ou de auto-criticismo.....	19
1.4. Avaliação empírica do Relacionamento e da Auto-definição.....	22
2 - Os Mecanismos de Defesa na Psicologia.....	27
2.1. Diferentes perspectivas sobre os Mecanismos de Defesa.....	27
2.2. A Perspectiva de David Ihilevich e Goldine C. Gleser.....	30
2.3. Avaliação dos Mecanismos de Defesa	32
3 - Mecanismos de Defesa e Psicopatologia.....	37
3.1. Mecanismos de Defesa associados a diversos quadros psicopatológicos.....	37
3.2. Depressão e Mecanismos de Defesa.....	39
3.3. Experiências Depressivas (anaclíticas e introjectivas) e Mecanismos de Defesa.....	42
II. Estudo Empírico.....	47
4 - Colocação do problema, objectivos e hipóteses de investigação.....	47

5 - Metodologia.....	53
5.1. Participantes.....	53
5.2. Instrumentos de Medida.....	54
5.3. Procedimento.....	56
6 - Resultados.....	59
6.1. Estatística Descritiva.....	59
6.2. Correlações bi-variadas entre as Experiências Depressivas, os Mecanismos de Defesa e os sintomas depressivos.....	59
6.3. Análises de Regressão Linear Múltipla.....	60
6.4. Análises de Regressão Linear Múltipla Hierárquica.....	61
7 - Discussão.....	65
Conclusões.....	69
Referências Bibliográficas.....	71
Anexos.....	80

Introdução

A investigação tem sistematicamente demonstrado uma relação entre o uso de mecanismos de defesa e uma grande variedade de perturbações psiquiátricas, ou seja, evidências empíricas sugerem existir uma relação entre os padrões de funcionamento ao nível dos mecanismos de defesa e os processos psicopatológicos (Mullen et al., 1999). Deste modo, várias perspectivas teóricas consideram que os mecanismos de defesa são de grande importância para a organização e funcionamento da personalidade, bem como para a psicopatologia. Como têm sido vistos como fundamentais para o funcionamento dos conflitos internos e externos, têm também sido alvo de grande interesse no campo da psicoterapia, especialmente nas terapias psicanalíticas (Schauenburg, Willenborg, Sammet & Ehrental, 2007). A relação entre a depressão e os mecanismos de defesa tem sido encontrada num variado número de investigações, que tiveram como objectivo compreender como a presença de determinados mecanismos de defesa no funcionamento interno do sujeito, pode influenciar a propensão para a depressão e de que modo podem afectar igualmente a sua gravidade e contribuir para o seu tratamento (Kwon & Lemon, 2000; O' Leary et al., 1976; Akkerman, Carr & Lewin, 1992; Margo et. Al., 1993; Kwon, 1999; Mullen et al., 1999; Cramer, 2002; Besser, 2004; Azibo, 2007; Landmark et al., 2008 & Pulkit e Kumar, 2010).

Sendo importante o estudo sobre a relação entre a depressão e os mecanismos de defesa, o presente trabalho pretende assim dar um contributo para a compreensão da relação entre tipos de experiências depressivas conceptualizadas por Blatt e colegas e mecanismos de defesa. Toda a conceptualização de Blatt sobre o fenómeno depressivo assenta na ideia da existência de dois tipos de vulnerabilidade à doença depressiva, estruturados na infância, através de representações mentais perturbadas do objecto e das relações de cuidado. A doença depressiva originar-se-ia dessas personalidades vulneráveis. As duas configurações caracteriológicas propostas por Blatt, anaclítica ou dependente e introjectiva ou de auto-criticismo, estariam por detrás das formas normais e patológicas de depressão (Baker, Nenneyer & Barris, 1997).

De acordo com a perspectiva teórica de Sidney Blatt, é possível observar que diferentes tipos de mecanismos de defesa e estilos de coping estão relacionados com as duas configurações básicas da personalidade e psicopatologia. Segundo Blatt (1990), os indivíduos que favorecem o estabelecimento de relações interpessoais com uma relativa negligência da auto-definição (dependentes ou anaclíticos) utilizam

preferencialmente mecanismos de defesa de tipo evitante, como a negação e a repressão. Por outro lado, os indivíduos que investem principalmente na auto-definição, com uma certa negligência dos relacionamentos interpessoais (auto-críticos ou introjectivos) utilizam principalmente mecanismos de defesa de tipo neutralizante, tais como a projecção, regressão, sublimação, intelectualização, racionalização e a formação reactiva.

Mais especificamente, o objectivo do presente trabalho é estudar a relação entre os quatro tipos de experiências depressivas conceptualizadas por Blatt e seus colegas, o auto-criticismo e a dependência e mais recentemente as duas sub-dimensões, da dimensão de dependência, a necessidade e o contacto, e os mecanismos de defesa, de acordo com a perspectiva proposta por Ihilevich e Gleser (1986). Para o estudo desta relação será também controlado o efeito dos sintomas depressivos, da depressão estado.

Esta investigação é uma replicação do estudo exploratório de Campos, Besser e Blatt (2011) no qual foi examinada a relação existente entre mecanismos de defesa e experiências depressivas conceptualizadas por Blatt e seus colegas, numa amostra não clínica. Relativamente ao estudo de Campos et al. (2011), as diferenças encontradas têm a ver com o facto de ser utilizada uma amostra clínica, pois no estudo citado foi referido a importância de comparar os resultados obtidos com os de uma amostra clínica. Para além disso, no estudo citado não foi controlado o efeito da depressão estado.

No presente estudo participou uma amostra de 50 pacientes externos dos Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental dos Hospitais do Espírito Santo de Évora e Distrital de Santarém. A maior parte dos sujeitos tinha um diagnóstico de depressão, embora estivessem presentes sujeitos com outros diagnósticos. Foram utilizados nesta investigação 3 questionários, a versão portuguesa (Campos, 2000c, 2009a) do Questionário de Experiências Depressivas (QED) de Blatt e colegas (1976), que foi utilizado com o objectivo de avaliar os quatro tipos de experiências depressivas, a versão portuguesa (Justo, 1989) do Inventário dos Mecanismos de Defesa (DMI), de Ihilevich & Gleser (1969), aplicado para avaliar os mecanismos de defesa e, por último, a versão portuguesa (Gonçalves e Fagulha, 2003) da Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D) desenvolvida por Radloff (1977), para medir os sintomas depressivos.

A seguir a esta introdução, temos na 1ª parte do trabalho 3 capítulos, que dizem respeito à fundamentação teórica. No 1º capítulo é apresentada a perspectiva teórica de Sidney Blatt, sendo este composto por 4 secções. A 1ª secção compreende a sua conceptualização acerca do desenvolvimento da personalidade e a 2ª secção, a

sua conceptualização acerca da psicopatologia, através de duas linhas de desenvolvimento fundamentais, o Relacionamento e a Auto-Definição. Ainda no mesmo capítulo, na 3ª secção, são caracterizadas as experiências depressivas conceptualizadas pelo autor, anaclíticas ou de dependência e introjectivas ou de auto-criticismo. Numa 4ª secção, encontra-se a avaliação empírica do Relacionamento e da Auto-Definição, onde se descreve de forma pormenorizada o Questionário de Experiências Depressivas desenvolvido por Blatt e colegas em 1976.

O 2º capítulo, composto por 3 secções, refere-se aos Mecanismos de Defesa em Psicologia, apresentando-se na 1ª secção, diferentes perspectivas teóricas de vários autores acerca dos mesmos, descrevendo-se a seguir, na 2ª secção, a perspectiva de David Ihlevich e Goldine C. Gleser e do Inventário dos Mecanismos de Defesa, desenvolvido em 1969. Para além da descrição deste inventário, são também apresentados alguns dos diversos instrumentos que têm sido desenvolvidos para avaliar os mecanismos de defesa, na 3ª secção deste capítulo.

A relação entre os mecanismos de defesa e a psicopatologia é apresentada no 3º capítulo, igualmente com 3 secções, onde na 1ª secção é descrita a relação entre mecanismos de defesa e alguns quadros psicopatológicos, sendo na 2ª secção apontadas algumas investigações existentes acerca da relação entre a depressão e mecanismos de defesa, sendo também apresentados alguns estudos que relacionaram especificamente as experiências depressivas de acordo com a perspectiva de Blatt e colegas e mecanismos de defesa, numa 3ª secção.

Já na 2ª parte deste trabalho, referente ao estudo empírico, o 4º capítulo é destinado à descrição do problema do presente estudo, apresentando os seus objectivos e as hipóteses de investigação.

No 5º capítulo é descrita a metodologia desta investigação, onde é caracterizada a amostra utilizada, os instrumentos de medida aplicados e o procedimento utilizado para a recolha de dados.

Está presente no 6º capítulo a análise dos resultados do estudo, sendo que no 7º capítulo serão discutidos os mesmos, com base na revisão de literatura efectuada.

Por ultimo, serão apresentadas as conclusões e finalmente as referências bibliográficas.

I. Fundamentação Teórica

1 - A Perspectiva teórica de Sidney Blatt

1.1. O Desenvolvimento da Personalidade: O Relacionamento e a Auto-definição

O desenvolvimento da personalidade é resultado da complexa interacção de duas linhas de desenvolvimento fundamentais, que ocorrem desde a infância à idade adulta, por um lado, o desenvolvimento de relacionamentos interpessoais maduros, íntimos, recíprocos e satisfatórios e, por outro lado, o desenvolvimento de uma auto-definição ou identidade consolidada, realística, positiva e integradora (Blatt & Blass, 1992). Estes dois processos fundamentais no desenvolvimento ocorrem através de uma interacção sinérgica, dialéctica e hierárquica, na qual o progresso de uma das linhas de desenvolvimento vai facilitar o progresso da outra (Blatt, 2006).

Sendo que muitas das teorias da personalidade consideram o relacionamento interpessoal e a auto-definição como dois processos centrais no desenvolvimento da personalidade, a sua maioria tem dado uma maior ênfase somente a uma dessas duas linhas de desenvolvimento, existindo, assim, uma separação entre o relacionamento e a auto-definição (Blatt & Blass, 1992).

Muitos dos trabalhos teóricos e empíricos realizados sobre a personalidade defendem a grande importância das questões da separação e individuação e do estabelecimento da identidade no desenvolvimento da personalidade, sendo que apesar dos relacionamentos interpessoais deterem um papel significativo neste processo, o estabelecimento e manutenção de relacionamentos não são vistos como um processo fundamental para o desenvolvimento da personalidade (Blatt & Blass, 1996). Mahler admite que o processo de separação e individuação é central no desenvolvimento humano, sendo que este processo depende de um distanciamento da mãe, de modo a existir uma transição da dependência infantil para um funcionamento independente. Também Blos enfatiza a importância da separação para o desenvolvimento, afirmando que esse processo deve ocorrer na infância através da perda da relação simbiótica com a mãe, para um desenvolvimento independente. Settlage admite que o processo de separação e individuação resulta na formação de estruturas ou funções psíquicas, fundamentais para o desenvolvimento do *self* e para a capacidade de auto-regulação. Anna Freud descreve o desenvolvimento individual

como uma série de comportamentos do indivíduo, que visam encontrar a independência emocional e física e uma maior auto-confiança (Blatt & Blass, 1992).

Em contraste às teorias anteriormente referidas, que enfatizam primariamente a separação, individuação e o desenvolvimento da identidade, outras teorias focam-se primariamente na proximidade e no desenvolvimento de relacionamentos interpessoais, admitindo que a identidade resulta dos contactos e relações interpessoais e o desenvolvimento psicológico é definido primariamente pela qualidade dessas mesmas relações (Blatt & Blass, 1996). Winnicott considera de grande importância o desenvolvimento de relações interpessoais e enfatiza temas como a dependência, cuidado, afecto, reciprocidade e intimidade para o desenvolvimento humano. Guntrip defende que o relacionamento pode ser visto como a maior dimensão do processo desenvolvimental, admitindo que o crescimento emocional da criança depende em grande parte de relacionamentos satisfatórios, primeiramente com a mãe, depois com a família e por fim, com o mundo que a rodeia. Para este autor, relacionamentos satisfatórios permitem à criança encontrar-se a si mesma, experienciando o seu significado como pessoa para os outros e o significado que os outros têm para si. Também Sullivan considera o desenvolvimento da personalidade como consequência das trocas entre o indivíduo e os outros significativos, que lhe vão proporcionar satisfação e segurança. Segundo o autor, o desenvolvimento da personalidade envolve interações satisfatórias com os outros (Blatt & Blass, 1992).

No entanto, embora diversas teorias tenham dado ênfase somente a uma das duas linhas de desenvolvimento da personalidade, outras teorias sublinharam o desenvolvimento simultâneo das mesmas, considerando o desenvolvimento do sentido do self e a capacidade para os relacionamentos como duas dimensões ou tarefas básicas do desenvolvimento (Blatt & Blass, 1996).

Muitos dos trabalhos teóricos de Freud são baseados numa polaridade fundamental, a polaridade da ligação e da individuação, ou dos relacionamentos interpessoais e de auto-definição, conceptualizando assim a existência humana em termos desta mesma polaridade. Freud defende que o desenvolvimento do indivíduo é produto da interacção de dois impulsos, o impulso direccionado para a felicidade, o qual denominou de “egoísta” e o impulso direccionado para a união com os outros, que denominou de “altruísta”, sendo que cada indivíduo luta com estes dois impulsos, que se encontram em oposição e disputam mutuamente o meio em redor (Blatt, 2006).

Esta polaridade está também presente na distinção entre o objecto e a libido do ego defendida por Freud, ou seja, entre os instintos libidinais ao serviço da ligação emocional e os instintos agressivos, necessários para a autonomia, mestria e auto-definição e entre uma escolha anaclítica baseada na mãe, a qual alimenta e/ou o pai,

o qual protege, e uma escolha narcisista baseada naquilo que o indivíduo é, foi e quer ser. A escolha anaclítica envolve o objecto libidinal e o desenvolvimento de afecto e de relacionamentos satisfatórios, enquanto que a escolha narcisista envolve a libido do ego e o uso dos outros para elevar o self. Freud estende também esta polaridade do relacionamento e da auto-definição (ligação e individuação) distinguindo a ansiedade derivada da internalização da autoridade do superego, o qual envolve sentimentos de culpa e medo da punição, que estão relacionados com os instintos do ego e questões de mestria em oposição à ansiedade social que envolve o medo da perda de amor e do contacto com os outros (Blatt & Blass, 1996; Blatt, 2006).

Bowlby através de uma perspectiva psicodinâmica/etológica sublinhou a libido e a agressão como substratos emocionais do desenvolvimento da personalidade, os quais se expressam no esforço do indivíduo para a ligação com os outros e para a separação (Blatt & Blass, 1996).

Também no seu modelo cognitivo, Beck refere a existência de dois processos de desenvolvimento psicológicos, por um lado, a Sociotrópica (relacionada com as relações sociais) e, por outro lado, a Autonomia (relacionada com a individualidade), as quais são, por sua vez, fundamentais na depressão e nas perturbações da personalidade (Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010).

A Sociotrópica, de acordo com Beck, refere-se ao investimento feito pelo indivíduo em fazer trocas positivas com os outros, assegurando aceitação, intimidade, compreensão e suporte. Os indivíduos sociotrópicos têm grandes preocupações em serem aprovados pelos os outros e fazem grandes esforços para manterem a ligação com os mesmos. Por outro lado, a Autonomia, de acordo com Beck, refere-se ao investimento do indivíduo em preservar e aumentar a sua independência e direitos pessoais, procurando objectivos elevados e significativos. Os indivíduos autónomos preocupam-se acerca da possibilidade do fracasso pessoal e esforçam-se para aumentar o seu controlo sobre o ambiente, de forma a reduzir o fracasso e a crítica (Blatt, 2006).

Horowitz et al. notaram na sua Teoria Interpessoal Contemporânea, que existem duas dimensões primárias e ortogonais, a Comunhão (cuidado e afiliação) e a Agência (domínio social) (Blatt et al., 2010).

Através de uma sequência linear de estádios hierárquicos, Erikson refere que o desenvolvimento individual ocorre desde a dependência infantil, através dos estádios de identificação e socialização, em direcção a um aumento da individualidade. De acordo com Erikson, os relacionamentos interpessoais maduros ocorrem em consequência de um aumento da individualidade, ou seja, a questão dos

relacionamentos interpessoais aparece no modelo de Erikson com um papel secundário. Apesar de Erikson sublinhar a importância dos relacionamentos interpessoais no desenvolvimento psicológico, o seu foco é principalmente nos antecedentes e consequentes da identidade (Blatt & Blass, 1996).

Deste modo, existe neste Modelo Epigenético alguma negligência sobre a importância da ligação com os outros no desenvolvimento, sendo esta questão, a maior limitação apontada ao modelo (Blatt & Blass, 1996).

No entanto, embora os aspectos da auto-definição (autonomia, iniciativa, realização e identidade) sejam centrais nas formulações de Erikson, é necessário notar que os processos de separação e diferenciação também implicam reconhecer semelhanças e diferenças nos outros, bem como reconhecer-se ao próprio na relação com os mesmos. A articulação de duas linhas de desenvolvimento psicológico distintas, mas em interacção, o relacionamento e a auto-definição, proporciona uma base da reformulação do Modelo Psicossocial do Desenvolvimento de Erikson, proposta por Blatt (Blatt, 2008).

Assim, Blatt e Blass (1990, 1992, 1996), com o objectivo de enfatizar a componente do relacionamento e para uma maior compreensão do desenvolvimento da personalidade introduziram algumas modificações no modelo de Erikson, para, desta forma, introduzirem a questão da interacção dialéctica entre o relacionamento e a auto-definição (Blatt & Blass, 1996). Na teoria de Erikson, o objectivo central é o estabelecimento de uma identidade sólida, estando as tarefas de vinculação pouco valorizadas, pois são consideradas por Erikson como elos intermediários no processo de individualidade (Blatt, 2008).

Na reformulação do modelo de Erikson, Blatt acrescentou um novo estágio de cooperação/alienação entre os estádios de iniciativa/culpa e realização/inferioridade. Os nove estádios de Erikson foram consequentemente divididos em duas linhas paralelas de relacionamento/vinculação e de auto-definição/separação, que interagem de forma complexa. Deste modo, o primeiro estágio (confiança/desconfiança) pertencerá à linha do relacionamento e o segundo (autonomia/vergonha) e terceiro estádios (iniciativa/culpa) à linha da auto-definição. O quarto estágio (cooperação/alienação) pertencerá a linha do relacionamento e o quinto (realização/inferioridade) e sexto estágio (identidade/difusão) pertencerão à linha da auto-definição. O sétimo estágio, (intimidade/isolamento) pertencerá à linha de relacionamento e os últimos dois estádios (generatividade/ estagnação e integridade/desespero) pertencerão à linha da auto-definição (Blatt & Blass, 1996; Blatt, 2008).

A reformulação do Modelo de Erikson proporcionou uma forma de diferenciar o papel de dois processos básicos do desenvolvimento psicológico, a internalização e a integração, e a sua interação durante o ciclo da vida. A internalização é um processo fundamental no desenvolvimento psicológico, inclui em si diferentes tipos ou níveis (incorporação, introjecção e identificação) e a sua maior componente pode ser conceptualizada como o estabelecimento de relacionamentos gratificantes. Os seus antecedentes estão na relação mãe/filho. Assim sendo, em termos desenvolvimentais, o primeiro passo do processo de internalização é o estabelecimento de um envolvimento gratificante com o outro, o que parece ser uma condição essencial para a internalização, a qualquer nível de desenvolvimento psicológico e permite ao indivíduo funcionar com um elevado grau de coerência e integridade. O segundo passo deste processo consiste na inevitável ruptura da unidade mãe/filho, o que pode ser conceptualizado nas incompatibilidades experienciadas. Deste modo, o estabelecimento de um envolvimento gratificante e a subsequente experiência de incompatibilidade no contexto de uma relação psicológica significativa, constituem os mecanismos subjacentes fundamentais do processo de internalização, resultando num aumento da diferenciação e individuação psicológicas (Blatt & Blass, 1996; Blatt, 2008).

A integração consiste num mecanismo primário do desenvolvimento psicológico da formação da identidade, sendo que assume maior importância a partir da adolescência, quando vários aspectos do desenvolvimento e dos relacionamentos interpessoais emergem na formação da identidade. A formação da identidade e do sentido do self em relação com os outros derivam da integração dos aspectos da auto-definição (autonomia, iniciativa e independência) e dos sentimentos do self (orgulho, auto-estima e confiança) com as experiências interpessoais de confiança e cooperação com os outros. A integração depende assim da qualidade das internalizações antecedentes e ocorre a partir das duas linhas de desenvolvimento fundamentais, ou seja, dos aspectos da auto-definição e de relacionamentos interpessoais satisfatórios (Blatt & Blass, 1996; Blatt, 2008).

De acordo com a perspectiva de Blatt, acerca do desenvolvimento da personalidade, os dois processos, auto-definição e relacionamento, evoluem de uma forma interactiva, dialéctica, recíproca, balanceada e mutuamente facilitadora ao longo do desenvolvimento. Assim, relacionamentos interpessoais significativos e satisfatórios contribuem para um conceito do self ou de identidade mais evoluído, o que, por sua vez vai conduzir à possibilidade do estabelecimento de relacionamentos interpessoais também mais evoluídos. O desenvolvimento do self é, deste modo, influenciado por

experiências interpessoais significativas e novos tipos de relacionamentos interpessoais ocorrem como consequência de revisões significativas do self (Blatt & Schichman, 1983).

Apesar da normalidade poder ser hipoteticamente definida como uma integração entre o relacionamento e a auto-definição, dentro dos limites dessa normalidade os indivíduos podem colocar uma maior ênfase num dos dois processos de desenvolvimento, no relacionamento ou na auto definição, definindo-se assim duas configurações básicas de personalidade. Uma ênfase no estabelecimento de relacionamentos interpessoais estáveis e significativos define um estilo de personalidade anaclítico, enquanto que a ênfase na formação da identidade ou de um auto-conceito consolidado e diferenciado define um estilo de personalidade introjectivo (Blatt & Schichman, 1983).

Estas duas configurações da personalidade apresentam modos particulares de cognição, diferentes mecanismos de defesa e de adaptação, aspectos únicos relativos aos relacionamentos interpessoais e formas específicas de representação objectal e de representação do *self* (Blatt, 2006).

O termo anaclítico foi utilizado por Freud para caracterizar os relacionamentos interpessoais que inicialmente derivam da dependência precoce experienciada na satisfação de necessidades como a fome, com um objecto de amor como a mãe e o termo introjectivo foi também utilizado por este autor para descrever os valores, padrões culturais, motivações e restrições que seriam assimilados pelo self, consciente ou inconscientemente, como orientação dos princípios pessoais através da aprendizagem e socialização (Blatt & Blass, 1992; Blatt, 1990, 2008).

Os indivíduos anaclíticos são normalmente mais figurativos no seu pensamento, dando uma maior importância aos afectos e às imagens visuais. Optam mais pela síntese e pela integração num todo dos vários elementos, em vez de uma análise crítica dos detalhes. Têm uma grande tendência para procurar a fusão, harmonia, integração e a síntese. O seu foco principal centra-se em torno das experiências pessoais (significados, sentimentos, afectos e reacções emocionais). Tendem também a ser dependentes de campo, o que os torna mais influenciados pelos elementos do ambiente. O seu pensamento é muito mais intuitivo e marcado por sentimentos, e procuram a harmonia, a satisfação, a confiança e o bem-estar nas relações interpessoais. O seu modo instintivo principal é libidinal. Valorizam o estabelecimento de relações próximas e íntimas, preocupando-se em dar e receber afecto num contexto de segurança e cooperação. Deste modo, a configuração anaclítica da personalidade é sobretudo orientada para o objecto (Blatt & Blass, 1992; Blatt, 2006; 2008).

Nos indivíduos introjectivos o pensamento é muito mais literal, sequencial e crítico. Revelam uma preferência pela acção e pelo comportamento manifesto. Seguem-se mais pela lógica, pela consistência e pela causalidade, em vez das relações e dos sentimentos. Dão mais ênfase à análise do que à síntese e à exploração crítica dos detalhes e das partes. Tendem a ser independentes do campo e as suas experiências e julgamentos são primariamente influenciados por factores internos e não tanto por factores ambientais. O seu maior objectivo é a assertividade e o prestígio, tal como o controle e o poder. O seu modo instintivo principal envolve a agressividade e a assertividade e não a intimidade e a ligação. São as preocupações com a auto-definição que dominam todas as suas relações interpessoais e o seu maior desejo é serem reconhecidos, respeitados e admirados. Por vezes, podem revelar alguma tendência para o isolamento e para serem excessivamente críticos em relação a si próprios e aos outros (Blatt & Blass, 1992; Blatt, 2006; 2008).

Spiegel e Spiegel (1978) apresentaram uma proposta similar à de Blatt, formulando dois estilos de personalidade distintos, por um lado o estilo de personalidade *Dionysian* e, por outro lado, o estilo de personalidade *Apollonian*. Descreveram os *Dionysian* como sensíveis às questões interpessoais, mais intuitivos, passivos, dependentes e ingénuos emocionalmente, focando-se mais em sentimentos do que em ideias. São facilmente influenciados por novas ideias e pelos outros, são mais orientados para a acção, tendem a suspender o seu julgamento crítico, vivem mais no momento presente, não se preocupando tanto com o passado e futuro e dão mais valor à afiliação e aos relacionamentos interpessoais (Blatt, 2006).

Por outro lado, os *Apollonian*, são descritos por Spiegel e Spiegel, como mais ideativos, organizados e críticos, valorizando o controlo e a razão, mais do que as emoções. São mais constantes, responsáveis e confiáveis, são pouco emocionais, altamente organizados e empregam a razão crítica para planearem o futuro. Os *Apollonian* valorizam as suas próprias ideias e tentam influenciar os outros para aceitarem e confirmarem essas mesmas ideias. Estão altamente preocupados com o controlo e são muito críticos em relação às ideias dos outros. São muitos metódicos, comparando e contrastando alternativas e avaliando ideias e situações, antes de decidirem, têm muito orgulho neles próprios por serem muito responsáveis e hesitam em assumir compromissos. Estão muito preocupados em saber se as coisas estão correctas e precisas e planeiam as mesmas de forma lógica e sistemática. Deste modo, de forma mais resumida, os *Dionysian* são “influenciados pelo coração”, enquanto que os *Apollonian* são “influenciados pela cabeça” (Blatt, 2006).

De uma forma sintética pode dizer-se que o desenvolvimento normal ocorre num sistema aberto no qual as relações interpessoais e a auto-definição se

desenvolvem em complexas interacções. Mas, disfunções no desenvolvimento podem, contudo, distorcer este processo interactivo, o que, por sua vez, pode levar à vulnerabilidade para a psicopatologia (Blatt & Schichman, 1983).

A psicopatologia é consequência de graves desvios no desenvolvimento, que interferem com o estabelecimento de relações interpessoais satisfatórias e de um conceito do self significativo, de forma recíproca. Os sintomas psicopatológicos são tentativas ou manobras compensatórias e distorções exageradas e extremas do desenvolvimento normal. Os indivíduos lidam com as disfunções do desenvolvimento através de tentativas de encontrar um equilíbrio, dando uma ênfase exagerada ao estabelecimento de relacionamentos interpessoais ou aos aspectos relacionados com a construção do self (Blatt & Schichman, 1983).

Deste modo, desvios ligeiros no processo de desenvolvimento formam os dois estilos de personalidade, enquanto que desvios mais acentuados formam duas configurações psicopatológicas.

1.2. As duas configurações psicopatológicas: anaclítica e introjectiva

A identificação de duas dimensões (relacionamento e auto-definição) no desenvolvimento da personalidade, bem como a distinção entre as configurações anaclítica e introjectiva na organização da personalidade, contribuem para a compreensão de várias formas de psicopatologia do eixo I e II do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). De facto, esta abordagem não apenas facilita a compreensão da continuidade entre o normal e o patológico como também permite compreender as complexas relações entre os vários tipos de patologia. Cada uma das configurações psicopatológica contém várias formas de comportamento desadaptativo, desde formas relativamente graves a moderadas de psicopatologia. Dada a similaridade quanto à natureza dos conflitos predominantes e aos modos de adaptação e defesa, as várias psicopatologias podem ser localizadas dentro de uma das configurações (Blatt, 2008).

As manifestações sintomáticas das várias patologias, desde a esquizofrenia às neuroses, resultam em grande parte, segundo Blatt (1991, 1995), de diferentes tipos de perturbações nas estruturas ou esquemas cognitivo-afectivos, que se estabeleceram nas relações significativas existentes ao longo do desenvolvimento. Estas são modos de organização e de processamento da informação, guiando e dirigindo o comportamento, quer na esfera interpessoal, quer noutros domínios. Os

esquemas desenvolvem-se à medida que ocorre a maturação psicológica do indivíduo, têm componentes cognitivas, afectivas e experienciais inconscientes e conscientes, que derivam das experiências interpessoais significativas com os outros. Os indivíduos vivenciam diversas exigências ao longo do seu desenvolvimento, sendo que quando estas exigências são adequadas à idade, a criança é capaz de alterar os seus esquemas de forma a acomodar a nova experiência, mas quando as exigências são persistentes e ultrapassam a capacidade de acomodação da criança, pode verificar-se uma perturbação no desenvolvimento dessas estruturas cognitivas (Levy, Blatt & Auerbach, 1997; Campos, 2003).

Interacções afectivas consistentes e positivas entre a criança e os outros significativos resultam em modelos internos integrados e diferenciados em que os atributos da relação se consolidam. São assim integradas novas experiências nestes modelos, o que permite a reconstrução de novos esquemas. A criança vai construindo uma concepção do comportamento das figuras de vinculação, através da interacção com essas mesmas figuras, e uma concepção do *self* na relação. Deste modo, estes modelos internos organizam e determinam o desenvolvimento da personalidade (Levy, Blatt & Auerbach, 1997; Campos, 2003).

Blatt identificou assim vários pontos nodais nos esquemas cognitivo-afectivos, sendo que perturbações nesses pontos associam-se com diferentes tipos de psicopatologia, descrevendo, deste modo, a sua importância na compreensão de uma vasta gama de psicopatologias. Estes pontos nodais são os seguintes: *constância dos limites*, na qual o indivíduo é capaz de estabelecer e manter um sentido de separação entre o *self* e o *nonself*; *constância emocional*, na qual o indivíduo é capaz de estabelecer e manter uma ligação emocional consistente com uma pessoa particular; *constância evocativa*, na qual o indivíduo é capaz de estabelecer e manter um relacionamento emocional positivo com os outros significativos, quando os outros estão ausentes ou quando o indivíduo está em conflito com a pessoa significativa; *constância do self* e do objecto, na qual o indivíduo apresenta uma representação consolidada, coesa e estável sobre si mesmo; e por último, *pensamento operativo*, no qual o indivíduo é capaz de coordenar entre diversas dimensões e é também capaz de se considerar a si mesmo em configurações interpessoais triádicas, derivantes da sua família e de contextos sociais mais amplos (Blatt, Levy & Auerbach, 1997). De acordo com Blatt (1991) distúrbios existentes na *constância dos limites* e na *constância emocional* associam-se a patologias psicóticas e perturbações na *constância evocativa* associam-se à perturbação *borderline*. As perturbações neuróticas associam-se a perturbações na *constância do self e do objecto*.

Nas diferentes formas de Psicopatologia, o ênfase excessivo numa das duas linhas de desenvolvimento, da auto-definição ou do relacionamento torna-se a base primária de manobras compensatórias, e logo, de expressões sintomáticas várias, as quais vão ser influenciadas por diversos parâmetros. Estes incluem predisposições biológicas, factores e eventos ambientais, questões conflituais, questões culturais e familiares, estilo dos cuidadores primários e valores individuais e familiares. Acresce que a psicopatologia é muitas vezes caracterizada pela falta de flexibilidade e pela perda de oportunidades de crescimento e mudança, como consequência de novas experiências e novas oportunidades ambientais. Conceitos fixos e rígidos do self restringem a oportunidade de novos tipos de interacções interpessoais e experiências de crescimento do self (Blatt & Schichman, 1983).

A psicopatologia da configuração anaclítica envolve preocupações e conflitos em redor da qualidade dos relacionamentos interpessoais e os sintomas presentes expressam tentativas exageradas de estabelecer e manter relações interpessoais satisfatórias em torno do sentimento de se sentir amado e de se sentir capaz de amar os outros. As distorções desenvolvimentais são expressas na psicopatologia anaclítica através de exageradas preocupações com a confiança, o afecto, o carinho, o amor e a exagerada dependência dos outros e através de questões de intimidade e inquietações acerca da capacidade de dar e receber amor num contexto de segurança, cooperação e reciprocidade (Blatt & Schichman, 1983).

As psicopatologias anaclíticas resultam de negligência, excessiva proximidade ou inconsistência nas relações precoces e são perturbações nas quais os pacientes estão acima de tudo preocupados com questões do relacionamento interpessoal (fusão com o outro, necessidade de cuidados e confiança, desejos de intimidade e sexualidade). Estas podem expressar-se de várias formas, desde dificuldades de diferenciação entre o self e o outro, a vinculações excessivamente dependentes e perturbações na capacidade de estabelecer relações íntimas maduras e recíprocas (Blatt, 2008).

Devido à ênfase exagerada nos relacionamentos interpessoais, o desenvolvimento do self é negligenciado na procura de estabelecer e manter relações interpessoais satisfatórias (Blatt & Shichman, 1983).

Apresentam um estilo de vinculação ansioso-ambivalente, que expressa a sua vulnerabilidade a sentimentos de perda e de abandono. Levy e Blatt (1999) fazem a distinção entre dois níveis desenvolvimentais dentro deste tipo de configuração, o *compulsive caregiver* e o *compulsive careseeker*. O primeiro representa um nível desenvolvimental superior ao segundo, uma vez que, está associado a uma regulação emocional mais eficiente, sendo típico da perturbação histriónica. Por sua vez, o

compulsive careseeker, associado a um menor nível de regulação emocional, é característico das perturbações de nível desenvolvimental mais baixo da configuração anaclítica (perturbação dependente da personalidade). As perturbações dependente e histriónica, podem surgir em formas relativamente puras. No entanto, elas não podem ser vistas como perturbações isoladas, mas sim, como dois extremos de um *continuum* neurótico, dentro da configuração anaclítica.

As perturbações da configuração anaclítica variam no nível de desenvolvimento e incluem a esquizofrenia não paranóide, a perturbação *boderline* da personalidade, a perturbação dependente da personalidade, a depressão anaclítica e a perturbação histriónica da personalidade (Blatt, 2006). Assim, as perturbações anaclíticas podem ser expressas a um nível primitivo em torno dos aspectos relacionados com a fusão e a perda de limites entre o self e o outro (esquizofrenia indiferenciada); a um nível intermédio, em torno da questão do medo de abandono e de negligência (perturbações *borderline* e dependente da personalidade); ou num nível superior, em torno dos conflitos relacionados com o ser capaz de dar e receber amor (perturbação histriónica da personalidade) (Blatt, 2008).

Em relação à configuração introjectiva, as suas preocupações primárias focam-se em questões acerca da auto-definição (auto-controlo, auto-estima e identidade). O seu foco principal não são os relacionamentos interpessoais, mas antes a definição do self como entidade separada e diferenciada, com um sentido de autonomia e controlo e sentimentos de auto-valorização e integridade. Nos indivíduos introjectivos o desejo básico é alcançar a separação, autonomia, controlo, independência e auto-estima, de forma a serem reconhecidos, respeitados e admirados pelos outros (Blatt & Shichman, 1983).

A psicopatologia na configuração introjectiva representa lutas distorcidas e exageradas para estabelecer e manter um sentido do self como separado, autónomo e digno. Os pacientes introjectivos são mais ideativos e mais preocupados em estabelecer, proteger e manter um auto-conceito viável, do que com a qualidade das suas relações interpessoais. Questões de assertividade e de agressão ao *self* ou aos outros são centrais nas suas tentativas em proteger o seu amor próprio e a sua auto-estima (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 2006).

As perturbações introjectivas, que variam ao nível da gravidade e se situam em diferentes níveis do desenvolvimento, incluem a esquizofrenia paranóide, paranóia, perturbação obsessiva-compulsiva, perturbação narcísica da personalidade, depressão introjectiva e narcisismo fálico (Blatt, 2006; Blatt, Besser & Ford, 2007).

Os esforços mais primitivos de auto-definição podem expressar-se no isolamento, nas formas paranóides de psicopatologia mas, estes aspectos podem também ser manifestados num nível intermédio da configuração, associados a sintomas obsessivo-compulsivos. Num nível desenvolvimental mais avançado, estas questões podem expressar-se em preocupações exageradas sobre a auto-definição, tanto com uma conotação muito negativa, nos casos de depressão introjectiva, como com uma conotação demasiado positiva, nos casos de perturbação narcísica da personalidade. Os sujeitos paranóides estão constantemente preocupados em manter um *self* diferenciado e intacto, embora este não seja definido internamente. O *self* é construído externamente, através do contraste com os outros, ou seja, a preocupação destas pessoas é assegurar um *self* distinto, separado e diferente dos outros. Algures num nível mais elevado do desenvolvimento, no contexto da configuração introjectiva, os pacientes obsessivo-compulsivos estão preocupados com o domínio e o controlo sobre a mente e o corpo. Para definir e defender o *self*, os sujeitos empenham-se para manter o controlo sobre os próprios pensamentos, acções e sentimentos. Os sujeitos introjectivos pouco diferenciados apresentam características paranóides, obsessivas e depressivas e tendem a ser muito auto-críticos, enquanto sujeitos introjectivos mais diferenciados tendem a apresentar um grande sentido de auto-eficácia e um grande potencial adaptativo (Blatt, 2008).

De acordo com a perspectiva teórica de Sidney Blatt, é possível observar que diferentes tipos de mecanismos de defesa e estilos de coping estão relacionados com as duas configurações básicas da personalidade e psicopatologia. Neste sentido, a linha de desenvolvimento anaclítica e a linha de desenvolvimento introjectiva apresentam diferenças em termos dos mecanismos de defesa preferencialmente utilizados.

Neste sentido, Blatt e Shichman (1983) referem que diferentes tipos de defesas psicológicas ou estilos de coping integram cada um dos dois tipos de organização da personalidade. As defesas são muitas vezes referidas como mecanismos específicos (ex: negação, repressão, isolamento, projecção, formação reactiva, intelectualização, sobrecompensação etc.), mas podem também ser classificadas de forma mais ampla, como evitantes e neutralizantes.

Os indivíduos que favorecem o estabelecimento de relações interpessoais com uma relativa negligência da auto-definição (dependentes) utilizam preferencialmente mecanismos de defesa de tipo evitante, como a negação e a repressão (Blatt, 1990). As defesas do tipo evitante são utilizadas em diferentes níveis do desenvolvimento, com diferentes graus de eficiência. A negação é o mecanismo defensivo menos

eficiente e ocorre predominantemente nos níveis mais baixos da configuração anaclítica, muitas vezes para defender o sujeito da raiva e frustração. A raiva tem de ser negada para preservar os relacionamentos que o sujeito considera serem essenciais para a sobrevivência psicológica. Nos níveis mais elevados da configuração, a repressão é utilizada para conter os anseios eróticos e ambições competitivas de modo a preservar também o relacionamento. Os desejos intensos são assim reprimidos, pois podem ser perigosos para os relacionamentos. O mecanismo de evitamento mais efectivo é o recalçamento, usado nos níveis mais elevados da dimensão anaclítica no sentido de conter os desejos eróticos e de competição. (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 2008).

Por outro lado, os indivíduos que investem principalmente na auto-definição, com uma certa negligência dos relacionamentos interpessoais (introjectivos ou auto-críticos) utilizam principalmente mecanismos de defesa de tipo neutralizante, tais como projecção, regressão, sublimação, intelectualização, racionalização e formação reactiva (Blatt, 1990). Este tipo de defesas modificam e transformam o impulso ou conflito, para proteger o sentido de auto-definição e estabelecer o controlo. As defesas do tipo neutralizante dependem do nível de desenvolvimento no qual ocorre a patologia dentro da configuração introjectiva, isto é, nos níveis mais baixos predominam as defesas mais primitivas como a projecção, nos níveis intermédios ocorre mais frequentemente a formação reactiva, sendo a intelectualização um exemplo de uma defesa que se encontra nos níveis mais evoluídos do desenvolvimento (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 2008).

Deste modo podemos encontrar o isolamento, a regressão e a projecção, num nível primitivo do desenvolvimento, mais concretamente nos casos de paranóia. A formação reactiva, a intelectualização, a racionalização e a negação, num nível intermédio, em pacientes obsessivo-compulsivos. Num nível superior da configuração introjectiva predominam mecanismos de defesa como a introjecção e a identificação com o agressor, nos casos de depressão e, a sobrecompensação, no caso da perturbação narcísica da personalidade. Este tipo de defesas são utilizadas para proteger o sujeito de sentimentos intensos de culpa, imperfeição e fracasso (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 2008). Enquanto os mecanismos de defesa de evitamento, típicos na configuração anaclítica, evitam os conflitos de modo a preservar as relações interpessoais, os mecanismos neutralizantes modificam, convertem e disfarçam as questões conflituais, de modo a permitir uma auto-definição positiva (Blatt, 2008).

Blatt (1990) afirma assim que quer os mecanismos defensivos evitantes, quer os neutralizantes tentam manter os aspectos psíquicos dolorosos fora da consciência, fazendo-o, no entanto, de forma diferente. Os primeiros evitam que o indivíduo

reconheça a existência de questões conflituais e os segundos transformam os conflitos, de forma a que estes se possam expressar, mas de modo disfarçado.

Relativamente às diferenças existentes entre o sexo masculino e o sexo feminino, é possível observar que enquanto as perturbações da configuração introjectiva ocorrem mais frequentemente nos homens, as perturbações da configuração anaclítica tendem a ser mais comuns entre as mulheres. Talvez esta diferença se deva ao contexto social onde os sujeitos se desenvolvem (nos homens há um maior ênfase na necessidade de auto-definição, ao contrário do que acontece nas mulheres, em que é mais valorizada a dimensão relacional e afectiva). Não é pois de surpreender que nos homens a psicopatologia se reflecta mais em preocupações com o auto-conceito e identidade, enquanto que nas mulheres, se expresse geralmente em esforços para alcançar relações interpessoais satisfatórias (Blatt, 2008).

Embora a maioria dos pacientes possa ser classificado como anaclítico ou introjectivo, por vezes, surgem casos em que os sujeitos apresentam um predomínio de ambas as configurações, experiências de perda e abandono, comportamento oral excessivo, características obsessivas e auto-críticas, sentimentos de culpa, fobias e mecanismos de defesa neutralizantes e de evitamento. Os pacientes com um predomínio de ambas as configurações psicopatológicas, quando comparados com pacientes anaclíticos ou introjectivos “puros”, apresentam sintomas psiquiátricos mais significativos, maiores perturbações do pensamento, mecanismos de defesa mais desadaptativos, e valores de QI mais baixos (Blatt, 2008).

Por vezes, pode também acontecer que a presença de características de uma das duas configurações oculta o verdadeiro estilo de personalidade, ou seja, um sujeito que coloca um exagerado ênfase em aspectos de natureza introjectiva, como a autonomia, o poder e o reconhecimento, pode estar simplesmente a defender-se de experiências dolorosas, negando determinados desejos interpessoais. O contrário também pode acontecer, embora seja menos frequente, (ex. sujeitos que se esforçam exageradamente para estar com os outros numa relação de grande proximidade na tentativa de se defenderem contra sentimentos intensos de culpa ou de desilusão consigo mesmos) (Blatt, 2008).

1.3. As Experiências Depressivas: anaclíticas ou de dependência e introjectivas ou de auto-criticismo

Por questões formais e de simplicidade de apresentação, comecei, neste trabalho, por descrever a perspectiva de Sidney Blatt acerca do desenvolvimento da personalidade, descrevendo as duas linhas de desenvolvimento, o relacionamento e a auto-definição, e seguidamente as duas configurações psicopatológicas, anaclítica e introjectiva. No entanto, é necessário referir que Blatt começou por estudar dois tipos de experiências depressivas, a dependência e o auto-criticismo, e só depois estendeu a distinção anaclítica/introjectiva, a outras formas de Psicopatologia.

Blatt (1974) começou por distinguir a depressão anaclítica ou de dependência da depressão introjectiva ou de auto-criticismo, e só mais recentemente, generalizou esta distinção para definir duas configurações primárias de psicopatologia, a configuração anaclítica e a configuração introjectiva. Como vimos, a conceptualização de uma personalidade anaclítica e de outra introjectiva tem implicações que vão para além da compreensão da depressão, aplicando-se a uma vasta gama de psicopatologias (Blatt & Shichman, 1983).

Toda a conceptualização de Blatt sobre o fenómeno depressivo assenta na ideia da existência de dois tipos de vulnerabilidade à doença depressiva, estruturados na infância, através de representações mentais perturbadas do objecto e das relações de cuidado. A doença depressiva originar-se-ia dessas personalidades vulneráveis. As duas configurações caracteriológicas propostas por Blatt, anaclítica ou dependente e introjectiva ou de auto-criticismo, estariam por detrás das formas normais e patológicas de depressão (Baker et al., 1997).

Blatt estudou inicialmente as experiências depressivas em populações não clínicas e só depois o fez em populações psiquiátricas. Um indivíduo pode vivenciar experiências típicas dos depressivos sem estar clinicamente deprimido. Além do mais, os dois tipos de experiências depressivas não são mutuamente exclusivos, podendo co-existir num mesmo indivíduo (Campos, 2010).

Os dois tipos de perturbação depressiva, anaclítica e introjectiva, podem ser relativamente moderados ou atingir níveis bastante graves. Enquanto estados afectivos ou experiências depressivas, podem variar em intensidade, desde constituir experiências depressivas passageiras, até estados clínicos profundos e graves (Blatt, 1974).

Não há uma relação directa entre as experiências depressivas anaclíticas (ou de dependência) ou introjectivas (ou de auto-criticismo) e a síndrome clínica depressiva (Campos, 2000).

Na conceptualização de Blatt, dependência e auto-criticismo podem definir-se como dimensões dentro da entidade clínica da depressão e igualmente dentro do humor depressivo normal (Smith, O’Keeffe & Jenkins, 1988), ou ainda como estilos ou características de personalidade ou factores estáveis de vulnerabilidade a depressões clínicas ou a estados depressivos sub-clínicos (Campos, 2000).

Assim, experiências depressivas como a dependência e o auto-criticismo podem estar presentes não só nas síndromas depressivas, mas também nas variações sub-clínicas de humor que são também designadas de depressão (Zuroff, et al., 1983). Nas perturbações depressivas, bem como no humor depressivo normal pode variar o grau de associação entre a dependência e o auto-criticismo. As experiências depressivas não são mutuamente exclusivas, podendo um indivíduo vivenciar simultaneamente ambos os tipos de experiências depressivas (Campos, 2000a).

De acordo com o modelo de Blatt, vários factores podem contribuir para a ocorrência da depressão, nomeadamente, “aspectos de temperamento, características e estilos parentais, estilos de vinculação, acontecimentos externos traumáticos na infância e factores precipitantes actuais. É fundamental considerar os factores de forma hierárquica e inter-relacionada, pois não são apenas os aspectos do temperamento, nem as características dos pais, que podem conduzir a padrões de vinculação insegura e a representações objectais perturbadas, mas sim a sua interacção” (Blatt & Homann, 1992).

Pode descrever-se do seguinte modo o desenvolvimento e a forma como se expressa a vulnerabilidade à patologia depressiva. “Pais, especialmente a mãe, com uma atitude inconsistente, negligente, abandonante ou hiperprotectora, pode criar uma vulnerabilidade interpessoal, com dependência, labilidade afectiva, preocupações com as relações e uso de defesas de tipo evitante como a negação. Na idade adulta, em resultado de experiências de perda, abandono, rejeição ou de não se sentir cuidado, pode originar-se uma depressão de dependência, com sentimentos de desamparo, tristeza, solidão, abandono, desamor e uma busca desesperada de um objecto de substituição que possa proporcionar amor” (Campos, 2000a,c).

“Por outro lado, um estilo parental intrusivo, controlador e crítico, normalmente de ambos os pais pode gerar uma vulnerabilidade auto-avaliativa, onde se encontra sentimentos de desvalorização e culpa e uma atitude de auto-crítica e de procura de realizações como mecanismo compensatório. Perante experiências de insucesso nas realizações pessoais, culpabilização, ridicularização ou depreciação por parte dos outros, ou perda de controlo sobre o ambiente, pode desenvolver-se uma depressão de auto-criticismo, com sentimentos marcados de desvalorização e de culpa, uma forte

auto-crítica e tentativas frenéticas de realização para compensar esses sentimentos. Podem ocorrer comportamentos auto e hetero-agressivos” (Blatt & Zuroff, 1992).

Os sentimentos primários na depressão anaclítica ou dependente são o desamparo, a solidão, a fraqueza e o não se sentir amado. Existem desejos intensos de ser cuidado, amparado e protegido, dificuldades em tolerar a espera e uma busca desesperada de satisfação. Há medos e receios de ser abandonado e de ser incapaz de encontrar gratificação e conforto. As relações com o objecto são incorporativas, indiferenciadas e baseadas na necessidade de gratificação, por isso o objecto é valorizado pela sua capacidade de gratificar, de cuidar e de dar conforto. O sentimento de bem-estar deriva de um continuo fornecimento de amor e confiança e quando o objecto não o faz, os sentimentos de não ser amado e de desamparo acentuam-se. A separação dos outros e a perda do objecto criam medos e apreensões, com os quais o sujeito lida através da negação e/ou de uma procura desesperada por encontrar substitutos (Blatt, 1974; 2004).

O adiamento da gratificação e consequentes sentimentos de frustração e privação originam sentimentos de raiva que não são expressos devido ao medo de destruir o objecto, enquanto fonte de satisfação. Existe uma grande exigência e necessidade da presença visível e física dos objectos e do contacto físico com os mesmos, e como consequência, o sujeito anaclítico apresenta uma grande tendência para vivenciar sentimentos de solidão, tristeza, rejeição e abandono (Blatt & Shichman, 1983). Os indivíduos com depressão anaclítica são pouco reflexivos e a necessidade de gratificação é mais importante do que o compromisso com os outros (Blatt & Maroudas, 1992). As fortes exigências destes indivíduos provocam nos outros sentimentos de raiva e, por consequência, a rejeição que tanto temem. As suas experiências relacionais são marcadas por oscilações rápidas entre uma atitude submissa e passiva e uma atitude de marcada exigência (Campos, 2000a, 2009b).

Estes indivíduos expressam muitas vezes a sua depressão através de queixas somáticas, procurando frequentemente o cuidado e preocupação dos outros, incluindo dos cuidadores de saúde (Blatt, 2006; 2008).

Na depressão introjectiva ou de auto-criticismo podemos encontrar sentimentos de desvalorização, de inferioridade, de fracasso e de culpa e sentimentos de não ter vivido à altura das expectativas, o que pode levar à desaprovação e crítica por parte do objecto. Existe neste tipo de depressão uma grande necessidade de perfeccionismo e uma grande competitividade, uma tendência para assumir a responsabilidade e o sentimento de não conseguir aceitação e reconhecimento, existindo sempre uma excessiva preocupação com a possibilidade de ser punido. O

objecto é importante para proporcionar aprovação e não tanto para proporcionar gratificação (Blatt, 1974; 2004).

São característicos na depressão introjectiva ou de auto-criticismo, a pouca espontaneidade e a falta de sentimentos positivos, existindo uma ênfase na separação, autonomia, independência, poder, controlo e auto-estima, de forma a evitar o controlo, a intrusão, a punição e a crítica excessiva e julgamentos por parte dos outros. Existe um super-eu severo, ideais muito exigentes, uma moralidade cerrada, uma constante auto-avaliação e culpa devido a tentações ou pensamentos de transgressão (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 2004; 2008).

Existe um nível do desenvolvimento do ego mais elevado e as relações com o objecto estão nos estádios mais tardios da separação/individuação. Estas relações estendem-se para além da necessidade de satisfação, sendo que o envolvimento com o objecto persiste independentemente da frustração e gratificação. Existem também preocupações em relação ao facto de receber amor e aprovação por parte do objecto, o que demonstra a ambivalência relacional presente neste tipo de depressão (Blatt, 1974).

Numerosos relatórios clínicos ilustram o grande potencial suicida em indivíduos altamente talentosos e bem sucedidos, que são caracterizados por uma grande ambição e guiados por um superego severo, com sentimentos constantes de auto-criticismo, de dúvida e de um auto-exame implacável. A grande necessidade de sucesso e de evitamento da crítica daqueles que os rodeiam, faz com que estes indivíduos trabalhem incessantemente para serem reconhecidos, mas são também muito vulneráveis à crítica por parte dos outros e ao seu próprio julgamento crítico (Blatt, 2006).

1.4. Avaliação empírica do Relacionamento e da Auto-definição

Blatt e colegas (1976) desenvolveram o Questionário de Experiências Depressivas (QED), que permite avaliar os dois tipos de depressão, anaclítica ou de dependência e introjectiva ou de auto-criticismo. O questionário foi inicialmente construído para estudar as experiências depressivas em indivíduos normais, sendo portanto apropriada toda a investigação com ele realizada posteriormente sobre fenómenos depressivos sub-clínicos (Blatt & Zuroff, 1992). Mais recentemente, o QED tem sido também utilizado para avaliar mais genericamente os conceitos de relacionamento e de auto-definição ou as dimensões anaclíticas ou introjectivas da personalidade (Blatt, 2008).

Revedo exaustivamente a literatura clínica sobre depressão, Blatt e colegas redigiram 150 afirmações que constituíam experiências descritas por indivíduos deprimidos no seu dia-a-dia, mas que não representavam necessariamente sintomas manifestos de depressão. Sessenta e seis dessas afirmações foram seleccionadas por vários juízes, uma vez que se revelavam como descrevendo experiências fenomenológicas típicas do depressivo, sem estarem associadas a qualquer escola teórica. Os itens apresentavam questões como a desvalorização do sentido do self, dependência, desamparo, egocentricidade, medo da perda, ambivalência, dificuldade em lidar com a raiva, culpa, perda de autonomia e dificuldades nas relações familiares (Blatt, D'Áfflitti & Quilan, 1976).

São obtidos resultados para três escalas ou factores que resultaram da Análise em Componentes Principais realizada com a amostra original de aferição de estudantes universitários americanos (Blatt et al., 1976; 1979; 1995).

O primeiro factor foi designado de Dependência e os itens mais saturados neste factor estão direccionados sobretudo para o exterior, referindo-se essencialmente aos relacionamentos interpessoais e incluem preocupações com o desamparo e abandono, sentimentos de solidão e necessidade de relações interpessoais próximas e dependentes, evitando magoar ou ofender os outros com receio de perda da gratificação que eles podem proporcionar. O segundo factor, foi designado de Auto-Criticismo e os itens com saturações mais elevadas neste factor têm uma “d direcção” mais interna e reflectem preocupações com as questões do fracasso, da culpa, da insegurança e da insatisfação, sentimentos ambivalentes sobre o self e os outros, uma postura de intensa auto-crítica, sentimentos de responsabilidade e tendência para assumir a culpa e as responsabilidades. Por ultimo, o terceiro factor, Eficácia, inclui itens que indicam um sentido de confiança nos próprios recursos e capacidades, sentimentos de possuir força interior, capacidade de assumir responsabilidades e sentimentos de independência, de orgulho e realização (Campos, 2009a).

Cada um dos 66 itens é utilizado para calcular os resultados nas três escalas de forma ponderada, consoante o peso de cada item em cada factor, ao contrário do que acontece habitualmente em questionários de personalidade, em que cada item entra apenas no cálculo do resultado de uma ou mais escalas, mas sem ter em conta qualquer tipo de ponderação. Assim, o resultado para um indivíduo num dado factor é um somatório do resultado em cada item. Por sua vez, este resultado, sendo ponderado para cada factor, é obtido da seguinte forma: multiplicando o coeficiente no factor desse item por um quociente que constitui uma centragem e redução da variável

(item) – o valor obtido pelo sujeito no item (de um a sete) menos a média do item na amostra de aferição, sobre o desvio padrão nessa mesma amostra (Campos, 2000c).

Posteriormente, a investigação acerca dos dois tipos de vulnerabilidade para a depressão permitiu também fazer uma distinção entre os aspectos positivos ou adaptativos (evoluídos) e os aspectos negativos ou desadaptativos (imatuross) do factor de Dependência. Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff e Mongrain (1995) sugeriram que a experiência global de dependência poderia dividir-se em duas facetas, Necessidade e Contacto. A primeira teria a ver com uma característica mais primária e menos adaptativa de dependência e necessidade de contacto com o outro e a segunda estaria relacionada com uma preferência mais madura e desenvolvida pelos relacionamentos interpessoais. A Necessidade ilustra a dependência desadaptativa e é caracterizada pela preocupação com a rejeição, medo do abandono e da separação, sentimentos de não ser amado e medo da perda; e o Contacto corresponde à dependência adaptativa e revela um tipo de preocupação interpessoal mais evoluída e recíproca sobre os relacionamentos, valorizando e confiando nos mesmos (McBride, Zuroff, Bacchioni & Bagby, 2006; Campos et al., 2011).

Como exemplo disso, Rude e Burnham (1995) defendem que o factor Dependência inclui não só a dependência interpessoal problemática, mas também dimensões dos comportamentos que não deverão ser consideradas problemáticas. Zuroff, Moskowitz & Côté (1999) referem que a Necessidade está associada com baixos níveis de independência interpessoal, enquanto que o Contacto está associado com elevados níveis de companheirismo interpessoal. Também Whiffen et al. relatam que a Necessidade está correlacionada com um funcionamento individual e interpessoal problemático, enquanto que o Contacto está associado à confiança e conforto nos relacionamentos íntimos. Contudo, referem também que tanto a sub-escala de Necessidade, como a sub-escala de Contacto estão correlacionados com níveis elevados de ansiedade acerca dos relacionamentos, sugerindo também que o Contacto não representa necessariamente um tipo adaptativo de dependência, podendo ser apenas uma forma menos desadaptativa de dependência quando comparado com a Necessidade (McBride et al., 2006). A Necessidade poderá estar correlacionada positivamente com a gravidade da depressão, com traços de personalidade desadaptativos e com um funcionamento interpessoal disfuncional, enquanto que o Contacto poderá não se correlacionar com a gravidade da depressão e estar correlacionada positivamente com os traços de personalidade adaptativos e com o funcionamento interpessoal (McBride et al., 2006; Campos et al., 2011).

McBride et al. (2006) procuraram compreender a distinção entre a necessidade e o contacto, através da aplicação do QED em pacientes com depressão. Na amostra

utilizada, tanto a necessidade, como o contacto estavam relacionados com a gravidade da depressão, sendo, no entanto, essa relação mais marcada para a necessidade. Os autores concluíram também que a necessidade foi um melhor preditor da personalidade patológica, o que vai de encontro ao argumento de que o contacto é uma forma mais adaptativa de dependência, ao contrario da necessidade.

Luyten et al. (2007), investigaram a relação entre os dois tipos de experiências depressivas, a dependência e o auto-criticismo, e as diferenças de género, com a gravidade da depressão, e os sintomas depressivos. Neste estudo, utilizaram o QED para medir os níveis de dependência e de auto-criticismo, comparando pacientes com depressão major, pacientes com outras perturbações psicopatológicas, estudantes universitários e adultos sem nenhuma síndrome clínica diagnosticada. De acordo com os resultados desta investigação, a dependência mostrou uma maior associação com a presença de perturbação depressiva major. No que diz respeito às diferenças de género, as mulheres com depressão major demonstraram um maior nível de auto-criticismo, comparativamente aos homens, enquanto que os homens com depressão major mostraram maiores níveis de dependência.

2 - Os Mecanismos de Defesa na Psicologia

2.1. Diferentes perspectivas sobre os Mecanismos de Defesa

O conceito de Mecanismo de Defesa em Psicologia surge pela primeira vez em 1894, no trabalho de Freud denominado “As Neuropsicoses de Defesa”, no qual o autor descreve as lutas do ego contra ideias e afectos dolorosos e insuportáveis para o indivíduo (A. Freud, 1946). Neste livro, Freud concebia as neuroses como resultantes de causas sexuais e deduzia que todas as neuroses implicavam uma defesa relativamente às representações sexuais do indivíduo. Posteriormente, *no período da psicologia do id*, Freud formula o conceito de repressão originado devido à angústia, o qual se iria manifestar simbolicamente através de sonhos, de actos falhados e de sintomas neuróticos. No inconsciente estava contida a sexualidade infantil, mas os impulsos libidinosos podiam ser apagados ou mesmo removidos ou sublimados. Mais tarde, Freud substitui o conceito de repressão pelo conceito de defesa (Laplanche & Pontalis, 1988).

Freud define mecanismos de defesa como operações mentais ou métodos utilizados pelo ego para se proteger contra a ansiedade. De acordo com Freud, são processos inconscientes que protegem a mente de sentimentos e pensamentos difíceis de lidar pelo indivíduo (Hovanesian, Isakov & Cervellione, 2009). As ameaças internas são compostas por impulsos carregados de desejo do id e que o ego considera perigosos ou que entram em conflito com as exigências do superego. O ego (instância ao serviço da realidade externa e sede dos processos defensivos) mobiliza estes mecanismos, que suprimem ou dissimulam a percepção do perigo interno (Vaillant, 1992).

Freud apresentou inicialmente, como mecanismos de defesa, a regressão, repressão, formação reactiva, isolamento, projecção e anulação, sendo que mais tarde introduziu um número de outros mecanismos de defesa, tais como a sublimação, o deslocamento, a negação e a identificação com o agressor (Mullen et al. 1999). Na perspectiva de Freud os mecanismos de defesa constituem o principal meio de dirigir o instinto e o afecto, são discretos, dinâmicos, reversíveis, têm um significado intrapsíquico e relacional e tanto podem ser adaptativos como patológicos. A presença de mecanismos de defesa é frequente em indivíduos saudáveis, mas em excesso podem indicar a presença de sintomas neuróticos, ou, em alguns casos extremos, o excesso na utilização de alguns mecanismos de defesa pode indicar a presença de

sintomas psicóticos, como por exemplo, o excesso do mecanismos projecção, negação da realidade e clivagem do ego (Vaillant, 1992).

A teoria dos mecanismos de defesa foi desenvolvida através do trabalho de Anna Freud, apresentando esta vários estudos empíricos, que na sua maioria se focaram na repressão ou na projecção (Cramer, 2000). Anna Freud descreve as defesas patológicas como um desequilíbrio em certos mecanismos de defesa que podem reflectir a presença de alguns mecanismos rígidos que perturbam o desenvolvimento adaptativo dos traços da personalidade. Esta autora analisa os aspectos cronológicos no desenvolvimento das defesas e defende que o processo de crescimento e maturação pessoal inclui uma maturação dos mecanismos de defesa (Schauenburg, 2007).

Anna Freud (1936) destaca também que todos os mecanismos de defesa podem ser modos de adaptação, desde que sejam utilizados de forma flexível e moderada. A autora reconhece que os mecanismos de defesa reduzem ou silenciam a turbulência interna, contudo ajudam os indivíduos a lidar com as exigências e desafios presentes na realidade externa.

No seu livro *“The Ego and the Mechanisms of Defence”* (1946), Anna Freud refere que os mecanismos de defesa são desenvolvidos pelo ego de forma a confrontar ou evitar os conflitos provocados pelo id na sua relação com o ego e o superego. O ego em relação com o id e com o mundo exterior (relações que podem ser fonte de descontentamento e de sentimentos de medo) é analisado à luz dos seus mecanismos de evitamento (várias formas de negação) e das suas estratégias agressivas e altruístas. Anna Freud ao analisar os mecanismos de defesa do ego estudou os seus efeitos nas associações dos pacientes aquando do processo terapêutico, através da análise da resistência e da transferência do ego, com o propósito de trazer para o consciente as defesas inconscientes do ego, as quais são susceptíveis de reforçar a hostilidade do paciente em relação ao analista.

Melanie Klein (1948) afirma que todos os aspectos da vida mental, nos primeiros anos de vida, já seriam utilizados pelo ego, de forma muito primitiva, como defesas contra ansiedades. A autora defende que o Complexo de Édipo e o superego se formam numa idade mais precoce do que propunha Freud e que a criança, ao nascer, já possui um ego suficiente para vivenciar angústias, fantasias e para desenvolver mecanismos de defesa. Klein refere que a angústia tem origem no medo da morte que entra em acção na forma de pulsão de morte que ameaça o organismo desde o nascimento, podendo encontrar-se no recém-nascido os mecanismos de projecção e introjeção. O ego introjectaria coisas boas e más a partir do seio materno. Por outro lado, quando alguma parte do *self* e dos objectos internos é destacada e

projectada sobre um objecto externo, que passa assim a poder ser controlado, ocorreria o que a autora denomina de identificação projectiva. O objecto mau é controlado, as partes más são projectadas e as partes boas preservadas.

Contribuições mais recentes para o estudo dos mecanismos de defesa incluem, com especial destaque, os trabalhos de Vaillant e Cramer, que apresentam uma nova perspectiva acerca dos mecanismos de defesa e da sua função. De acordo com Vaillant (1971) a função dos mecanismos de defesa implica manter os afectos dentro de limites suportáveis, redireccionar impulsos biológicos, originar alterações no auto-conceito e gerir conflitos não resolvidos com os outros. Vaillant apresentou um modelo hierárquico dos mecanismos de defesa com quatro níveis. As defesas utilizadas pelos adultos seriam ordenadas desde o menor nível de maturidade ao maior, ou seja, a negação estaria no nível mais baixo do modelo, indicando uma defesa muito imatura, enquanto que o altruísmo, a supressão e a sublimação estariam localizadas no nível mais elevado do espectro (Vaillant, 1971).

Vaillant agrupou assim dezoito defesas, com base no grau de maturidade e importância patológica, em quatro níveis. No primeiro nível inserem-se os mecanismos psicóticos (negação, distorção, projecção delirante), no segundo nível situam-se os mecanismos imaturos (fantasia, projecção, hipocondria, comportamento passivo-agressivo e *acting-out*), no terceiro nível estão presentes os mecanismos neuróticos (intelectualização, repressão, formação reactiva, deslocamento e dissociação) e, por último, situam-se no quarto nível os mecanismos maduros (sublimação, altruísmo, supressão, antecipação e humor) (Vaillant, 1977).

Os mecanismos psicóticos, comuns em psicoses, aparecem nos sonhos e no funcionamento infantil da mente, os mecanismos imaturos ocorrem em depressões graves, perturbações da personalidade e no funcionamento adolescente, enquanto que os mecanismos maduros ocorrem em adultos saudáveis. Deste modo, de acordo com Vaillant, o desenvolvimento humano é acompanhado pela evolução dos processos adaptativos que vão desde o primeiro até ao quarto nível de maturidade (Vaillant, 1977).

Cramer (1991) propôs um modelo desenvolvimental baseado na ideia que diferentes defesas emergem em diferentes etapas do desenvolvimento. De acordo com este modelo, baseado numa linha temporal horizontal, a utilização da negação é predominante durante os anos pré-escolares, mas perde importância a meio da infância, onde é utilizada maioritariamente a projecção, sendo que esta se vai tornar predominante durante o período da adolescência. Por sua vez, a identificação, uma defesa com uma complexidade considerável, desenvolve-se lentamente na primeira

infância, atravessando a adolescência, tornando-se a defesa predominante na idade adulta (Cramer, 2002).

Para Cramer (2006), os mecanismos de defesa têm como função proteger o *self* e o sentimento de auto-estima dos efeitos negativos da desilusão, incluindo a desilusão com os *fracassos empáticos* que são experienciados durante a infância. Deste modo, os mecanismos de defesa têm uma dupla função, por um lado, proteger o indivíduo de experienciar uma ansiedade excessiva e, por outro lado, proteger a integração do *self*. Segundo esta autora, existem também estratégias conscientes que o indivíduo utiliza ao experienciar situações de stress, onde encontra soluções de forma a reduzir a ansiedade, sendo essas estratégias denominadas de estratégias de *coping*. Existem assim duas diferenças fundamentais entre os mecanismos de defesa e os mecanismos de *coping*. A primeira diferença incide no facto dos mecanismos de *coping* envolverem esforços conscientes e significativos, enquanto que os mecanismos de defesa ocorrem de forma inconsciente. A segunda diferença consiste no facto das estratégias de *coping* serem utilizadas com a intenção de resolver o problema, enquanto que os mecanismos de defesa ocorrem sem intencionalidade consciente, no sentido da resolução da questão problemática em causa. Deste modo, a função dos mecanismos de defesa é a de mudar um estado psicológico interno, mas não têm efeito na realidade externa e podem resultar numa percepção distorcida da realidade (Cramer, 2006).

2.2. A Perspectiva de David Ihilevich e Goldine C. Gleser

De acordo com Ihilevich e Gleser (1986), os mecanismos de defesa são respostas relativamente estáveis que servem para distorcer ou manusear a realidade quando os recursos pessoais, competências e motivações são insuficientes para resolver conflitos internos ou ameaças externas ao bem-estar do sujeito. Segundo os autores, os psicanalistas atribuem estas respostas defensivas a processos inconscientes que são activados automaticamente quando são percebidas ameaças muito dolorosas para serem enfrentadas de forma consciente.

Ao contrário de outros autores, como Vaillant e Cramer, Ihilevich e Gleser consideram todos os tipos de defesa adaptativos se utilizados de forma flexível. As defesas patológicas são manifestadas através de respostas rígidas, excessivas ou inapropriadas. O carácter patológico, dependerá do grau de utilização das defesas e do grau da distorção da realidade que provocam. Deste modo, o que é importante na

patologia, não é tanto o tipo de defesas utilizadas, mas sim a rigidez com que são utilizadas e o grau de distorção da realidade (Ihilevich & Gleser, 1986).

A abordagem de Ihilevich e Gleser (1986) agrupou as respostas defensivas para o conflito ou ameaça em cinco estilos diferentes, cada um caracterizado por um conjunto único de operações mentais, respostas emocionais e reacções comportamentais. Estas cinco categorias incorporam a maioria das defesas clássicas mencionadas na literatura psicanalítica.

Estes investigadores desenvolveram conseqüentemente o Inventário de Mecanismos de Defesa (Defense Mechanisms Inventory – DMI) (Ihilevich & Gleser, 1969, 1986), com o objectivo de aceder aos modos defensivos e adaptativos do ego (Massong, Dickson & Ritzler, 1982). O DMI tem como pressuposto que a principal função das defesas incide na resolução dos conflitos entre o que é percebido pelo indivíduo e os seus valores internos. O conflito é resolvido através de um processo onde o ego ataca, distorce ou se torna selectivo de forma inconsciente em relação a determinados aspectos do mundo interno e externo (Ihilevich & Gleser, 1969).

O DMI foi construído para desenvolver índices de cinco estilos de defesa comuns ao funcionamento psicológico do adulto, sendo que cada um dos cinco estilos deve ser entendido como abrangendo uma variedade de respostas defensivas (Juni, 1999): *Turning against object* (TAO); *Projection* (PRO); *Principialisation* (PRN); *Turning against self* (TAS) e *Reversal* (REV) (Ihilevich & Gleser, 1986).

O primeiro tipo de defesa, TAO, implica mecanismos que lidam com o conflito a partir da expressão directa e/ou indirecta de agressividade, com o objectivo de manter uma ilusão do controlo de ameaças externas ou ainda de mascarar os conflitos internos que são demasiado dolorosos para serem tolerados e confrontados conscientemente (inclui mecanismos como identificação ao agressor, deslocamento, etc.). Por outro lado, o tipo de defesa PRO envolve uma atribuição, por parte do indivíduo, de qualidades indesejáveis do *self* (traços e conteúdos negativos) ao outro, sendo que esta atribuição é utilizada para justificar a expressão de hostilidade em relação ao mesmo. Já o tipo de defesa PRN descreve mecanismos que lidam com o conflito através de uma reinterpretação da realidade, recorrendo à separação do conteúdo afectivo ou do conteúdo ideativo, da situação (inclui mecanismos como a intelectualização, racionalização, isolamento dos afectos). O tipo de defesa TAS, por sua vez, descreve a tendência do indivíduo para resolver o conflito psicológico dirigindo os comportamentos, fantasias ou sentimentos agressivos contra o *self*, protegendo o objecto de relação, o que pode conduzir a soluções defensivas auto-destrutivas, estando ligado ao desenvolvimento de estados depressivos. Por último, o tipo de defesa REV mede a inclinação individual para responder de forma positiva ou

neutra a uma situação negativa, que se esperaria produzir uma reacção negativa por parte do indivíduo (inclui mecanismos como a negação, denegação, formação reactiva, repressão, etc.), o que resulta num empobrecimento da capacidade de percepção do perigo (Ihilevich & Gleser, 1986).

O DMI é composto por duas versões, uma para o sexo feminino e outra para o sexo masculino, cada uma constituída por 10 histórias que descrevem situações de conflito do dia-a-dia. Para cada história é pedido aos sujeitos para escolherem a resposta mais típica e a menos típica do seu funcionamento na situação proposta, relativamente a quatro aspectos: 1) um comportamento típico face à situação; 2) uma fantasia de comportamento na situação; 3) o pensamento; e os 4) os sentimentos mais típicos da pessoa na situação. Para cada uma destas quatro dimensões da resposta existem cinco opções, uma para cada categoria de mecanismos de defesa mencionada (Ihilevich, & Gleser, 1986).

Em relação às características psicométricas do DMI, muitos dos estudos já realizados comprovam a sua pertinência, validade, sensibilidade e valor enquanto instrumento psicológico capaz de avaliar este constructo psicodinâmico (os mecanismos de defesa) e as relações com a psicopatologia, a saúde, os estilos perceptivos, o funcionamento bioquímico do corpo, entre outros aspectos (Ihilevich, & Gleser, 1986).

2.3. Avaliação dos Mecanismos de Defesa

É possível observar têm sido desenvolvidos um grande número de instrumentos com o objectivo de medir e avaliar os mecanismos de defesa psicológicos (Vickers & Hervig, 1981). Para além do DMI, diversos outros instrumentos têm sido utilizados para este objectivo, como por exemplo, diversas escalas para o método do *Rorschach* e para o *TAT*, o *Defense Mechanisms Rating Scale* (DMRS) (Perry & Cooper, 1986), o *Defense Style Questionnaire* (DSQ) (Bond, 1983, 1989), o *Defense Mechanism Test* (DMT) (Kragh, 1955), o *Life Style Index* (LSI) (Plutchik, Kellerman e Conte, 1979), o *Defense Mechanisms Questionnaire* (DMQ) (Kreitler e Kreitler, 1972), o *Coping Operations Preference Enquiry* (COPE) (Schutz, 1967) e o *Sentence Completion Test of Loevinger* (Loevinger, 1976).

De entre estes vários instrumentos destaca-se o DSQ. Este questionário foi originalmente desenvolvido por Bond (1983, 1989), para operacionalizar e avaliar derivados conscientes das defesas. É constituído por 88 itens e mede quatro estilos

defensivos: adaptativos, de auto-sacrifício, de distorção da imagem e desadaptativos. (Thygesen et al., 2008).

O DSQ é baseado no pressuposto de que as representações conscientes das defesas inconscientes e automáticas podem ser identificadas pelo auto-relato dos sujeitos (Flett, Besser & Hewitt, 2005). De acordo com o autor do DSQ, os mecanismos de defesa são utilizados para descrever os processos inconscientes intrapsíquicos, bem como o comportamento, que é inconsciente ou conscientemente planeado para reconciliar a unidade interna com as exigências externas. Deste modo, o DSQ foi desenvolvido com o intuito de tornar os processos intrapsíquicos operacionais, para desta forma, os mecanismos de defesa poderem ser objectivamente estudados (Segal, Coolidge, & Mizuno, 2007).

Este instrumento avalia 26 mecanismos de defesa através da auto-avaliação dos comportamentos, atitudes e crenças que os mesmos reflectem (Segal, Coolidge, & Mizuno, 2007). Foi utilizada uma estratégia de análise factual para determinar estilos defensivos que poderiam ser representativos dos processos inconscientes e que poderiam reflectir níveis de maturidade e de funcionamento psicossocial. (Mullen et al., 1999). Deste modo, foram encontradas quatro grandes categorias de defesas que são classificadas num *continuum* desenvolvimental, desde o nível de imaturidade até ao nível de maturidade. Esta classificação foi suportada empiricamente pelas correlações entre os factores e medidas do desenvolvimento do ego e da força do ego (Segal, Coolidge, & Mizuno, 2007).

Ao comparar o DSQ com o DMI, podemos observar que embora sejam ambos instrumentos de auto-relato, o DMI apresenta vantagens sobre o DSQ, nomeadamente o facto de estar adaptado para a população portuguesa. Acresce que o DMI é um instrumento “semi-aberto”, que confronta o sujeito com situações completamente hipotéticas. O DMI, sendo um instrumento de auto-relato, difere assim em diversos aspectos relativamente aos questionários que avaliam mecanismos de defesa, como é o caso do DSQ, no que respeita ao formato dos itens, sendo também a sua formulação teórica rica e integradora. (Campos, 2011).

Foi também desenvolvido o DMT, que é um método projectivo criado por Kragh (1955). Este teste tem como objectivo compreender os padrões individuais de defesas ao nível perceptivo, que têm semelhanças com os mecanismos de defesa presentes na Teoria Psicanalítica. Este é assim baseado num modelo genético-perceptivo acerca da percepção e da personalidade, bem como na Teoria Psicanalítica acerca dos mecanismos de defesa. Neste sentido, o DMT consiste na apresentação de imagens que provocam ansiedade. Após a apresentação da imagem, o indivíduo dá uma resposta verbal e faz um desenho daquilo que viu ou daquilo que pensa ter visto. As

respostas menos típicas dos indivíduos são interpretadas como sendo tentativas para lidar com a ansiedade provocada pelas imagens. Estas respostas subjectivas são classificadas como sinais de defesas ao nível perceptivo, que, por sua vez, têm a mesma função que os mecanismos de defesa, proteger o ego do perigo externo (Fransson & Sundbom, 1998). O sistema de pontuação deste método projectivo tem-se mostrado geralmente fidedigno e correlacionado com um grande número de critérios externos (Cooper & Kline, 1986).

Plutchik, Kellerman e Conte (1979) desenvolveram uma escala multi-dimensional de auto-relato denominada de LSI, baseada na Teoria Psico-Evolucionista das Emoções de Plutchik (1980). De acordo com a sua perspectiva, as defesas são mecanismos inconscientes para lidar com emoções conflituais e estão relacionadas com estados afectivos específicos. A versão actual do LSI foi limitada a oito escalas correspondentes aos oito tipos primários de emoções na teoria de Plutchik. A validade deste instrumento tem sido demonstrada pelas correlações positivas entre as escalas e medidas de ansiedade, excepto no caso da escala de negação, e correlações negativas com resultados relativos à auto-estima. Estudos que utilizaram o LSI indicam que pacientes depressivos, suicidas ou com perturbações alimentares usam mais mecanismos de defesa num nível imaturo (regressão) ou num nível intermédio (compensação e deslocamento) do que indivíduos sem patologia (Hentschel, 2004).

Kreitler e Kreitler (1972) conceptualizaram os mecanismos de defesa como estratégias cognitivas para a resolução de conflitos internos. Estes autores diferenciaram os mecanismos de defesa das estratégias de coping, que são utilizadas para lidar com o stress. Os conflitos internos encontram-se, na sua maioria, na fase em que o comportamento é planeado em resposta a um estímulo, sendo que as defesas resolvem o conflito produzindo um novo comportamento, através da racionalização, negação ou projecção. Desenvolveram assim o DMQ, que consiste na apresentação de sete situações nas quais os padrões morais são violados. Cada situação é seguida por três opções, as quais expressam as defesas racionalização, negação e projecção, sendo que cada uma dessas três opções representa uma possível explicação da violação moral do indivíduo para com o *self*. O DMQ incorpora sobretudo uma abordagem cognitiva para o estudo dos mecanismos de defesa (Hentschel, 2004).

Para avaliar os mecanismos de defesa existem ainda outros instrumentos, tal como o COPE. Este foi desenvolvido por Schutz (1967) e consiste em seis breves histórias que descrevem conflitos ou problemas interpessoais. As respostas a cada

história reflectem as defesas do indivíduo, como a negação, isolamento, projecção e regressão (Vickers & Hervig, 1981).

Tanto quanto é do meu conhecimento, apenas o DMI foi alvo de estudos na população portuguesa.

3 - Mecanismos de Defesa e Psicopatologia

3.1. Mecanismos de Defesa associados a diversos quadros psicopatológicos

Em várias investigações é demonstrada a relação entre o uso de mecanismos de defesa e uma grande variedade de perturbações psiquiátricas, ou seja, evidências empíricas sugerem existir uma relação entre os padrões de funcionamento ao nível dos mecanismos de defesa e os processos psicopatológicos, incluindo as perturbações afectivas, de ansiedade, de abuso de substâncias e de personalidade (Mullen et al., 1999). Laplanche e Pontalis (1988) sugerem justamente que os mecanismos de defesa estão directamente relacionados com o diagnóstico psiquiátrico.

No estudo de Perry e Cooper (1986), a depressão crónica associou-se com a utilização de mecanismos de defesa que distorcem a realidade, assim como a distímia, os episódios maníacos e as perturbações de pânico. Perry (1988) também encontrou uma relação entre os mecanismos de defesa e a perturbação depressiva major. Vaillant e Drake (1985) relataram uma associação entre os mecanismos defensivos e as perturbações narcísica e anti-social da personalidade (Mullen et al., 1999).

Investigações que tiveram como base a *Teoria Hierarquizada dos Mecanismos de Defesa* (Perry & Kardos, 1995; Vaillant, 1992; Vaillant & Bond, 1986) referem que o estilo defensivo está relacionado com sintomas psiquiátricos e com a saúde mental. Estas revelam que os mecanismos de defesa ao serem conceptualizados como *clusters* hierárquicos que se desenvolvem ao longo de um continuum desde o adaptativo ao desadaptativo, permitem compreender que a saúde mental e o bem estar estão associadas a estilos de defesa mais adaptativos, enquanto que um funcionamento menos adaptativo está associado a estilos de defesa desadaptativos (Azibo, 2007).

De acordo com Azibo (2007) pacientes com perturbações alimentares, depressão, stress, ansiedade e perturbações da personalidade revelam uma utilização de estilos de defesa desadaptativos. Know (2002) refere que um estilo de defesa muito imaturo pode ser associado à disforia, com à propensão para a depressão e ao desajustamento.

Pollock e Andrews (1989) demonstram que existe um padrão específico de defesas associado às perturbações de ansiedade, sendo que defesas de tipo neurótico parecem estar associadas a este diagnóstico e defesas imaturas parecem

estar relacionadas tanto com as perturbações de ansiedade como com as perturbações do humor.

Vários estudos relatam o papel dos mecanismos de defesa na patogénese das perturbações psiquiátricas, sendo que em estudos conduzidos especificamente sobre perturbações de ansiedade é admitida a importância dos mecanismos de defesa. No estudo de Chávez-León, Muñoz & Uribe (2006) pretendeu-se identificar os mecanismos de defesa em pacientes com perturbação de pânico, agorafobia e perturbação obsessiva-compulsiva, avaliados através do DSQ (Bond, 1983). Neste estudo, a perturbação de pânico foi considerada uma neurose produzida por conflitos inconscientes, sendo que o ego não tem consciência de tais conflitos, devido à acção dos mecanismos de defesa. Pacientes com perturbação de pânico utilizam uma maior número de defesas imaturas de tipo neurótico (projectão, regressão, deslocamento, *acting-out*, fantasia, somatização etc.) do que indivíduos sem queixa. Pacientes com agorafobia utilizavam mecanismos de defesa, como o deslocamento, somatização, formação reactiva e idealização. Por outro lado, ainda os pacientes com perturbação obsessiva-compulsiva utilizavam mecanismos de defesa como a projectão e o *acting-out*.

Bellek (1979) refere que a fraqueza do ego e os mecanismos de defesa podem-se manifestar em pacientes com esquizofrenia, marcados por estados narcísicos frequentes e pensamento delirantes, que podem trazer dificuldades entre o indivíduo e o mundo externo.

Na estrutura psicótica os mecanismos de defesa presentes são sobretudo a clivagem, a identificação projectiva e a onnipotência, igualmente importantes são a projectão, a retirada da realidade e a denegação. Por seu turno, os mecanismos de defesa da estrutura *borderline* são sobretudo a clivagem, a projectão e o *acting-out*, igualmente importantes são a denegação, a identificação projectiva, a onnipotência e o evitamento (Bateman & Holmes, 1998; Bergeret, 2004). Alguns investigadores tentam fazer a distinção do uso dos mecanismos de defesa nos dois grupos, defendendo que a estrutura *borderline* tem um espectro/estilo de defesa específico. Os *borderline* tendem a fazer maior uso, sobretudo, da clivagem e, da desvalorização primitiva, da idealização, da negação e da identificação projectiva do que os esquizofrénicos (Lerner, 1990; Lerner, Sugarman, & Gaughran, 1981 (Calado & Duarte-Silva, 2010)).

3.2. Depressão e Mecanismos de Defesa

Vejamos agora, mais especificamente, a relação entre mecanismos de defesa e depressão.

Vários estudos encontraram uma associação entre mecanismos de defesa e a depressão. Estes estudos tiveram como objectivo compreender de que forma a presença de mecanismos de defesa pode influenciar a propensão para a depressão e de que modo estes podem afectar a sua gravidade e contribuir para o seu tratamento.

Teóricos de várias perspectivas propuseram a existência de diversas variáveis que influenciam o risco individual para uma reacção depressiva a um evento negativo. Teóricos Cognitivos referem que pensamentos e crenças desadaptativos afectam o risco para a depressão. Teóricos psicodinâmicos, por outro lado, admitem que processos inconscientes desadaptativos aumentam o risco para a depressão.

O modelo cognitivo da depressão, denominado Teoria da Depressão e do Desamparo (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989), defende que um estilo atribucional negativo serve como diátese para a depressão, ou seja, atribuições negativas constituem uma explicação causal para a depressão, atribuições que envolvem expectativas globais e estáveis. Neste sentido, indivíduos com tendência para fazer atribuições negativas, têm um maior risco de desenvolver depressão (Kwon & Lemon, 2000).

Já a perspectiva psicodinâmica admite que a forma como os indivíduos respondem a acontecimentos negativos depende da maturidade dos seus estilos defensivos. De acordo com esta perspectiva, os mecanismos de defesa são processos intrapsíquicos inconscientes que são activados por situações stressantes ou ameaçadoras, sendo que os diferentes mecanismos de defesa variam no seu grau de adaptabilidade. Mecanismos de defesa adaptativos permitem lidar de forma positiva com situações ameaçadoras, enquanto que mecanismos de defesa desadaptativos envolvem muitas vezes uma distorção da realidade. Os mecanismos de defesa desadaptativos são predominantes na infância, sendo que à medida que os indivíduos vão crescendo, os mecanismos de defesa tornam-se mais maduros. No entanto, alguns indivíduos continuam a utilizar mecanismos de defesa imaturos durante a idade adulta o que leva a um maior risco de perturbação psicológica, incluindo a depressão (Kwon & Lemon, 2000).

O' Leary, Donovan, Hague & O'Leary (1976) tentaram compreender se a percepção da depressão por parte dos pacientes estaria relacionada com a gravidade da doença e com o grau do uso da negação, como mecanismo de defesa, utilizando o

DMI (Ihilevich & Gleser, 1969) como instrumento de avaliação do mesmo. Os resultados do estudo mostraram que não existe uma relação significativa entre a medida de depressão e a utilização da negação, sendo que os pacientes deprimidos, independentemente do grau da negação empregado, demonstram um maior grau de distorção na percepção acerca da sua depressão.

Akkerman, Carr & Lewin, (1992) verificaram a existência de diferenças no estilo defensivo de indivíduos deprimidos relativamente a indivíduos não deprimidos. Através da aplicação do DSQ (Bond, 1983), concluíram que os indivíduos deprimidos apresentavam níveis mais elevados de defesas imaturas, do que indivíduos que não apresentavam depressão.

No estudo de Kwon (1999) foi investigado a relação entre o estilo atribucional, os mecanismos de defesa e os sintomas depressivos, sendo que os resultados indicaram que tanto o estilo atribucional como os mecanismos de defesa se relacionam com a depressão. Os mecanismos de defesa utilizados foram avaliados através do DMI (Ihilevich & Gleser, 1969). Os resultados indicaram que o estilo atribucional e o tipo de mecanismo de defesa *Principalisation* se associaram significativamente com os sintomas depressivos. Um estilo atribucional negativo estava associado a elevados níveis de sintomas depressivos, quando mecanismos de defesa imaturos estão também presentes, enquanto que um estilo atribucional positivo estava associado a menores níveis de sintomas depressivos.

Numa replicação do estudo referido anteriormente, Kwon e Lemon (2000) utilizaram o DSQ (Bond, 1983) em vez do DMI, na avaliação dos mecanismos de defesa com o objectivo de medir a maturidade e imaturidade dos mesmos. Concluíram que o estilo atribucional e o estilo defensivo podem interagir para prever a presença de sintomas depressivos. No entanto, um estilo de defesa imaturo não interage com o estilo atribucional para prever a presença de sintomas depressivos.

Mullen et al. (1999) realizaram um estudo para avaliar a questão da estabilidade do funcionamento defensivo e da organização da personalidade durante o decurso da doença psiquiátrica, examinando pacientes diagnosticados com perturbação depressiva major. Para avaliarem o funcionamento defensivo utilizaram o DSQ (Bond, 1983), como instrumento de medida. Neste estudo observaram que pacientes que estavam a melhorar com o tratamento apresentavam uma redução significativa no uso de defesas desadaptativas. Para além disto, concluíram também que a forma como os pacientes utilizavam os seus mecanismos de defesa tinha uma grande relevância em termos clínicos, incluindo a capacidade dos pacientes para participar no tratamento, a recorrência da doença e as estratégias futuras de tratamento.

Num estudo realizado por Cramer (2002) tentou compreender-se se a utilização de mecanismos de defesa estaria associada a indicadores de ansiedade e depressão e se esta associação poderia ser moderada pelo gênero, numa amostra de 91 jovens adultos. Este estudo apoiou-se em investigações anteriores, que encontraram implicações do uso de defesas imaturas para a inadaptação social e para a infelicidade, enquanto que o uso de defesas maduras estava relacionado com a competência social e a auto-estima. Os resultados revelaram que homens e mulheres que utilizavam mecanismos de defesa imaturos como a negação, apresentavam instabilidade, imprevisibilidade, inconveniência e rebeldia. A negação e a projecção mostraram-se também associadas com a ansiedade e com a depressão, em ambos os sexos.

Besser (2004) estudou a relação entre o papel da personalidade, como factor de vulnerabilidade, e a utilização de mecanismos de defesa, avaliados pelo DSQ (Bond,1983), na predição da depressão. Os seus resultados sugerem que a utilização de mecanismos de defesa imaturos está presente na vulnerabilidade da personalidade para a depressão.

O estudo realizado por Azibo (2007) teve como objectivo compreender se o estilo defensivo estaria relacionado com os sintomas depressivos. O instrumento de medida utilizado para avaliar os mecanismos de defesa foi o DSQ (Bond,1983), e participaram neste estudo 79 estudantes universitários. Este estudo revelou que pacientes em tratamento para a depressão e pacientes recuperados apresentaram um aumento da utilização de mecanismos defensivos adaptativos e uma diminuição do uso de defesas desadaptativas, relativamente a pacientes sem tratamento para a depressão.

Landmark et al. (2008) exploraram também a relação entre os mecanismos de defesa e a perturbação depressiva. Neste estudo os mecanismos de defesa foram avaliados através do LSI (Plutchik, Kellerman e Conte, 1979). Os resultados mostraram que a utilização de mecanismos de defesa tais como a compensação, o deslocamento e a regressão estava significativamente associada à perturbação depressiva. Além disso, os resultados estão em conformidade com a perspectiva que defende a relação entre o uso dos mecanismos de defesa e o grau de psicopatologia. A associação mais forte encontrada foi relativamente à regressão, sendo referida como o mecanismo de defesa menos adaptativo, o que está em concordância com o facto do uso de defesas imaturas ser uma das características da perturbação depressiva.

Também Pulkit e Kumar (2010) realizaram um estudo com o objectivo de compreender quais os mecanismos de defesa presentes na Depressão Bipolar e

Unipolar. Para este objectivo utilizaram o instrumento DMRS (Perry & Cooper, 1986) de modo a avaliar os mecanismos de defesa. Neste estudo verificou-se que em ambos os tipos de depressão é utilizada a negação, sendo que na Depressão Bipolar são utilizadas defesas num nível mais imaturo do que na Depressão Unipolar. Defesas de um estilo neurótico são mais frequentemente utilizadas na Depressão Unipolar do que na Depressão Bipolar.

3.3. Experiências Depressivas (anaclíticas e introjectivas) e Mecanismos de Defesa

Zuroff et al.(1983) examinaram a relação existente entre as duas configurações da personalidade, anaclítica e introjectiva, e os mecanismos de defesa, numa amostra não clínica, utilizando o DMI (Ihilevich & Gleser, 1969) para medir os mecanismos de defesa. Os resultados desta investigação mostraram que, nas mulheres, o auto-criticismo estava associado positivamente a sentimentos negativos para com as próprias e para com os outros. No entanto, o auto-criticismo apresentou-se associado de forma negativa com os mecanismos de defesa mais primitivos de evitamento (mecanismos REV e PRN), tanto nos homens, como nas mulheres. Os autores não encontraram evidências claras de que a dependência estivesse associada ao evitamento, mas, por outro lado, mostrou-se associada à expressão da agressividade contra o *self* (mecanismo TAS).

Cramer, Blatt e Ford (1988) tentaram validar a conceptualização de Blatt acerca da relação existente entre as duas configurações psicopatológicas e os mecanismos de defesa. Este estudo foi conduzido com o objectivo de investigar o uso dos mecanismos de defesa negação, projecção e identificação em pacientes psiquiátricos hospitalizados, com uma configuração da personalidade anaclítica ou introjectiva.

Os resultados do estudo de Cramer et al. demonstraram que ambas as configurações são caracterizadas pela utilização de defesas imaturas. Para além disto, revelaram também uma relação entre o nível da patologia do paciente dentro de cada linha e o nível dos mecanismos de defesa utilizados. No grupo anaclítico, a patologia relacionou-se positivamente com a utilização da negação e negativamente com o uso da identificação. Quanto mais baixo era o nível de funcionamento psicológico, mais baixo o nível das defesas utilizadas. Referem que a presença de uma patologia bizarra e desorganizada é o melhor preditor para a utilização de defesas de nível mais baixo,

como a negação. O comportamento interpessoal apresentou também uma relação clara com o nível de defesas utilizado pelos pacientes anaclíticos, pois os pacientes que demonstraram um nível de relacionamentos interpessoais e imaturidade psicológica mais acentuados, utilizam a negação e a projecção como mecanismos de defesa mais marcados (Cramer et al., 1988).

Por outro lado, os pacientes introjectivos demonstraram uma forte utilização da identificação, que corresponde a um mecanismo de defesa pertencente a um nível mais elevado. Este resultado é consistente com o facto da patologia introjectiva se desenvolver em torno de questões ligadas à auto-definição. No entanto, contrariamente ao que esperavam, os pacientes anaclíticos e introjectivos não diferiram na utilização das defesas negação, projecção e identificação, sendo que o grupo anaclítico mostra também uma elevada utilização da identificação, enquanto que o grupo introjectivo demonstra uma grande utilização da negação. Este resultado poderá estar relacionado com a gravidade da perturbação psicológica e com o facto de outras variáveis, como o género, poderem ter “mascarado” as diferenças nos mecanismos de defesa utilizados pelos pacientes anaclíticos e introjectivos (a personalidade anaclítica e a negação estão associadas ao sexo feminino, enquanto que a personalidade introjectiva e a projecção estão associadas ao sexo masculino) (Cramer, Blatt & Ford, 1988).

Num estudo levado a cabo por Besser e Priel (2003) foram investigados os traços de vulnerabilidade à depressão e as estratégias de coping na transição para a maternidade. As experiências depressivas foram avaliadas pelo QED (Blatt et al., 1976), enquanto que as estratégias de coping foram medidas através de um instrumento de auto-relato denominado de Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1980). As suas hipóteses foram baseadas em dois pressupostos. O primeiro diz respeito ao facto de que o modo como o indivíduo lida com os acontecimentos de vida causadores de stress, pode demonstrar a sua capacidade em reduzir os efeitos prejudiciais desses mesmos acontecimentos; o segundo pressuposto reside no facto dos estilos de coping preferenciais poderem ter origem nos traços de personalidade do indivíduo. Os autores testaram as hipóteses de que a dependência estaria associada a baixos níveis de estratégias de coping emocionalmente evitantes, enquanto que o auto-criticismo estaria positivamente relacionado com elevados níveis de estratégias de coping emocionalmente evitantes. Para este efeito foram explorados os padrões de relação entre auto-criticismo, dependência e estratégias de coping.

Os resultados obtidos foram consistentes com a hipótese de que a dependência e o auto-criticismo estão associados com estratégias de coping preferenciais. Por outro lado, no contexto da transição para a maternidade, as

estratégias de coping moderam os efeitos prejudiciais da presença do auto-criticismo em participantes depressivos após o nascimento da criança. Para além disto, concluíram que o auto-criticismo está associado com elevados níveis de defesas emocionalmente evitantes e a dependência, por sua vez, está associada a baixos níveis de defesas emocionalmente evitantes. Foi observado também que a vulnerabilidade para a depressão pode ser descrita no contexto de um uso rígido de estratégias de coping desadaptativas (Besser & Priel, 2003).

Besser (2004) explorou a relação entre a vulnerabilidade da personalidade e o uso de mecanismos de defesa na previsão da depressão, numa amostra não clínica de 187 participantes. Foi utilizado o QED para avaliar os factores de vulnerabilidade para a depressão (a dependência, o auto-criticismo e a eficácia), avaliando também os mecanismos de defesa (mecanismos maduros, imaturos e de evitamento emocional), na previsão da depressão. Para avaliar os mecanismos de defesa foi utilizado o DSQ (Bond, 1983). Os resultados deste estudo contribuíram para a compreensão da diferença básica entre a dependência e o auto-criticismo no que refere à utilização de mecanismos de defesa. Os resultados indicaram que o auto-criticismo estava associado a defesas de evitamento emocional, enquanto que a dependência não apresentava esta associação, mas ambas as configurações estavam associadas a defesas imaturas e à depressão.

Os resultados demonstraram também que as defesas maduras estão associadas com a resiliência. Também o uso de mecanismos de defesa imaturos define o aspecto principal da vulnerabilidade da personalidade para a depressão. A eficácia surge neste estudo como estando relacionada com as estratégias defensivas adaptativas, apesar de não estar negativamente correlacionada com a depressão (Besser, 2004).

Os estudos de Campos (2010) e Campos et al. (2011) tiveram como objectivo o estudo da relação existente entre experiências depressivas e mecanismos de defesa em sujeitos da população geral. Estas investigações exploraram a relação entre os quatro tipos de experiências depressivas conceptualizadas por Blatt e seus colegas, o auto-criticismo e a dependência e, mais recentemente, a necessidade e o contacto e os mecanismos de defesa, de acordo com a perspectiva de Ihlevich e Gleser (1986). Os resultados destes estudos apontaram para uma relação entre as experiências depressivas e o tipo de mecanismos de defesa *turning against self*, sendo que este se relaciona de forma mais marcada com as experiências depressivas de tipo anaclítico, a dependência e a necessidade, do que com o auto-criticismo. Estes resultados são consistentes com a teoria psicanalítica que defende que o voltar da agressividade contra o próprio se apresenta como mecanismo psicológico central na depressão. São

também consistentes com a conceptualização de Blatt (1974) que admite que os indivíduos com depressão anaclítica são relutantes em expressar a agressão por medo de perder o afecto, suporte e gratificação que os outros significantes lhe podem proporcionar.

No entanto, numa análise de regressão múltipla, o Contacto não foi previsto pelo mecanismo de defesa *turning against self*. O tipo de mecanismo de defesa *Reversal* mostrou-se também um preditor importante, relacionando-se, mas de forma negativa, com a Necessidade. Os resultados mostram também que o Auto-criticismo apresentava uma correlação negativa com as defesas *Reversal* e *Principalisation*. Indivíduos com uma maior inclinação para experiências depressivas de auto-criticismo tendem a não utilizar mecanismos de defesa como a racionalização, a intelectualização e a formação reactiva (Campos, 2010; Campos et al., 2011).

II. Estudo Empírico

4 - Colocação do problema, objectivos e hipóteses de investigação

Várias perspectivas teóricas consideram que os mecanismos de defesa são de grande importância para a organização e funcionamento da personalidade, bem como da patologia. Têm sido alvo de grande interesse no campo da psicoterapia, especialmente nas terapias psicanalíticas, por serem vistos como fundamentais para o manuseamento dos conflitos internos e externos (Schauenburg et al., 2007).

O conceito de Mecanismos de Defesa em Psicologia surge pela primeira vez em 1894, no trabalho de Sigmund Freud denominado “As Neuropsicoses de Defesa”. Freud define mecanismos de defesa como operações mentais ou métodos utilizados pelo ego para se proteger contra a ansiedade, sendo processos inconscientes que protegem a mente de sentimentos e pensamentos difíceis de lidar pelo indivíduo (Hovanesian et al. 2009). Anna Freud (1936) destaca que todos os mecanismos de defesa podem ser modos de adaptação, desde que sejam utilizados de forma flexível e moderada. Melanie Klein (1948) afirma que todos os aspectos da vida mental, nos primeiros anos de vida, já seriam utilizados pelo ego, de forma muito primitiva, como defesa contra ansiedades.

Contribuições mais recentes para o estudo dos mecanismos de defesa incluem, com especial destaque, os trabalhos de Vaillant e Cramer. De acordo com Vaillant (1971) a função dos mecanismos de defesa seria manter os afectos dentro de limites suportáveis, redireccionar impulsos biológicos, integrar alterações no auto-conceito e gerir conflitos não resolvidos com os outros. Por outro lado, Cramer (1991) propôs um modelo desenvolvimental baseado na ideia que diferentes defesas emergem em diferentes etapas do desenvolvimento.

De acordo com a perspectiva de Ihlevich e Gleser (1986), os mecanismos de defesa são vistos como respostas estáveis que pretendem distorcer ou manusear a realidade quando os recursos pessoais, competências e motivações são insuficientes para resolver conflitos internos ou ameaças externas. Os autores consideram todos os tipos de defesa adaptativos se utilizados de forma flexível, sendo as defesas patológicas manifestadas através de respostas rígidas, excessivas ou inapropriadas.

Diversos estudos relacionaram a utilização de mecanismos de defesa e a depressão (Kwon & Lemon, 2000; O’ Leary et al., 1976; Akkerman, Carr & Lewin, 1992; Margo et. Al., 1993; Kwon, 1999; Mullen et al., 1999; Cramer, 2002; Besser,

2004; Azibo, 2007; Landmark et al., 2008; Pulkit e Kumar, 2010), mas apenas um número reduzido de estudos se focaram na relação entre mecanismos de defesa e as experiências depressivas, anaclítica e introjectiva, propostas por Blatt (1974, 1991, 2004).

A presente investigação constitui uma extensão do estudo exploratório de Campos et al. (2011) no qual foi examinada a relação existente entre mecanismos de defesa e experiências depressivas conceptualizadas por Blatt e seus colegas, numa amostra não clínica. No presente trabalho estudou-se esta relação, entre mecanismos de defesa e experiências depressivas, mas utilizando uma amostra clínica, controlando também o efeito da depressão sintomática na referida relação.

“Toda a conceptualização de Blatt sobre o fenómeno depressivo assenta na ideia da existência de dois tipos de vulnerabilidade à doença depressiva, estruturados na infância, através de representações mentais perturbadas do objecto e das relações de cuidado. A doença depressiva originar-se-ia dessas personalidades vulneráveis. As duas configurações caracteriológicas propostas por Blatt, anaclítica ou dependente e introjectiva ou de auto-criticismo, estariam por detrás das formas normais e patológicas de depressão” (Baker et al., 1997).

Zuroff et al. (1983) examinaram a relação existente entre as duas configurações da personalidade, anaclítica e introjectiva, e os mecanismos de defesa, numa amostra não clínica. Os resultados desta investigação mostraram que a dependência estava associada à expressão da agressividade contra o *self*. Concluíram também que nas mulheres, o auto-criticismo se relacionava positivamente a sentimentos negativos contra elas próprias e contra os outros. No entanto, o auto-criticismo apresentou-se associado de forma negativa com os mecanismos de defesa mais primitivos de evitamento (REV e PRN), tanto nos homens, como nas mulheres.

Cramer, Blatt e Ford (1988) investigaram o uso dos mecanismos de defesa negação, projecção e identificação em pacientes psiquiátricos hospitalizados, com uma configuração da personalidade anaclítica ou introjectiva. Concluíram que ambos os tipos de experiências depressivas eram caracterizados pela utilização de defesas imaturas, sendo que nos pacientes anaclíticos, a gravidade da patologia relacionou-se com a utilização da negação, enquanto que os pacientes introjectivos demonstraram uma forte utilização da identificação.

Também Besser (2004) procurou compreender o papel dos mecanismos de defesa, na sua relação com as experiências depressivas e a depressão. Verificou que o auto-criticismo associou-se a defesas de evitamento emocional, enquanto a dependência não apresentava esta associação, mas que ambos os tipos de experiências depressivas estavam associados com defesas imaturas e com a

depressão. A sua investigação demonstrou também que o uso de mecanismos de defesa imaturos constitui o aspecto principal que a personalidade pode ter como vulnerabilidade para a depressão (Besser, 2004).

No estudo de Campos et al. (2011), para além da correlação, os autores utilizaram a metodologia de análise de regressão com o objectivo de prever a dependência, o auto-criticismo, a necessidade e o contacto enquanto tipos de experiências depressivas, utilizando como preditores os tipos de mecanismos de defesa que se correlacionaram significativamente com as mesmas. Neste estudo o auto-criticismo foi previsto em maior grau por níveis elevados do mecanismo de defesa *turning against self* e em menor grau por baixos níveis dos mecanismos *reversal* e *principialization*. Relativamente à dependência esta foi prevista somente pelo mecanismo *turning against self*. No que respeita à necessidade esta foi prevista em maior grau por níveis elevados do mecanismo *turning against self* e em menor grau por níveis baixos do mecanismo *reversal*.

O objectivo do presente trabalho será estudar a relação entre os quatro tipos de experiências depressivas conceptualizadas por Blatt e seus colegas, o auto-criticismo e a dependência e, mais recentemente, a necessidade e o contacto, como duas sub-dimensões, dentro da dimensão de dependência, e os mecanismos de defesa, de acordo com a perspectiva de Ihlevich e Gleser (1986), expandido o estudo de Campos et al. (2011), com uma amostra clínica. Será também estudada a relação entre os mecanismos de defesa e as experiências depressivas, controlando o efeito dos sintomas depressivos, da depressão estado, avaliados pelo CES-D.

Com este objectivo foi utilizada uma amostra de pacientes externos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora e do Hospital Distrital de Santarém, com um diagnóstico de perturbação psiquiátrica. Os pacientes seleccionados foram convidados a participar voluntariamente no estudo e a responderam aos questionários, em sessões individuais.

Foi aplicado o QED de modo a avaliar os quatro tipos de experiências depressivas acima referidos. Este instrumento proporciona resultados para três escalas: a primeira escala, a Dependência, contém itens referentes aos relacionamentos interpessoais que incluem preocupações com o desamparo e abandono, sentimentos de solidão e necessidade de relações interpessoais próximas e dependentes; a segunda escala, o Auto-Criticismo, cujos os itens reflectem preocupações com o *self* e com os outros, com as questões do fracasso, da culpa, da insegurança e da insatisfação e por questões de uma intensa auto-crítica; e a escala de Eficácia, avalia um sentido de confiança sobre os próprios recursos e capacidades,

sentimentos de possuir força interior, capacidade de assumir responsabilidades e sentimentos de independência, de orgulho e realização (Blatt et al., 1976; 1995). No presente estudo, como no trabalho de Campos et al. (2011), a escala de Eficácia não foi utilizada. A investigação acerca das duas formas de vulnerabilidade para a depressão permitiu também fazer uma distinção entre os aspectos positivos ou adaptativos (maduros) e os aspectos negativos ou desadaptativos (imaduros) do factor de Dependência. Blatt, Zohar, Quinlan, Zuroff e Mongrain (1995) sugeriram que a experiência global de dependência poderia dividir-se em duas sub-dimensões, a Necessidade e o Contacto. A Necessidade poderá estar correlacionada positivamente com a gravidade da depressão, com traços de personalidade desadaptativos e com o funcionamento interpessoal, enquanto que o Contacto poderá estar correlacionada negativamente com a gravidade da depressão e correlacionada positivamente com os traços de personalidade adaptativos e com o funcionamento interpessoal (McBride et al., 2006; Campos et al., 2011).

Para a avaliação dos mecanismos de defesa, foi utilizado o Inventário dos Mecanismos de Defesa (DMI), desenvolvido por Ihilevich & Gleser (1969). De acordo com a abordagem dos autores as respostas defensivas perante o conflito ou ameaça podem ser agrupadas em cinco estilos diferentes, cada um caracterizado por um conjunto particular de operações mentais, respostas emocionais e reacções comportamentais. Estas cinco categorias incorporam a maioria das defesas classicamente mencionadas na literatura psicanalítica. O modelo destes autores tem como pressuposto que a principal função das defesas consiste na resolução dos conflitos entre o que é percebido pelo indivíduo e os seus valores internos. O conflito é resolvido através de um processo onde o ego ataca, distorce ou se torna selectivo de forma inconsciente em relação a aspectos do mundo interno e externo (Ihilevich & Gleser, 1969). O DMI foi construído para proporcionar uma avaliação dos cinco tipos de defesa comuns ao funcionamento psicológico adulto, sendo que cada um dos cinco estilos de defesa deve ser entendido como abrangendo uma variedade de respostas defensivas (Juni, 1999). Estes cinco tipos de defesas são: *Turning against object* (TAO); *Projection* (PRO); *Principialisation* (PRN); *Turning against self* (TAS) e *Reversal* (REV) (Ihilevich & Gleser, 1986).

Será também aplicada a CES-D, desenvolvida por Radloff (1977), para medir os sintomas depressivos. Esta é uma escala sintomática que remete para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, ou seja, para a ideia de uma variação continua entre o funcionamento normal e as formas mais graves de depressão. Os itens desta escala medem os seguintes aspectos da depressão: humor depressivo; sentimentos de culpa e desvalorização; sentimentos de desamparo e

desespero; lentificação psicomotora; perda de apetite e distúrbios do sono. A CES-D pode ser utilizada tanto como instrumento de despiste de perturbações depressivas, bem como de avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva (Gonçalves e Fagulha, 2003).

Dado que este estudo é uma extensão do estudo de Campos et al. (2011) espera-se obter resultados próximos aos obtidos pelos autores. Deste modo, com base nos resultados obtidos, é então esperado que a dependência se relacione positivamente com o tipo de mecanismo de defesa *turning against self*. Em relação ao auto-criticismo é esperado que apresente uma relação positiva com o mecanismo *turning against self* e negativa com os tipos de mecanismos de defesa *principalisation* e *reversal*.

É também esperado, que a necessidade, a componente mais desadaptativa da dependência, apresente uma relação positiva com o tipo de mecanismo de defesa *turning against self*, e negativa com o tipo de mecanismo de defesa *reversal*. Relativamente ao contacto, a componente mais adaptativa do factor dependência, é esperado que não se relacione particularmente com nenhum dos mecanismos de defesa.

5 - Metodologia

5.1. Participantes

Neste estudo foi utilizada uma amostra composta por 50 pacientes externos do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo, em Évora, e do Hospital Distrital de Santarém. Desta amostra 13 participantes eram do sexo masculino e 37 eram do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 23 e os 65 anos ($M = 44,00$; $SD = 12,19$). O nível de escolaridade dos participantes variou entre o 4 e os 17 anos ($M = 10,14$; $SD = 3,91$), sendo na sua maioria trabalhadores não qualificados. Relativamente ao diagnóstico dos participantes, verificou-se que 28 dos pacientes sofria de depressão. Os resultados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos participantes

Variáveis		%	M	DP
Sexo	Masculino	13	1.26	.443
	Feminino	37		
Idade			44.00	12.194
Estado Civil	Solteiro	14		
	Casado	22		
	Divorciado	12		
	Viúvo	2		
Escolaridade (em anos)	5	5	10.14	3.907
	6	6		
	7	1		
	8	1		
	9	16		
	12	13		
Profissão	17	8		
	Quadros Superiores de Administração	1		
	Especialistas intelectuais/científicos	6		
	Profissionais Intermediários	6		
	Pessoal Administrativo	3		
	Vendedores	3		
	Operadores de instalações/máquinas	1		
	Trabalhadores não qualificados	13		
	Desempregados	11		
	Reformados	6		
Diagnóstico	Depressão	28		
	Ansiedade	7		
	Bipolar	7		
	Dependente	1		
	Esquizofrenia	3		
	Esquizoaffectiva	2		
	Pós-Stress Traumático	2		

Os
critérios de

inclusão para esta amostra compreenderam pacientes com idades entre os 18 e os 65 anos, com pelo menos o 4º ano de escolaridade, sem evidência de síndrome orgânica, de risco de suicídio, e de presença de surto psicótico no momento.

5.2. Instrumentos de medida

Questionário de Experiências Depressivas (QED)

O QED (Blatt et al., 1976; Blatt, D'afflitti & Quinlan, 1979) (veja-se anexo D) é um questionário com 66 itens desenvolvido para medir experiências depressivas (Blatt & Zuroff, 1992). Fornece resultados para três escalas ou factores que resultaram da Análise de Componentes Principais realizada com a amostra original de standardização de estudantes universitários americanos. O factor I foi designado de *dependência* e o factor II foi designado de *auto-criticismo*. Além desses dois factores, consistentes com as duas dimensões depressivas anteriormente apresentado por Blatt (1974), a análise factorial revelou mais um factor, designado de *eficácia*. Os indivíduos com resultados elevados nesta escala caracterizam-se por possuir sentimentos de realização pessoal e por uma orientação para objectivos, mas não por excessiva competitividade. Mais recentemente Rude e Burnham (1995) desenvolveram duas sub-escalas para a escala de dependência: *necessidade* e *contacto*. A primeira mede uma característica mais primária e menos adaptativa de dependência e necessidade de contacto com o outro e a segunda está relacionada com uma preferência mais madura e desenvolvida pelos relacionamentos interpessoais (Campos, 2010).

A consistência interna das três escalas é aceitável, com valores de alfa de Cronbach moderados, quer no estudo original (Blatt, D'Afflitti & Quinlan, 1979), entre 0.72 e 0.83, quer no estudo de replicação levado a cabo mais tarde (Zuroff et al., 1990), entre 0.69 e 0.80. A dependência e o auto-criticismo mostram-se estáveis ao longo do tempo, o que apoia a conceptualização teórica de Blatt, segundo a qual, as vulnerabilidades para as depressões anaclítica e introjectiva são características de personalidade estáveis, estabelecidas precocemente no desenvolvimento (Campos, 2000c).

A versão portuguesa do QED apresenta características psicométricas adequadas (Campos, 2000c, 2009a). Resultados relativos à consistência interna e à estrutura factorial foram bastante semelhantes aos obtidos por Blatt (Blatt et al. 1976, Blatt et al., 1979; Zuroff, Quinlan & Blatt, 1990). Os valores de alfa de Cronbach para as três escalas situaram-se entre 0.71 e 0.82 para o sexo masculino e entre 0.70 e

0.77 para o sexo feminino. Algumas outras evidências da validade do questionário foram também obtidas (Campos, 2009a).

Inventário de Mecanismos de Defesa (DMI)

O DMI (Ihilevich & Gleser, 1986) (veja-se anexo E) “apresenta 10 vinhetas descrevendo situações conflituais da vida quotidiana, sendo pedido ao sujeito para escolher relativamente a cada vinheta, em quatro blocos de cinco opções (uma opção para cada um dos cinco tipos de mecanismos de defesa operacionalizado pela o inventário), as opções que estão mais e menos perto de sua opinião. Os quatro blocos de opções para cada vinheta estão relacionados com o que a pessoa faria em termos de comportamento real, na fantasia, o que pensaria e o que sentiria” (Campos et al., 2011).

São obtidos resultados para cinco escalas: *Turning Against Object* (TAO): esta classe de defesas lida com o conflito através do ataque ao objecto frustrante. *Projection* (PRO): incluídas aqui estão as defesas em que o sujeito justifica a expressão da agressão em direcção a um objecto externo ao atribuir-lhe, sem evidência real, uma intenção ou características negativas. *Principalization* (PRN): esta classe de mecanismo lida com o conflito através da invocação de um princípio geral ou em que “se separa” o afecto do conteúdo ideativo e se reprime o primeiro. *Turning Against Self* (TAS): nesta classe estão as defesas em que os sujeitos lidam com o conflito dirigindo o comportamento agressivo contra si próprios. *Reversal* (REV): esta categoria inclui as defesas em que os sujeitos lidam com o conflito respondendo de forma positiva ou neutra a um objecto frustrante que se esperaria evocar uma reacção negativa.

A versão portuguesa apresenta características psicométricas aceitáveis. O alfa de Cronbach varia entre 0.71 e 0.86 para as cinco escalas nas duas versões, masculina e feminina (Justo, 1989, 2010).

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

A escala do CES-D (veja-se anexo F) foi criada por Radloff (1977) para medir sintomas depressivos. A CES-D é uma escala sintomática que remete para uma perspectiva dimensional das perturbações depressivas, ou seja, para a ideia de uma variação continua entre o funcionamento normal e as formas mais graves de depressão. Esta é uma escala de auto-descrição constituída por 20 itens, desenvolvida para medir os níveis da sintomatologia depressiva na população geral,

mas é igualmente adequada para populações clínicas. Os itens, os quais são cotados numa escala de 0 a 3, medem os seguintes aspectos da depressão: humor depressivo; sentimentos de culpa e desvalorização; sentimentos de desamparo e desespero; lentificação psicomotora; perda de apetite e perturbações do sono. A resposta aos 20 itens é cotada numa escala de Likert de 4 pontos correspondentes à frequência de cada sintoma na última semana. O resultado final é igual a soma das cotações de todos os itens, podendo variar entre os 0 e os 60 pontos. Assim, quanto mais elevado for o resultado, maior e a intensidade da sintomatologia depressiva (Gonçalves e Fagulha, 2003).

Para além de estudos epidemiológicos, a CES-D pode ser utilizada como instrumento de despiste de perturbações depressivas ou de avaliação da intensidade da sintomatologia depressiva. No entanto, pelo facto de os itens da CES-D não corresponderem exactamente aos critérios definidos pelo DSM-IV ou pela ICD-10 para as perturbações depressivas, à semelhança de outras escalas análogas, também este instrumento não deve ser utilizado isoladamente para fins de diagnóstico (Gonçalves e Fagulha, 2003).

A adaptação portuguesa da CES-D foi efectuada por Gonçalves e Fagulha (2000) a partir da versão original. Assim, foi realizado um primeiro estudo, aplicando o teste a uma amostra de estudantes universitários, com o objectivo de avaliar as características psicométricas da escala, como a consistência interna e as características dos itens. Pretendia-se igualmente testar a sua validade através da comparação com os resultados do Inventário de Beck. Posteriormente foram realizados dois estudos que pretendiam verificar a adequação e validade da escala para a população geral portuguesa. A versão portuguesa obteve uma elevada consistência interna, tendo um valor do alfa de Cronbach de 0,91 (Gonçalves e Fagulha, 2003).

5.3. Procedimento

Em primeiro lugar, foi pedida autorização aos Directores do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora e do Hospital Distrital de Santarém para a aplicação dos questionários (veja-se anexo A). Após o seu consentimento para prosseguir com a aplicação, foi realizada uma verificação do processo clínico de cada paciente, de forma a ser possível o preenchimento de uma ficha de dados clínicos (veja-se anexo C) e de modo a verificar se os pacientes preenchiam os critérios de inclusão na amostra.

Posteriormente, os pacientes seleccionados foram convidados a participar voluntariamente no estudo, através da aplicação de três Instrumentos de Avaliação Psicológica (QED; CES-D; DMI), em sessões individuais, com uma duração de, aproximadamente 90 minutos. A ordem de aplicação dos instrumentos foi aleatória. É necessário também referir que no decorrer deste procedimento foi aplicado um conjunto de quatro provas comuns a duas investigações, mas para o objectivo desta investigação foram utilizadas apenas os três instrumentos referidos.

A aplicação dos questionários foi apresentada como sendo relativa a uma investigação para a Dissertação de Mestrado realizada no âmbito do Mestrado de Psicologia da Universidade de Évora, com pacientes psiquiátricos. Antes da aplicação dos instrumentos, os pacientes seleccionados assinaram uma ficha de consentimento informado (veja-se anexo B). As instruções para responder aos questionários eram apresentadas por escrito no início de cada instrumento aplicado. Assegurava-se a confidencialidade dos resultados e que se tivessem alguma dúvida na compreensão de algum item, não hesitassem em chamar-me.

6 - Resultados

6.1. Estatística descritiva

Na tabela 2 são apresentados os valores das médias e desvios-padrão nas escalas dos instrumentos de medida aplicados.

Tabela 2 - Resultados obtidos nos instrumentos de medida

Variáveis	M	SD
Experiências Depressivas		
1. Dependência	- 0.20	0.87
2. Auto-Criticismo	0.32	1.07
3. Necessidade	0.43	0.84
4. Contacto	- 0.07	0.81
Mecanismos de Defesa		
5. TAS	40.2	8.24
6. TAO	33.5	9.02
7. REV	40.7	8.49
8. PRN	46.7	7.15
9. PRO	38.9	5.38
Depressão Estado		
10. CES-D	31.9	12.3

6.2. Correlações bi-variadas entre as Experiências Depressivas, os Mecanismos de Defesa e os sintomas depressivos

As correlações de Pearson obtidas entre as escalas do QED e os cinco tipos de mecanismos de defesa são apresentadas na Tabela 3. Os resultados revelam que o Auto-Criticismo apresenta uma correlação positiva e significativa com o tipo de

defesa *Turning Against Self* e uma correlação negativa e significativa com o tipo de defesa *Principalization*. A Necessidade apresenta igualmente uma correlação positiva com o *Turning Against Self* e uma correlação negativa com o *Principalization*. Tanto a Dependência como o Contacto não apresentam correlações significativas com nenhum dos cinco tipos de mecanismos de defesa.

Em relação às correlações de Pearson obtidas entre as quatro escalas do QED e os sintomas depressivos, os resultados mostram que as mesmas apresentam correlações positivas com a CES-D, pelo que importa controlar o efeito dos sintomas depressivos na previsão dos quatro tipos de experiências depressivas, a partir dos mecanismos de defesa.

Tabela 3

Correlações entre as escalas e sub-escalas do QED, a CES-D e os Tipos de Mecanismos de Defesa

	TAS	TAO	PRN	PRO	REV	CES-D
Dependência	.26	.01	-.25	.05	-.07	.35 *
Auto-Criticismo	.28 *	.28	-.49 **	.18	-.22	.43 **
Necessidade	.49 **	.11	-.41 **	.02	-.24	.46 **
Contacto	.06	.05	-.20	.05	.09	.35 *

Nota. TAS = Turning against self; TAO = Turning against object; PRN = Principalization; PRO = Projection; REV = Reversal. CES-D = Center for Epidemiological Studies of Depression Scale. N = 50

*p < .05. **p < .01.

6.3. Análises de Regressão Linear Múltipla

A análise da regressão linear múltipla foi realizada com o objectivo de prever o Auto-Criticismo e a Necessidade, utilizando como preditores os tipos de mecanismos de defesa que se correlacionaram significativamente com as mesmas. Os resultados são apresentados na Tabela 4 e indicam que o Auto-Criticismo foi previsto por um

baixo nível de *Principalization*, enquanto que a Necessidade foi prevista por um elevado nível de *Turning Against Self* e por um nível mais baixo de *Principalization*. Dado que a dependência e o contacto não apresentaram correlações significativas com nenhum dos tipos de mecanismos de defesa, naturalmente não se realizaram análises de regressão para prever este tipo de experiências depressivas. Note-se, no entanto, que se a amostra utilizada fosse maior, provavelmente encontrar-se-iam resultados significativos para a dependência.

De forma a garantir os pressupostos da regressão linear múltipla verificou-se se os resíduos apresentavam uma distribuição normal. Para tal foram utilizados o teste de *Kolmogorov-Smirnov (K-S test)* e o teste de *Shapiro-Wilk*. Relativamente aos resíduos referentes à regressão linear múltipla em que se pretendeu prever o auto-criticismo, verificou-se que estes possuem uma distribuição normal (K-S=.09, $p=.200$; SW=.98, $p=.573$), bem como os resíduos referentes à regressão linear múltipla em que se pretende prever a necessidade (K-S=.10, $p=.200$; SW=.98, $p=.415$).

6.4. Análises de Regressão Linear Múltipla Hierárquica

A análise da regressão linear múltipla hierárquica foi realizada com o objectivo de controlar o efeito dos sintomas depressivos na previsão das experiências depressivas a partir dos mecanismos de defesa. Assim, o resultado do CES-D foi introduzido num 1º bloco e os Mecanismos de Defesa num 2º bloco.

Deste modo, controlando os efeitos dos sintomas depressivos, o Auto-Criticismo foi previsto por um nível baixo do tipo de defesa *Principalization*, enquanto que a Necessidade foi prevista por um nível elevado de *Turning Against Self*. Os resultados são apresentados na Tabela 5.

De forma a garantir os pressupostos da regressão linear múltipla hierárquica verificou-se novamente se os resíduos apresentavam uma distribuição normal. Para tal foram utilizados o teste de *Kolmogorov-Smirnov (K-S test)* e o teste de *Shapiro-Wilk*. Os resíduos referentes à regressão linear múltipla hierárquica em que se pretendeu prever o auto-criticismo apresentam uma distribuição normal (K-S=.09, $p=.200$; SW=.98, $p=.564$). Os resíduos referentes à regressão linear múltipla hierárquica em que se pretende prever a necessidade apresentam igualmente uma distribuição normal (K-S=.05, $p=.200$; SW=.99, $p=.959$).

Tabela 4

Resultados da Análise de Regressão Múltipla

Mecanismos de Defesa	B	β	t	p	R	R ²	F	p
Auto-Criticismo								
TAS	.02	.17	1.30	<i>ns</i>	.52	.27	8.60	< .001 *
PRN	-.07	-.45	-3.49	< .001 *				
Necessidade								
TAS	.04	.41	3.30	< .002 *	.57	.32	11.2	< .000 *
PRN	-.04	-.31	-2.47	< .017 *				

Nota. TAS = Turning against self; PRN = Principalization; N = 50; *ns* = não significativo
*Two-tailed.

Tabela 5

Resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla Hierárquica

	B	β	t	p	R ²	F	p	ΔR^2	F	p
Auto-Criticismo										
Bloco 1										
CES-D	.04	.43	3.31	< .002 *						
Bloco 2										
TAS	.01	.10	.75	<i>ns</i>	.34	7.85	< .000 *	.15	5.30	< .008 *
PRN	-.06	-.38	-2.99	< .004 *						
Necessidade										
Bloco 1										
CES-D	.03	.46	3.55	< .001 *	.39	9.79	< .000 *	.18	6.85	< .002 *
Bloco 2										
TAS	.04	.34	2.76	< .008 *						
PRN	-.03	-.24	-1.95	<i>ns</i>						

Nota. TAS = Turning against self; PRN = Principalization; N = 50; *ns* = não significativo
 *Two-tailed.

7 – Discussão

O presente trabalho estudou a relação entre os quatro tipos de experiências depressivas conceptualizadas por Blatt e seus colegas, o auto-criticismo e a dependência e, mais recentemente, a necessidade e o contacto, como duas sub-dimensões, dentro da dimensão anaclítica, e os mecanismos de defesa, de acordo com a perspectiva de Ihilevich e Gleser (1986), expandindo o estudo de Campos et al. (2011), usando uma amostra clínica. Foi também estudada a relação entre as experiências depressivas e os mecanismos de defesa, controlando o efeito dos sintomas depressivos, da depressão estado, avaliados pelo CES-D. Para este objectivo foram calculadas correlações de Pearson entre as experiências depressivas e os mecanismos de defesa, sendo também realizadas análises da regressão linear múltipla e análise da regressão linear múltipla hierárquica.

Desta forma, através da análise das correlações de Pearson obtidas entre as escalas do QED e os cinco tipos de mecanismos de defesa, foi possível observar que ao contrario do que era esperado a dependência não apresentou correlações positivas com nenhum tipo de mecanismo de defesa. Este resultado foi provavelmente consequência da reduzida dimensão da amostra que foi utilizada neste estudo. Provavelmente se o número de sujeitos fosse maior, o mecanismo de defesa *turning against self* teria uma correlação positiva e significativa com a dependência e o mecanismo de defesa *principalization*, uma correlação negativa.

No entanto a necessidade, a sub-escala menos adaptativa do factor dependência, apresentou uma correlação positiva com o tipo de mecanismo de defesa *turning against self*. Esta relação foi também confirmada através da análise da regressão linear múltipla realizada, em que a necessidade foi prevista pelo mecanismo de defesa *turning against self*, sendo igualmente confirmada na análise da regressão linear hierárquica, em que o mesmo resultado se verifica quando foi controlado o efeito da depressão estado.

Verificou-se também que a necessidade apresentou correlações negativas com o tipo de mecanismo de defesa *principalization*, sendo que esta relação foi também confirmada aquando a análise de regressão linear múltipla. No entanto, ao ser controlado o efeito da depressão estado, na análise da regressão linear hierárquica, este efeito não se verifica.

Estes resultados são consistentes com a perspectiva teórica de Sidney Blatt em que a necessidade, que ilustra a dependência desadaptativa, se caracteriza por um intenso medo da rejeição, do abandono e da perda (McBride et al., 2006; Campos

et al., 2011). Deste modo, e de acordo com Blatt (1974), os indivíduos com depressão anaclítica são relutantes em expressar a agressão por medo de perder o afecto, suporte e gratificação que os outros significantes lhe podem proporcionar.

Já em 1917, no seu escrito “Luto e Melancolia” Freud refere também esta ideia, admitindo que na melancolia as ocasiões que dão margem à doença vão além do caso nítido de uma perda por morte, incluindo as situações de desconsideração, desprezo ou desapontamento, que podem trazer para a relação sentimentos opostos de amor e ódio. Se o amor pelo objecto se refugiar na identificação narcísica, então o ódio entra em acção nesse objecto substitutivo, dele abusando, degradando-o, fazendo-o sofrer e tirando satisfação sádica do seu sofrimento. A auto-tortura na melancolia significa uma satisfação das tendências do sadismo e do ódio relacionadas a um objecto, que retornaram ao próprio eu do indivíduo. Os pacientes conseguem assim, pelo caminho directo da auto-punição, vingar-se do objecto original e torturar o ente amado através da sua doença, à qual recorrem a fim de evitar a necessidade de expressarem abertamente a sua hostilidade. Freud (1917) refere assim que se o ego só se pode tratar a si mesmo como um objecto, se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objecto presente no seu mundo externo.

Também no modelo teórico de Coimbra de Matos (1986) acerca da patologia depressiva, está presente esta ideia, pois segundo o autor, na estrutura depressiva há a inflexão para dentro da agressividade, condicionada pela estrutura masoquista do Eu e sadismo do Super-Eu. “No depressivo verifica-se uma enorme severidade e implacabilidade do Super-Eu, que castiga pela ínfima transgressão, sendo o objecto interno convertido numa instância crítica que permanentemente constrange toda a expansividade do ser. Na depressão o objecto primário é cindido num objecto idealizado e considerado mais ou menos perdido, e por isso investido de nostalgia, de saudade e de desejo, mas também num objecto odiado, contudo imprescindível para o “metabolismo” existencial do sujeito, que é introjectado e com o qual mantém uma luta constante em que agride o objecto e é por este agredido” (Coimbra de Matos, 1982). De acordo com Coimbra de Matos (1986) o estilo relacional do depressivo é o de uma marcada dependência de um objecto provisor e protector. Existe assim uma relação de dependência, de vinculação infantil, de aderência ao objecto, de necessidade de um Eu auxiliar, sendo que a ameaça do abandono afectivo e, logo, a ansiedade depressiva pairam sempre no horizonte da expectativa.

Relativamente ao auto-criticismo, os resultados da análise das Correlações de Pearson estiveram em parte de acordo com o que era esperado. Deste modo, o auto-criticismo apresentou uma correlação positiva, mas em menor grau que a sub-escala de necessidade, com o tipo de mecanismo de defesa *turning against self* e uma

correlação negativa com o tipo de mecanismo de defesa *principalization*, contudo não apresentou uma correlação negativa com o tipo de defesa reversal, como era esperado.

Como refere Blatt et al. (1976, 1995), preocupações com as questões do fracasso, culpa, insegurança e tendência para assumir a culpa e as responsabilidades são características dos auto-críticos. Questões de assertividade e agressão em relação ao *self* ou aos outros são centrais nas suas tentativas em atingir e proteger o seu amor próprio e a sua auto-estima e estas estão também no centro das suas maiores dificuldades (Blatt & Shichman, 1983; Blatt, 2006).

Contudo, na análise da regressão linear múltipla, o tipo de mecanismo de defesa *turning against self* não foi preditor do auto-criticismo, o que se verifica também aquando a análise da regressão linear hierárquica, ao ser controlado o efeito dos sintomas depressivos. Neste sentido, é possível observar que o voltar da agressividade contra o *self* detém uma maior importância na personalidade anaclítica, aspecto também descrito por Campos et al. (2011).

Os resultados referidos, relativamente a uma relação negativa existente entre o auto-criticismo e o tipo de mecanismo de defesa *principalization*, não vão de encontro à perspectiva teórica de Sidney Blatt, na medida em que, a sua conceptualização acerca dos mecanismos de defesas sugere a ideia de que os indivíduos auto-críticos utilizam preferencialmente mecanismos de defesa de tipo neutralizante, tais como a regressão, sublimação, intelectualização, a racionalização e o isolamento (Blatt, 1990), mecanismos em parte incluídos no tipo de defesa *principalization*, e que ajudam os sujeitos a lidar com os conflitos internos e externos, de forma a evitar o sofrimento causado pelos mesmos. O que poderá acontecer, e de certo modo, explicar que baixos níveis de *principalization* sejam preditores do auto-criticismo, insere-se no facto dos sujeitos serem incapazes de utilizar este tipo de mecanismos de defesa, sendo esta falência dos mecanismos de defesa que os predispõe ao sofrimento e mal-estar. Note-se também que para reconhecerem determinadas experiências internas e responderem aos itens de um questionário como o QED (que se trata de um instrumento de auto-relato) será porventura porque os mecanismos de defesa não impedem os sujeitos de consciencializarem determinadas vivências internas dolorosas.

No que respeita aos resultados obtidos relativamente ao contacto, estes estão de acordo com o que era esperado, pois não foram encontradas correlações significativas com os mecanismos de defesa. Estes resultados estão de acordo com a literatura existente acerca das duas sub-dimensões da dependência, em que o contacto corresponde à dependência adaptativa e revela um tipo de preocupação

interpessoal mais madura e recíproca sobre os relacionamentos (McBride et al., 2006; Campos et al. 2011).

Os resultados relativos ao contacto, estão ainda de acordo com o estudo de Campos et al. (2011), em que apesar destes autores terem encontrado uma correlação positiva, mas de fraca expressão, com o tipo de mecanismo de defesa *turning against self* e negativa, e também de fraca expressão, com o *turning against object*, ao realizarem uma regressão linear múltipla, concluíram que nenhum dos mecanismos de defesa referidos foi um preditor significativo do contacto.

Limitações

Ao serem analisados e interpretados os resultados, é possível concluir que o presente estudo apresenta algumas limitações, referentes à metodologia utilizada. Deste modo, a maior limitação tem a ver com o facto de se tratar de um estudo transversal, na medida em que a avaliação é realizada num único momento, sendo feita a aplicação dos vários instrumentos de medida numa única sessão.

Para além disto, o facto dos instrumentos de medida utilizados serem todas de auto-relato também pode ser considerado uma segunda limitação no presente trabalho.

Outra limitação do presente estudo tem a ver com as características da amostra utilizada, sendo que muitos dos participantes, devido a um baixo nível de escolaridade, poderão ter tido dificuldades em compreender os itens apresentados nos vários instrumentos.

Para além do referido, também o facto de ser uma amostra relativamente pequena poderá ter influenciado os resultados, dado que algumas das correlações obtidas na análise de resultados poderiam ter sido significativas, se a dimensão da amostra fosse maior. Acresce o facto de se verificar uma grande diferença entre o número de sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino.

Conclusões

O presente trabalho teve como objectivo o estudo da relação entre as experiências depressivas conceptualizadas por Blatt e colegas e os mecanismos de defesa, de acordo com a perspectiva de Ihlevich e Gleser (1986). Esta investigação constituiu uma extensão do estudo exploratório de Campos et al. (2011).

Na conceptualização de Blatt, a dependência e auto-criticismo podem definir-se como dimensões dentro da entidade clínica da depressão e igualmente dentro do humor depressivo normal e como características de personalidade que predis põem à depressão (Smith, O’Keeffe & Jenkins, 1988), ou ainda como estilos de personalidade ou factores estáveis de vulnerabilidade a depressões clínicas ou a estados depressivos sub-clínicos (Mongrain & Zuroff, 1989 cit. por Campos, 2000a).

De acordo com Blatt (1990), é também possível observar que diferentes tipos de mecanismos de defesa e estilos de coping estão relacionados com as duas configurações básicas da personalidade e psicopatologia e com os dois tipos de experiências depressivas.

Vários estudos encontraram uma associação entre mecanismos de defesa e algumas perturbações psiquiátricas, nomeadamente a depressão. Especificamente em relação à associação existente entre mecanismos de defesa e experiências depressivas ou configurações psicopatológicas, de acordo com a perspectiva de Blatt, estudos empíricos permitiram observar que a personalidade, anaclítica e introjectiva, se associam o uso de defesas imaturas, sendo também possível observar uma relação entre o nível da patologia do paciente e o nível dos mecanismos de defesa utilizados. Por outro lado, o auto-criticismo associou-se a elevados níveis de defesas de evitamento emocional e a dependência, por sua vez, a baixos níveis de defesas de evitamento emocional. Verificou-se ainda que ambos os tipos de experiências depressivas se relacionaram com o voltar da agressividade para o próprio, especificamente as experiências anaclíticas.

A literatura existente acerca da relação entre os mecanismos de defesa e a depressão demonstra que o voltar da agressividade para si mesmo, parece ser fundamental na personalidade depressiva. Freud (1917) afirma que na melancolia os pacientes conseguem, pelo caminho directo da auto-punição, vingar-se do objecto original e torturar o ente amado através da sua doença, à qual recorrem a fim de evitar a necessidade de expressarem abertamente a sua hostilidade por ele. Também Coimbra de Matos (1987) defende que na estrutura depressiva há a inflexão para

dentro da agressividade, condicionada pela estrutura masoquista do Eu e sadismo do Super-Eu.

Os resultados do presente trabalho estão de acordo com os resultados referidos anteriormente e com a teoria, verificando-se que o tipo de mecanismo de defesa *turning against self*, apresenta-se como mecanismo de defesa central nas experiências depressivas, sobretudo associado às experiências anaclíticas. Este voltar da agressividade para si mesmo pode ter como função evitar a rejeição e a perda e manter o suporte que o outro lhe pode proporcionar.

Foi também possível concluir, que ambos os tipos de experiências depressivas se relacionaram com a não utilização de mecanismos do tipo *principalization*, onde estão “inseridos” mecanismos como a sublimação, o isolamento, a intelectualização ou a racionalização, que ajudam o indivíduo a evitar o sofrimento vivido e, desta forma, lidar de forma mais positiva com o conflito existente. Parece existir uma falência na utilização deste tipo de mecanismos, sendo provavelmente por isso que se regista sofrimento mental reconhecido pelos sujeitos o qual são capazes de exprimir num instrumento de auto-relato.

Importa referir que seria de grande importância a replicação dos resultados obtidos em estudos futuros com amostras maiores e apenas com sujeitos deprimidos. É, no entanto, possível observar que os resultados obtidos estão de acordo com a literatura sobre a relação entre experiências depressivas e mecanismos de defesa.

Referências bibliográficas

Akkerman K, Carr V, Lewin T (1992). Changes in ego defenses with recovery from depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 634–638

Azibo, A. (2007). Mechanisms of Defense: Nepenthe Theory and Psychiatric Symptomatology. *The Negro Educational Review*, 58, 49-69

Baker, K. D., Nenneyer, R. A., & Barris, B. P. (1997). Cognitive organization in sociotropic and autonomous inpatient depressives. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 11 (4), 279-297.

Bellek, L. (1979). Schizophrenic Syndrome Related to Minimal Brain Dysfunction: A Possible Neurologic Subgroup. *Schizophrenia Bulletin*, 5 (3), 480-489

Besser, A. (2004). Self- and best friend assessments of personality vulnerability and defenses in the prediction of depression. *Social Behavior and Personality*, 32, 559-594.

Besser, A., & Priel, B. (2003). Trait vulnerability and coping strategies in the transition to motherhood. *Current Psychology*, 22, 57-72.

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

Blatt, S. J., (1991). A cognitive morphology of psychopathology. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (8), 449-458.

Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression: Theoretical, research and clinical perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blatt, S. J. (2006) A Fundamental Polarity in Psychoanalysis: Implications for Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 494-520.

Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association Press.

Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 85* (4), 383-389.

Blatt, S., D'Afflitti, J., & Quinlan, D. (1979). *Depressive Experiences Questionnaire*. Unpublished manual. New Haven, CT: Yale University.

Blatt, S., Quinlan, D., Chevron, E., McDonald, C. & Zuroff, D. (1982). Dependency and Self-Criticism: Psychological Dimensions of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50* (1), 113-124.

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

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

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

Blatt, S. J.; Besser, A. & Ford, R. (2007). Two Primary Configurations of Psychopathology and Change in Thought Disorder in Long-Term Intensive Inpatient Treatment of Seriously Disturbed Young Adults. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 1561-1567

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

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

Blatt, S. J., Zohar, A. H. Quinlan, D. M., Zuroff, D. C., & Mongrain, M. (1995). Subscales within the dependency factor of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Personality Assessment, 64* (2), 319-339.

Blatt, S. J.; Zuroff, D.; Hawley, L. & Auerbach, J. (2010). The impact of two-configurations model of personality development and psychopathology on psychotherapy research: Rejoinder to Beutler and Wolf. *Psychotherapy Research*, 20 (1), 65-70

Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., & Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333–338.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol.1). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol.2: Separation, anxiety, and anger*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). Developmental psychology comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1-10

Calado, J. & Duarte-Silva, M. (2010) A Estrutura da Personalidade na Demência e na Esquizofrenia: Um Estudo Exploratório. Universidade do Minho: *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.

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

Campos, R. C. (2000b). The manifestations of dependency and self-criticism, as personality styles, in Rorschach: An exploratory study. Comunicação apresentada no *Vlth European Congress of the European Rorschach Association for the Comprehensive System Congress*, Paris, 31 de Agosto a 2 de Setembro.

Campos, R. C. (2000c). Adaptação do Questionário de Experiências Depressivas (de Sidney Blatt e colegas) para a população portuguesa, *Análise Psicológica*, 18, 285-309. [Adaptation of the Depressive Experiences Questionnaire (Sidney Blatt et al) for the Portuguese population].

Campos, R. C. (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. C. (2009a). *Questionário de Experiências Depressivas: Manual*. Évora: Edição do Departamento de Psicologia da Universidade de Évora.

Campos, R. C. (2009b). *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. Universidade do Minho: *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*.

Campos, R. C., Besser, A. & Blatt, S. J. (2011). The Relationships Between Defenses and Experiences of Depression: An Exploratory Study. *Psychoanalytic Psychology*, 28 (2), 196-208

Chávez-León, E.; Muñoz, M. & Uribe, M. (2006). An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. *Salud Mental*, 29 (6) 15-22.

Coimbra de Matos, A. (1982). Esquema do núcleo depressivo da personalidade. *Separata de O Médico*, 103, 1-3.

Coimbra de Matos, A. (1986). Depressão: Estrutura e funcionamento. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 4, 75-84.

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

Cooper, C. & Kline, P. (1986). An evaluation of the Defense Mechanism Test. *British Journal of Psychology*, 77, 19-31

Cramer, P. (1991). *The development of defense mechanisms: Theory, research, and assessment*. New York: Springer-Verlag.

Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in Psychology Today. *The American Psychologist*, 55, 637-646

Cramer, P. (2002) Defense Mechanisms, Behavior, and Affect in Young Adulthood. *Journal of Personality*, 70, 103-126

Cramer, P. (2006). *Protecting the Self: Defense Mechanisms in Action*. New York: Guilford Press

Cramer, P., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (1988). Defense mechanisms in the anaclitic and introjective personality configuration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 610-616.

Devens, M. & Erikson, M. T. (1998). The relationship between defense styles and personality disorders. *Journal of personality disorders*, 12 (1), 86-93.

Flett, G. L., Besser A., & Hewitt, P. L. (2005). Perfectionism, ego defense style and depression: A comparison of self-reports versus informant ratings. *Journal of Personality*, 73, 1355-1396.

Fransson, P. & Sundbom, E. (1998). Gender differences and the Defense Mechanism Test: A comparative study of adolescents in psychiatric care and healthy controls. *Scandinavian Journal of Psychology*, 39, 93-99.

Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. London: Hogarth.

Freud, A. (1946). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press

Gonçalves, B., & Fagulha, T. (2003). Escala de depressão do centro de estudos epidemiológicos (CES-D). In M. Gonçalves, M. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica*. (Vol. 1, pp. 33-43).

Guisinger, S., & Blatt, S. J. (1994). Individuality and relatedness: Evolution of a fundamental dialectic. *American Psychologist*, 49 (2), 104 -111.

Hentschel, U. (2004). *Defense Mechanisms: Theoretical, Research and Clinical Perspectives*. Amsterdam: Elsevier

Hovanesian, S., Isakov, I. & Cervellione, K. L. (2009). Defense Mechanisms and Suicide Risk in Major Depression. *Archives of Suicide Research*, 13, 74 - 86.

Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1969). An objective instrument for measuring defense mechanisms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33 (1), 51-60

Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1986). *Defense mechanisms: their classification, correlates, and measurement with the Defense Mechanisms Inventory*. Owosso: DMI Associates.

Ihilevich, D., & Gleser, G. C. The Defense Mechanisms Inventory: Its Developmental and Clinical Applications. In Conte, H & Plutchik, R. (1995). *Ego Defenses: Theory and Measurement*. New York: Einstein Psychiatry Publication.

Juni, S. (1999). The Defense Mechanisms Inventory: Theoretical and Psychometric Implications. *Current Psychology*, 17 (4), 313-332.

Justo, J. (1989). Teste D. M. I. "Defense Mechanisms Inventory": Versão Feminina Portuguesa. *Psicologia Clínica*, 2, 47-56.

Justo, J. (2010). *Adaptação da versão masculina adulta do Defense Mechanisms Inventory para a população portuguesa*. Manuscript in preparation.

Klein, M. (1948). A Contribution to the Theory of Anxiety and Guilt. *International Journal of Psycho-Analysis*, 29, 114-123

Kragh, U. (1955). *The Actual-Genetic Model of Perception-Personality*. Lund: Gleerup

Kreitler, H. & Kreitler, S. (1972). Cognitive determinants of defensive behavior. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 359-372

Kwon, L. (1999). Attributional Style and Psychodynamic Defense Mechanisms: Toward an Integrative Model of Depression. *Journal of Personality*, 67 (4), 645-658.

Kwon, L. & Lemon, K. (2000). Attributional Style and Defense Mechanisms: A Synthesis of Cognitive and Psychodynamic Factors in Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 56 (6), 723-735.

Landmark, T.; Stiles, T.; Fors, E.; Holen, A. & Borchgrevink, P. (2008) Defense mechanisms in patients with fibromyalgia and major depressive disorder. *The European Journal of Psychiatry*, 22 (4), 185-193.

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1988). *The Language of Psychoanalysis*. London: Karnac.

Levy, K., Blatt, S. J. & Auerbach, J. (1997). Mental Representations in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process. *Review of General Psychology*, 1 (4), 352-374.

Levy, K. N., & Blatt, S. J. (1999). Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within insecure attachment patterns. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 541-575

Loevinger, J. (1976). *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-Bass..

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

Margo G. M., Greenberg, R. P., Fisher S., & Dewan, M. (1993). A direct comparison of the defense mechanisms of nondepressed people and depressed psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 65-69.

Massong, S., Dickson, A. & Ritzler, B. (1982) A Correlational Comparison of Defense Mechanism Measures: The Defense Mechanism inventory and The Blacky Defense Preference Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 46, 5-477

McBride, C., Zuroff, D., Bacchiochi, J. & Bagby, M. (2006) Depressive Experiences Questionnaire: Does it measure maladaptive and adaptive forms of dependency? *Social Behavior and Personality*, 34(1), 1-16.

Mullen, L., Blanco, C., Vaughan, S., Vaughan, S. & Roose, S. (1999) Defenses Mechanisms and Personality in Depression. *Depression and Anxiety*, 10, 168-174.

O'Leary, M.; Donovan, D.; Hague, W. & O'Leary, D. (1976). Distortion in the perception of Depression as a function of level of Depression and Denial. *Journal of Clinical Psychology*, 32 (3), 527-532.

Perry, L. C. & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defense and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34, 863 - 893.

Plutchik, R., Kellerman, H. & Conte, H. R. (1979). *A structural theory of ego defenses and emotions in personality and psychopathology*. New York: Plenum Press.

Pollock, C. & Andrews, G. (1989). Defense Styles associated with specific anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 146, 1500-1502.

Pulkit, S. & Kumar, S.U. (2010). Defense Mechanisms in Mania, Bipolar Depression and Unipolar Depression. *Psychological Studies*, 55 (3), 239-247.

Rude, S. S., & Burnham, B. L. (1995). Connectedness and neediness: Factors of the DEQ and SAS dependency scales. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 323-340.

Segal, D., Coolidge, F. & Mizuno, H. (2007). Defense mechanism differences between younger and older adults: Across-sectional investigation. *Aging & Mental Health*, 11 (4), 415-422.

Schauenburg, H., Willenborg, V., Sammet, I. & Ehrental, J. (2007). Self-reported defence mechanisms as an outcome measure in psychotherapy: A study on the German version of the Defense Style Questionnaire DSQ 40. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 355–366.

Schutz, W. C. (1967). *The FIRO Scales manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Thygesen, K. L., Drapeau, M., Trijsburg, W., Lecours, S. & Roten, Y. (2008). Assessing Defense Styles: Factor Structure and Psychometric Properties of the New Defense Style Questionnaire 60 (DSQ-60). *International Journal of Psychology and Psychology Therapy*, 8, 171-181.

Vaillant, G. E. (1977). *Adaptation to life*. Boston: Little Brown.

Vaillant, G. E. (1992) *Ego Mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Vickers, R. & Hervig, L. (1981) Comparison of three Psychological Defense Mechanism Questionnaires. *Journal of Personality Assessment*, 45 (6), 630-638.

Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., Wielgus, M. S., Powers, T. A., & Franko, D. L. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17, 226–241.

Zuroff, D. C., Quinlan, D. M., & Blatt, S. J. (1990). Psychometric properties of the Depressive Experiences Questionnaire in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 55, 65-72.

Zuroff, D. C, Moskowitz, D. S., & Côté, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 231-250.

Anexos

Anexo A

Exmo. Sr. Dr. Palma Góis

No âmbito da realização de uma Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde pela Universidade de Évora, vimos por este meio pedir a sua autorização relativamente à participação por parte de pacientes psiquiátricos, que estejam a ser acompanhados pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do HESE, num estudo sobre características clínicas e da personalidade.

O nosso objectivo consiste na aplicação de quatro questionários a cerca de sessenta pacientes diagnosticados com algum tipo de perturbação mental, o que esperamos vir a ser desenvolvido em aproximadamente quatro meses. A participação no nosso estudo será confidencial, sendo apenas necessário termos acesso aos processos clínicos de cada paciente, para que haja uma conhecimento acerca de alguns dos seus dados clínicos, de forma a estarem de acordo com os critérios de inclusão fundamentais ao nosso estudo.

Agradecendo antecipadamente a sua atenção

Os nossos melhores cumprimentos

Anexo B

Ficha de Consentimento Informado

No âmbito da realização de uma Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, vimos por este meio pedir a sua colaboração para participar num estudo sobre características clínicas e da personalidade em pacientes psiquiátricos.

Atente sobre os três pontos seguintes:

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

A sua participação é absolutamente confidencial e consiste na resposta a quatro questionários. Não escreva o seu nome em nenhuma das folhas.

Leia as instruções de cada questionário, dado que são diferentes. Se tiver alguma dúvida durante a aplicação, por favor diga.

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

Évora, ____ de _____ de _____.

(Assinatura do(a) investigador(a))

(Assinatura do(a) participante)

Anexo C

FICHA DE ANAMNESE E DADOS CLÍNICOS

Número: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Raça: _____

Estado Civil: _____

Habilitações Académicas: _____

Profissão: _____

Diagnóstico principal: _____

Outros diagnósticos: _____

Idade do início da perturbação actual: _____

Perturbações anteriores: _____

Idade da primeira consulta: _____

Número de internamentos: _____

Data e duração do último internamento: _____

Número de psico-fármacos tomados actualmente: _____

Tipo de psico-fármacos tomados: _____

Periodicidade da consulta de psiquiatria: _____

Acompanhamento psicológico (actual e anteriores; início e duração): _____

Número de tentativas de suicídio: _____

Número de surtos psicóticos: _____

Doenças psiquiátricas na família: _____

Anexo D

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.

		Discordo							Concordo								
		totalmente							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									

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

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

- 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

Anexo E

DMI

Adaptação autorizada de João M. R. M. Justo, 2009.

© Gleser, G. & Ihilevich, D. (1969)

INSTRUÇÕES: Leia cuidadosamente

Em cada uma das páginas seguintes, encontrará uma certa narrativa. Depois de cada narrativa, estão quatro perguntas e, para cada uma delas, há cinco respostas à sua escolha. As quatro perguntas procuram informação sobre quatro tipos de reacções à história contada: comportamento efectivo (real), comportamento de descarga (na fantasia), pensamentos e reacções emocionais. Destas quatro perguntas, só o comportamento efectivo tem correspondência na realidade. As outras três acontecem só no foro íntimo, dentro da cabeça de cada um.

O que nós queremos é que seleccione uma única resposta, de entre as cinco, que lhe pareça ser mais representativa (M) do seu modo de agir. Depois, escolha uma resposta que lhe pareça estar mais longe (L) do modo como reagiria. Por exemplo, vamos imaginar que de entre as cinco respostas possíveis a uma pergunta (números 136, 137, 138, 139, 140) a resposta 137 lhe parece a mais representativa do seu modo de reagir e que a resposta 140 é a que está mais longe da sua forma de reagir. Neste caso, assinale o M correspondente à resposta 137 e o L correspondente à resposta 140.

Exemplo:

Questão:..			
136	Resposta....	M	L
137	Resposta....	M	L
138	Resposta....	M	L
139	Resposta....	M	L

140	Resposta....	M	
-----	--------------	---	---

Por favor, marque apenas um M e um L em cada grupo de cinco respostas. Os restantes M's e L's, em cada conjunto, não devem ter qualquer anotação. Leia o conjunto das cinco respostas às perguntas, antes de pensar na sua escolha.

Não há respostas verdadeiras nem falsas, nem boas nem más; a única orientação para as suas escolhas é aquilo que sabe a respeito de si próprio. Deixe-se imaginar, por um momento, que o acontecimento descrito na narrativa está realmente a passar-se consigo, ainda que nunca se tenha passado consigo nada de igual. Quando escolher as suas respostas, lembre-se que não lhe estamos a pedir que diga do que gosta mais ou do que gosta menos, mas sim aquilo que mais ou menos se aproxima do modo como você reagiria ou se sentiria em tais situações.

Se não tem dúvidas a esclarecer, comece.

Anexo F

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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Senti-me confiante no futuro

9. Pensei que a minha vida tinha sido um fracasso

10. Senti-me com medo

11. Dormi mal

12. Senti-me feliz

13. Falei menos do que o costume

14. Senti-me sozinho

15. As pessoas foram desagradáveis ou pouco amigáveis comigo

16. Senti prazer ou gosto na vida

17. Tive ataques de choro

18. Senti-me triste

19. Senti que as pessoas não gostavam de mim

20. Senti falta de energia
